

دستورالعمل جامع اورژانس بیمارستانی

مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی

ویرایش اول

فهرست

۴	مقدمه
۵	فصل اول
۵	شرح فعالیت ستاد اورژانس بیمارستانی
۵	فرآیند ارتباطی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با دانشگاه‌های علوم پزشکی
۶	اداره اورژانس بیمارستانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶	شرح وظایف اداره اورژانس بیمارستانی
۷	شرح وظایف رئیس اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه
۷	شرح وظایف کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه
۹	فصل دوم
۹	اورژانس‌های بیمارستانی
۹	بخش اول : ساختار فیزیکی اورژانس
۹	گام‌های اولیه ضروری در طراحی یک بخش اورژانس
۹	اهداف کلی و ویژه در طراحی فیزیکی بخش جدید
۱۴	بخش دوم : واحدهای بخش اورژانس
۱۴	الف - تریاژ (Triage)
۱۴	ب- واحد درمان سریع (Fast Track)
۱۴	ج- واحد مراقبت و درمان حاد (Acute Unit)
۱۴	د- واحد تحت نظر (Observation Unit)
۱۵	ه- اتاق احیا (Resuscitation Room)
۱۵	و- ICU اورژانس
۱۶	ز- اتاق عمل سرپایی
۱۷	دیاگرام ارتباطی فضاهای داخلی بخش اورژانس
۱۸	فصل سوم
۱۸	نیروی انسانی بخش اورژانس
۱۸	ریاست بخش اورژانس
۱۸	گروه پزشکی
۱۹	زمان مقرر حضور پزشکان آنکال بر بالین بیمار
۱۹	متخصص طب اورژانس / مقیم اورژانس

۲۵	الف - تعاملات درونبخشی
۲۷	ب- تعاملات برونبخشی
۳۰	مدیریت تختهای بستری (Bed Management)
۳۰	نوع پوشش دربخش اورژانس
۳۱	گروه پرستاری :
۳۹	کارکنان اداری
۳۹	انواع سطوح خدمات دربخش اورژانس
۴۰	اورژانسهای عمومی
۴۰	اورژانسهای باتوان ارائه خدمت به بیماران ترومایی
۴۳	اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی
۴۵	خدمات بخش اورژانس
۴۵	خدمات دارویی
۴۵	خدمات آزمایشگاهی
۴۶	خدمات تصویربرداری پزشکی
۴۷	خدمات بهداشت و کنترل عفونت
۴۸	خدمات آموزشی
۴۸	خدمات اداری و مدیریتی
۴۹	خدمات پشتیبانی
۵۱	شاخصهای اورژانس بیمارستانی
۵۱	درصدبیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت
۵۱	درصدبیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت
۵۱	درصد CPR ناموفق
۵۱	درصد ترکیب امسئولیت شخصی
۵۲	میانگین مدت زمان تریاژ تا اولین ویزیت پزشک در هر سطح تریاژ
۵۲	تعاریف و مفاهیم مشترک در تمامی شاخصها
۵۴	نحوه محاسبه شاخصهای اورژانس
۵۶	گردشکار بیمار
۵۹	پذیرش
۶۰	ارزیابی پرستاری بیمار
۶۰	ارزیابی پزشکی بیمار
۷۳	عوامل درون دادشلوغی بخشهای اورژانس
۷۳	عوامل میاندادشلوغی بخش اورژانس
۷۳	عوامل خروجی شلوغی بخش اورژانس
۷۳	تاثیرات شلوغی بخشهای اورژانس

۷۳ راه حل‌های شلوغی بخش اورژانس

۷۶ آمادگی اورژانس بیمارستان‌ها در مواقع بحران

۷۶ عناصر برنامه افزایش ظرفیت

۷۷ مرحله اول : پیش نیازهای تدوین برنامه

۷۹ مرحله دوم : تدوین برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی

۸۰ مرحله سوم : اجرای برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی

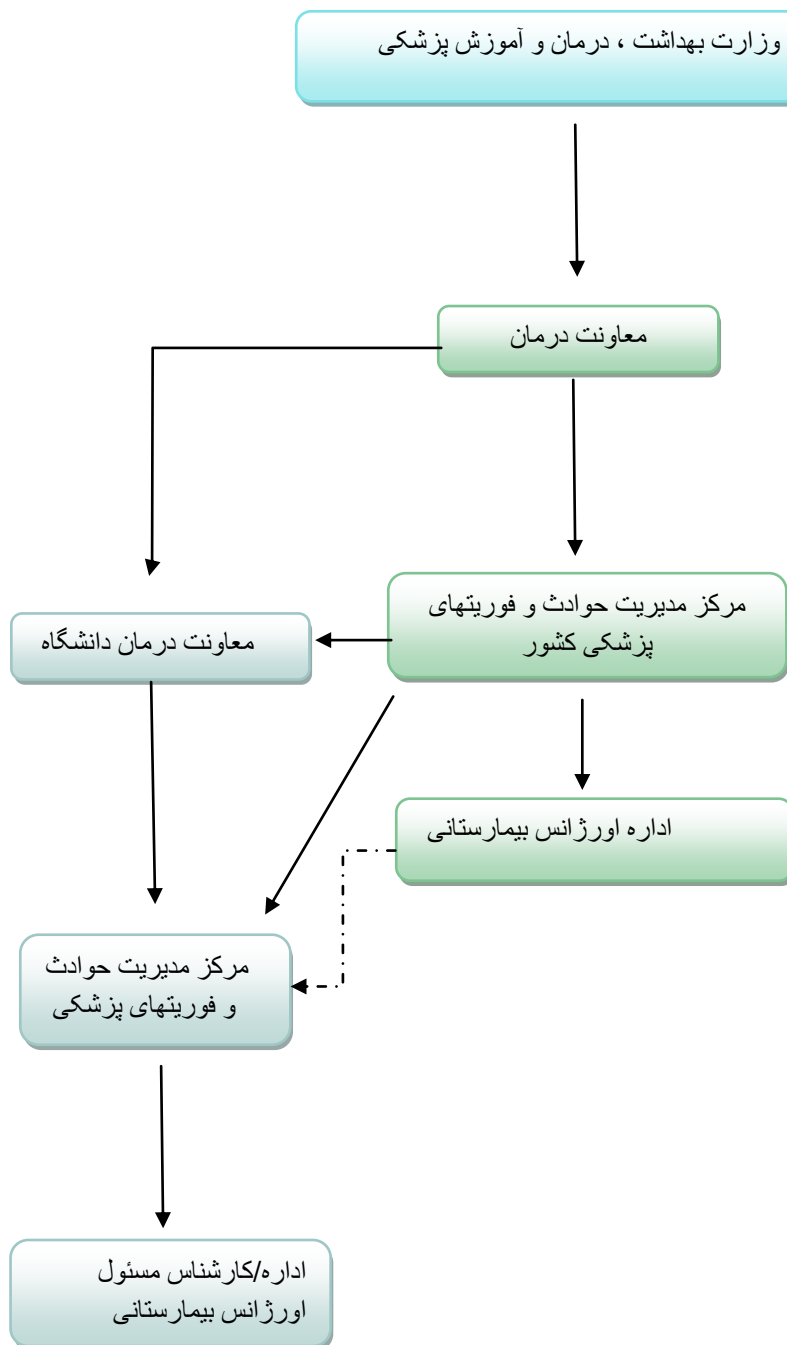
۸۲ مرحله چهارم : ارزیابی و ارتقای برنامه

با توجه به اهمیت بخش اورژانس در پیکره بیمارستان وعدم یکپارچگی قوانین حاکم بر اورژانس بیمارستانهای کشور و با عنایت به اینکه دستورالعملهای ابلاغی تا کنون به صورت تکه های پازل به صورت جداگانه ابلاغ شده اند . لزوم ابلاغ دستورالعمل جامع اورژانس امری ضروری و بدیهی به نظر می رسد. لذا اداره اورژانس بیمارستانی وزارت مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشوردراین راستا اقدام به تجمیع آیین نامه های موجود و تهیه و تبیین دستورالعملی جامع با لحاظ نمودن تمامی ارکان دخیل در ارائه خدمت در اورژانس اعم از فضای فیزیکی، نیروی انسانی، پشتیبانی اداری و فرآیندهای استانداردهای لازم و سنججه های پایشی نموده است.

شایان ذکر است این دستورالعمل حاصل ساعتها کار تخصصی و کارشناسی سطوح وزارتی ، دانشگاهی و بیمارستانی و همچنین برگزاری جلسات نظرسنجی از حدود ۴۰ نفر از اساتید خبره رشته طب اورژانس ، مسئولان ستادی وزارت بهداشت و کارشناسان وزارتی می باشد و از کلیه تکنولوژیهای روز در جمع آوری نظرات و پیشنهادات اساتید بهره مند گشته ایم همچنین در تهیه این دستورالعمل از بسیاری از منابع موثق در حیطه اورژانس بیمارستانی استفاده گردیده است .

بخش اورژانس یک واحد کامل و مستقل در یک بیمارستان و در عین حال در تعامل با تمامی واحدهای فعال بیمارستان استو عملکرد آن شامل، پذیرش، تریاژ، تثبیت، معالجه و ارائه خدمات درمانی - مراقبتی به بیماران مراجعه کننده وهمچنین بیماران منتقل شده توسط سرویس اورژانس EMS میباشد. این بخش به جهت ماهیت عملکردی و همچنین لزوم ارایه خدمات با بالاترین کیفیت ممکن میبایست به عنوان بخشی مستقل با ساختاری منطبق با استانداردهاوشاخص های علمی در چارت سازمان هر مرکز درمانی وآموزشی تعریف گردد و فرآیند گردش کاری مناسب وراهکارهایی در خصوص هماهنگی و تعامل این بخش با سایر سرویسهای تخصصی و درمانگاهی و بخش های بستری مراکز تبیین و مصوب گردد.

فرآیند ارتباطی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با دانشگاههای علوم پزشکی



اداره اورژانس بیمارستانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اداره اورژانس بیمارستانی ذیل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی با هدف ارتقاء خدمات اورژانس‌های بیمارستانی کشور در محورهای مرتبط باتدوین و سیاست‌گذاری اجزای اورژانس بیمارستانی شامل فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی و دارو و فرآیندها شروع به کار نموده است.

این اداره با استفاده از امکانات از طریق سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی درون‌بخشی و برون‌بخشی، ارزیابی و نظارت، و حمایت و اصلاح برنامه‌های عملیاتی و در جهت سلامت تمامی آسیب‌دیدگان و بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس مراکز درمانی سراسر کشور، خدمات درمانی مطلوب، با بهترین کیفیت را در مناسب‌ترین زمان برای آحاد مردم فراهم می‌آورد.

شرح وظایف اداره اورژانس بیمارستانی

۱. همکاری در تدوین سیاست‌ها، ضوابط و استانداردهای کشورهای در زمینه‌های نیروی انسانی، منابع فیزیکی، داروها، تجهیزات و برنامه‌های مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور
۲. جمع‌آوری آمار و اطلاعات و شاخص‌های کیفی بخش‌های اورژانس بیمارستانی بصورت مستمر جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات
۳. برنامه‌ریزی و پایش نحوه انجام خدمات فوریت‌های پزشکی جهت کاهش مخاطرات فوری بیماران و مصدومین در حوزه اورژانس‌های بیمارستانی
۴. تدوین خط‌مشی‌های انتقال بین بیمارستانی
۵. تدوین آیین‌نامه‌ها و ابلاغ ضوابط، استانداردها و دستورالعمل‌ها به منظور ساماندهی یکپارچه مدیریت کشوری اورژانس بیمارستانی
۶. نظارت بر عملکرد ادارات / کارشناسان مسئول اورژانس بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی
۷. تعیین اولویت‌های لجستیک و تجهیزات پزشکی در اورژانس جهت ارسال به دانشگاه‌های علوم پزشکی

شرح وظایف رئیس اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه

- ۱- پیگیری اجرای آخرین سیاستها و دستورالعملهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در خصوص استانداردها ، دستورالعملها و بخشنامه های ابلاغی و ارائه گزارش اقدامات انجام شده
- ۲- طراحی ، برنامه ریزی و تشکیل تیم های بازدید کننده جهت بازدید های منظم از اورژانس های بیمارستانی
- ۳- ارائه گزارش تفصیلی از بازدیدهای مدیریتی به مدیران ارشد و اداره اورژانس بیمارستانی وزارت متبوع
- ۴- جذب منابع و طراحی برنامه های عملیاتی جهت اجرایی شدن اهداف استراتژیک بخشهای اورژانس بیمارستانی دانشگاه
- ۵- ارزیابی عملکرد کارشناسان اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه و نظارت بر حسن اجرای شرح وظایف ایشان
- ۶- مدیریت و تعامل با بیمارستانهای تحت پوشش جهت پیش بینی و تامین نیروی انسانی ، تجهیزات پزشکی ، غیر پزشکی و استانداردهای فیزیکی در اورژانس بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه
- ۷- پیگیری تشکیلات جلسات مستمر کمیته راهبردی ارتقاء خدمات اورژانسهای بیمارستانی در دانشگاه و کمیته های اورژانس (تعیین تکلیف ، تریاژ) در بیمارستانهای تحت پوشش و اجرایی نمودن مصوبات

شرح وظایف کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه

- ۱- اجرای آخرین سیاستها و دستورالعملهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در خصوص استانداردها ، دستورالعملها و بخشنامه های ابلاغی و ارائه گزارش اقدامات انجام شده
- ۲- انجام منظم بازدیدهای مدیریتی بخش های اورژانس بیمارستانی دانشگاه و نظارت بر عملکرد تمامی بخشهای اورژانس بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه (دانشگاهی و غیر دانشگاهی)
- ۳- جمع آوری و ثبت مستمر آمار بیمارستانها ، شاخص های ملی و دانشگاهیو تحلیل اطلاعات بخش های اورژانس تحت پوشش جهت تصمیم گیری و طراحی اقدامات اصلاحی در مورد ارتقاء کیفیت بخش های اورژانس بیمارستانی (آمار ماهانه و فصلی و شاخص های ملی اورژانس)
- ۴- همکاری لازم با سایر کارشناسان واحدهای مرتبط در زمینه ارتقاء کیفیت و نظارت و پایش عملکرد
- ۵- نیازسنجی و تدوین برنامه های آموزشی مرتبط با اورژانس و نظارت بر اجرای برنامه های مذکور برای پرسنل و پزشکان شاغل در اورژانس بیمارستانها
- ۶- نیازسنجی و مشارکت در خصوص برنامه های آموزشی حوادث غیر مترقبه و پدافند غیر عامل
- ۷- ارتباط مستمر و پاسخگویی به اداره اورژانس بیمارستانی وزارت متبوع

- ۸ - نظارت بر اجرایی شدن اقدامات اصلاحی ارتقاء کیفیت در سطح اورژانس بیمارستانهای دانشگاه
- ۹ - نظارت بر توزیع صحیح تریاژ بیماران (انتقال سطوح ۴ و ۵ تریاژ به واحد Fast Track و سطوح ۱، ۲ و ۳ تریاژ به فضاهای تخصصی مربوطه در اورژانس)

نکته: لازم به ذکر است رئیس بخش اورژانس پاسخگوی اجرای کلیه ابلاغیه های ارسالی از دانشگاه می باشد.
(در صورتیکه بخشی از بخشنامه های ارسالی به بیمارستان قابلیت انجام ندارد ریاست بیمارستان باید طی نامه مکتوب به دانشگاه علت عدم اجرا را ذکر نماید.)

فصل دوم

اورژانس‌های بیمارستانی

بخش اول : ساختار فیزیکی اورژانس

گام های اولیه ضروری در طراحی یک بخش اورژانس

- ۱ - تعیین اهداف کلی و ویژه بخش جدید
- ۲ - جستجوی یک معمار
- ۳ - آماده کردن طرحی برای فضاها که عملیاتی و مفصل باشد
- ۴ - تعریف محدودیت های قانونی و فرایند "مستندات نیازسنجی"
- ۵ - ایجاد یک طرح نموداری
- ۶ - تعیین بودجه مورد نیاز

اهداف کلی و ویژه در طراحی فیزیکی بخش جدید

قبل از طراحی فیزیکی یک بخش اورژانس باید اهداف کلی و ویژه و انتظاراتی که از بخش جدید یا مورد نوسازی وجود دارد تعریف شوند. نوسازی بیمارستانها به دلایل مختلفی صورت می گیرد. تسهیل دسترسی عمومی به آنها، فراهم کردن امکان ارائه خدمات جدید، و از همه مهم تر، ارتقاء کیفیت ارائه مراقبت به بیماران از جمله این دلایل هستند.

برنامه ریزی برای نوسازی بخش اورژانس را باید با یک مرور رسمی بررسالت سازمانی بیمارستان مربوط و بخش اورژانس آن آغاز نمود. اگر این رسالت ها به درستی تعریف نشده یا اخیراً بازبینی نگردیده اند پروژه نوسازی بخش اورژانس، محرکی برای این کار خواهد بود. از آنجا که فعالیت بخش اورژانس در عملکرد کلی بیمارستان و سلامت جامعه تحت پوشش آن تاثیر بسیار مهمی دارد تعیین رسالت سازمانی بیمارستان و بخش اورژانس، قبل از شروع نوسازی آن، از اهمیت زیادی برخوردار بوده و باید با وسعت نظر کافی انجام شود.

الف - برنامه ریزی و بودجه بندی

برنامه ریزی باید با تدوین یک برنامه عملیاتی شروع شود. این برنامه شامل انواع مختلف خدماتی که در بخش اورژانس به بیماران ارائه می شوند یا باید ارائه شوند خواهد بود. در مرحله بعدی، طراحی فضاها صورت می گیرد

که در آن ، فضاهای مورد نیاز برای ارائه انواع خدمات به بیماران از جهت نوع و حجم ، پیش بینی شده و گنجانده می شوند . سپس این دو برنامه به برنامه واحدی که در آن بودجه پروژه ساخت و تجهیز بخش اورژانس جدید مشخص شده است تبدیل

می شوند و مبنایی برای تعیین و تخصیص هزینه های کارکنان بخش اورژانس در زمینه های علمی و عملیاتی خواهد بود. در برنامه عملیاتی باید هم نوع خدماتی که در بخش اورژانس ارائه می شوند و هم تعداد بیمارانی که هر نوع از خدمات را دریافت می کنند در نظر گرفته شوند. این برنامه باید هم خدمات فعلی و هم خدمات آتی بخش اورژانس را در نظر بگیرد. تمام این خدمات در طرح نهایی منعکس می شوند ، ولی باید از نظر سیستم های مدیریتی داخل بخش اورژانس (انتخاب محل تریاژ، ارتباطات پذیرش با قسمت تشکیل پرونده ، سیستم های ثبت اطلاعات ، انبار داروها و تجهیزات و....) و همچنین ارتباطات عملکردی ارزیابی و تایید شوند. پیش بینی و تخمین بار مراجعین در طراحی یک بخش اورژانس کارآمد بسیار مهم است.

لازم است دانشگاههای علوم پزشکی بر اساس مدل علمی نیازسنجی مساحت و تعداد تخت و طراحی فضای فیزیکی مطابق با آخرین ویرایش استاندارد بخش های اورژانس بیمارستانی در جلد ۶ مجموعه مجلدات بیمارستان ایمن بیان شده است اقدام نمایند.

ب- حداقل امکانات مورد نیاز برای ارائه خدمات کامل بخش های اورژانس

- ۱- ورودی مشخص محافظت شده در برابر جریان هوا ، در قسمت های همکف
- ۲- اتاق درمان ، مجهز به چراغ معاینه ، میز کار با فضای کافی ، سینک دستشویی ، تجهیزات پزشکی ، چندین قفسه ، محلی برای نگهداری داروها ، پریزهای برق به تعداد کافی
- ۳- فضاهای درمان ، که در آنها به ازای هر ۴ تخت یک سینک دستشویی (یا اگر این امکان وجود ندارد ، هر چند سینک که می توان) فراهم شده باشد.
- ۴- اتاق های مخصوص برای معاینه زنان ، که در آن ها تخت معاینه روبروی در ورودی اتاق قرار نگیرد.
- ۵- اتاق های تروما و مراقبت های قلبی شامل نگاتوسکوپ ، مونیتورها ، امکان دسترسی فوری به لباس مورد استفاده برای رعایت احتیاطات عمومی ، ورودی این اتاق ها حداقل باید ۱/۵۲ متر عرض داشته باشد.
- ۶- تدارکات مورد نیاز برای کارهای ارتوپدی و گچ گیری می تواند در اتاق تروما باشد.
- ۷- ایستگاه اسکراب (تمییز کردن) مجاور اتاق تروما یا ارتوپدی
- ۸- ایستگاه پرستاران - ترجیحاً دارای امکان مشاهده تمام عبور و مرورهای بخش

۹- قفسه ها یا کمد های امن برای کارکنان

۱۰ دسترسی به دستشویی ها ، اتاق استراحت و کمد های کارکنان

۱۱ ایستگاه نگهبانی

۱۲ اتاق ایزوله بیماران عفونی

۱۳ اتاق سوگواری یا اتاق داغداران (برای کسانی که بیمارشان در بخش اورژانس فوت می کند)

۱۴ اتاق نگهداری ایمن (برای نگهداری بیماران یا افراد متخاصم یا مهاجم تا رسیدن نیروهای امنیتی)

ج- مجاورت ها

در یک سیستم بهداشتی - درمانی بیمارستان مدار ارتباط بخش اورژانس بیمارستان با جامعه تحت پوشش خود در خارج از بیمارستان و با بخش های بالینی دیگر در داخل بیمارستان نه تنها برای عملکرد مطلوب این بخش ، بلکه برای ارتقاء کلی کیفیت مراقبت از بیماران حائز اهمیت است . موقعیت بخش اورژانس در بیمارستان باید به گونه ای باشد که :

۱ - دسترسی آن به راهروهای نقطه ای از آن اصلی عبور و مرور که محل انتقال بیماران به بخش ها هستند به خوبی تامین شود .

۲ - اورژانس بیمارستان در محلی قرار گرفته باشد که افراد پیاده و افرادی که با وسایل نقلیه شخصی و یا عمومی مراجعه می کنند به راحتی بتوانند وارد آن شوند .

۳ - ارتباط بخش اورژانس با دیگر تسهیلات بالینی داخل بیمارستان ، دسترسی آسان به امکانات تصویر برداری ، اتاق عمل ، و بخش مراقبتهای ویژه ، برای تامین کیفیت مطلوب مراقبت از بیماران الزامی است .

۴ - در بیمارستان هایی که تسهیلات مزبور و بخش اورژانس در یک طبقه قرار ندارند . از آسانسورهای مخصوص بین این بخش ها و بخش اورژانس استفاده شود .

۵ - برای حفظ حریم بیمار و اجتناب از برخورد بیماران با ملاقات کنندگان یا خانواده های ایشان لازم است دسترسی به آسانسورهای مخصوص بیمار بدون نیاز به گذشتن از مسیرهای عبور و مرور معمول آسانسورهای دیگر باشد ، (با چنین آسانسوری می توان بیمار را بدون عبور دادن از سایر مسیرهای عبور و مرور بیمارستانی ، به اتاق عمل و یا بخش مراقبت ویژه منتقل کرد .)

- ۶- این آسانسور بهتر است به پشت بام بیمارستان نیز راه داشته باشد تا امکان تحویل گرفتن بیماران از هیلکوپترهای امداد و انتقال آن‌ها به بخش اورژانس، اتاق تروما و دیگر فضاها از جمله اتاق عمل و بخش مراقبت‌های ویژه نیز فراهم شده باشد.
- ۷- اتاق انتظار و پذیرش بخش اورژانس در ارتباط مستقیم با سایر قسمت‌های بیمارستان و تسهیلات سرپایی باشد تا بیماران مجبور نباشند برای دسترسی به این تسهیلات، از فضای درمانی بخش اورژانس عبور نمایند.
- ۸- بخش اورژانس بیمارستانها تنها نقاطی هستند که باید در تمام مدت ۲۴ ساعت نگهبانان در آن مستقر باشند در نتیجه دفتر اصلی نگهبانی باید نزدیک بخش اورژانس قرار گیرد.
- ۹- پست نگهبانی اقماری که در داخل بخش اورژانس قرار دارد ممکن است در ساعات کار شب، آخر هفته و تعطیلات، مقر اصلی نگهبانی بیمارستان محسوب شود (در طراحی ایده آل باید در داخل بخش اورژانس، یک ایستگاه نگهبانی ویژه این بخش طراحی شود. این ایستگاه نگهبانی، باید به کارکنان بخش امنیتی اورژانس امکان بدهد تا اتاق انتظار، ورودی‌ها، قسمت بیماران روانی و قسمت مراقبت‌های حاد را تحت نظر داشته باشد).
- ۱۰- ایستگاه نگهبانی در نقطه‌ای از بخش ایجاد شود که به تمامی قسمت‌های اشاره شده تسلط داشته باشد.
- ۱۱- رادیولوژی و آزمایشگاه در نزدیکی بخش اورژانس باشد تا در ارتقای کیفیت مراقبت بالینی از بیماران به طور مناسبی از خدمات آن استفاده شود.
- ۱۲- از آنجا که بیماران بخش اورژانس باید برای انجام گرافی به بخش رادیولوژی مراجعه کنند این بخش باید یک راهروی مشترک با بخش اورژانس در نزدیکی فضاهای ارائه مراقبت‌های حاد، احیا و ترومای بخش داشته و امکان استفاده از آن منحصر به بیماران بخش اورژانس باشد.
- ۱۳- حتی الامکان آزمایشگاه باید به شکلی تعبیه گردد که از یک طرف با مرکز بخش اورژانس و از طرف دیگر با راهرو بیمارستان در ارتباط باشد.
- ۱۴- مسیرهای عبور و مرور نمونه‌های بیماران بخش اورژانس و نمونه‌هایی که مربوط به سایر بیمارستان است را از هم جدا نگه داشت تا ضمن حفظ یکپارچگی بخش و رعایت اصول رازداری بیماران وقفه ناشی از جریان نمونه‌ها از دیگر حوزه‌های درمان بیمارستان به حداقل برسد.
- ۱۵- باید به موقعیت قرارگیری بخش اورژانس نسبت به بایگانی مدارک پزشکی، داروخانه و قسمت تدارکات مرکزی توجه شود تا امکان دسترسی آسان و برخورداری از خدمات این واحدهای پشتیبانی مهم فراهم شده باشد.

۱۶ بهتر است بخش اورژانس در نزدیکی بخش درمان های تنفسی ، خدمات مددکاری اجتماعی ودفتر پذیرش قرار گیرد تا خدمات اجتماعی و درمانی فوری در بخشهای ذکر شده بسیار آسان تر و کامل تر انجام شود .

۱۷ حتی الامکان ورودی بیمارانی که با آمبولانس به بخش اورژانس آورده می شوند از ورودی بیمارانی که خودشان به بخش مراجعه کرده اند جدا باشد. (این جدا سازی باعث می شود بیمار شدیداً بدحالی که با آمبولانس به بخش اورژانس آورده می شود به راحتی با بیماران دیگر در نیامیزد و از طرف دیگر بیمارانی که نسبتاً خوش حال هستند و خودشان به بیمارستان آمده اند و یا دوستان یا بستگان بیماران که برای ملاقات به بخش اورژانس آمده اند نیز این بیمار شدیداً بدحال را نمی بینند.)

۱۸ در داخل بخش اورژانس فضاهایی که برای بیماران شدیداً بدحال طراحی و تجهیز شده اند باید برای پزشکان و پرستاران این امکان را فراهم کنند که تمام بیماران بدحال را به صورت مستمر تحت نظر و دید داشته باشند .

بخش دوم: واحدهای بخش اورژانس

الف - تریاژ (Triage)

تریاز، اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس می باشد، که عملکرد اصلی آن اولویت بندی بیماران بر اساس وضعیت بیماری و همچنین نوع و سطح خدمات درمانی مورد نیاز است و هدف آن تخصیص منابع در کمترین زمان به نیازمندترین بیماران می باشد. در این فضا بیماران توسط پرستار تریاژ مورد ارزیابی اولیه قرار می گیرند تا تعیین شود باید به کدام قسمت اورژانس منتقل گردند. پرستاران شاغل در این واحد باید دارای ویژگی های خاص بوده و از با تجربه ترین پرستاران بخش اورژانس انتخاب شوند. بنا به اهمیت ویژه این واحد، شرایط تشکیلاتی و ساختاری تریاژ از جمله نیروی پرستاری آموزش دیده، فضای فیزیکی اختصاصی، جانمایی مناسب و تجهیزات این واحد بایستی بر اساس استاندارد لحاظ گردد.

ب- واحد درمان سریع (Fast Track)

فضایی است که برای بیماران سرپایی (عموما بیماران سطح ۴ و ۵ تریاژ ESI) طراحی شده است. واحد Fast Track به این بیماران اجازه می دهد تا پس از تریاژ و ویزیت توسط پزشک، در صورت نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی در فضایی جداگانه ولی یکپارچه و مجاور با بخش اورژانس خدمات لازم را دریافت نمایند.

ج- واحد مراقبت و درمان حاد (Acute Unit)

واحد مراقبت و درمان حاد، محدوده ای از بخش اورژانس می باشد که بیماران پایدار که نیازمند اقدام حاد تشخیصی یا درمانی می باشند به صورت مستقیم تحت نظارت کادر درمانی قرار گرفته و اقدامات لازم بر اساس فرایند ها در خصوص ایشان انجام می پذیرد. به عبارتی دیگر، بیماران سطوح ۲، ۳ و ۴ تریاژ ESI بصورت مستقیم یا پس از دریافت خدمات اولیه، و بیماران سطح ۱ تریاژ پس از دریافت اقدامات احیا در اتاق CPR، به دستور پزشک وارد فضای درمان و مراقبت حاد می شوند، و تا زمان تعیین تکلیف در این فضا تحت مراقبت قرار می گیرند. واحد درمان حاد می تواند شامل واحد تروما و داخلی باشد.

د- واحد تحت نظر (Observation Unit)

واحد تحت نظر مکانی در اورژانس است که خدمات مراقبتی به بیماران پس از تعیین تکلیف در واحد مراقبت و درمان حاد، در این واحد ادامه می یابد. (در صورتی که بیمار پس از تعیین تکلیف به سایر بخش های بستری یا بخش ویژه منتقل نشود و یا نیاز به مدت زمان مشخص تحت نظر قرار داشتن پیش از ترخیص وجود داشته باشد)

ه- اتاق احیا (Resuscitation Room)

اتاق احیا قسمتی از بخش اورژانس میباشد که مبنایست از لحاظ موقعیت و جایگاه و فضای فیزیکی و همچنین تجهیزات بر اساس دستورالعمل های کشوری و استانداردها طراحی و آماده سازی گردد. این اتاق محل پایدار سازی بیماران اورژانس میباشد و هر بیمار ناپایداری به این واحد منتقل میگردد.

- ۱- تعبیه اتاق احیا برای تمامی اورژانس های کشور الزامی است .
- ۲- این اتاق در اورژانس های کوچک حداقل یک تخت و در اورژانس هایی با تعداد پذیرش بالا (۶۰هزار پذیرش سالانه و بیشتر) تا ۴ تخت (۱ تخت و ۳ فضای تخت) متغیر است .
- ۳- با توجه به نقش حیاتی این اتاق موقعیت آن باید در کوتاه ترین فاصله نسبت به ورودی اورژانس قرار داشته باشد .
- ۴- دسترسی سریع و ارتباط تنگاتنگ بین اتاق تریاژ و این اتاق برای بیمارانی که با وسایل نقلیه شخصی به اورژانس منتقل شده اند و نیاز به تریاژ دارند لازم است.
- ۵- حداکثر فاصله مابین ورودی اورژانس و ورودی اتاق احیاء بیشتر از ۱۰ متر نباشد.
- ۶- جهت افزایش سرعت عمل در انتقال بیمار به این اتاق ، لازم است مسیر ارتباطی به این فضا به صورت مستقیم بوده و یا تا حد امکان دارای کمترین چرخش باشد .
- ۷- در جهت گردش کاری مناسب ، نحوه وارد شدن به اتاق احیا و خارج شدن از آن به دوروش امکانپذیر می باشد که به اقتضای نوع طراحی و تعداد پذیرش سالیانه اورژانس به کار گرفته شود:

الف) اتاق احیا با یک در برای ورود و خروج

ب) اتاق احیا با دو در برای ورود و خروج

و- ICU اورژانس

در مراکزی که امکانات موجود اعم از فضای فیزیکی، تجهیزات و پرسنل کافی موجود باشد و به علت مراجعات بالا و عدم وجود تخت بستری ویژه در آن مرکز، در موارد مکرر بیماران نیازمند مراقبت ویژه طولانیمدت تر از استاندارد در اورژانس باشند، توصیه می گردد، واحد مراقبت های ویژه (ICU) اورژانس ایجاد شود و نیروهای مجزایی به این واحد در راستای تعیین تکلیف مناسب این بیماران و عدم درگیر نمودن نیرو و فضای اورژانس به اقدامات درمانی این بیماران اختصاص یابد تا سایر نیروهای اورژانس جهت پذیرش و ارائه خدمت مناسب به سایر مراجعین آمادگی

بیشتری داشته باشند. بدیهی است استاندارد های لازم بخش مراقبت های ویژه می بایست در این واحد به صورت دقیق مد نظر قرار گیرد.

ز- اتاق عمل سرپایی

فضای اصلی در بخش اورژانس جهت انجام عملیات تهاجمی و نیمه تهاجمی بر روی بیمار در اتاق عمل سرپایی است. این موارد طیف گسترده ای از عملیات همچون ترمیم زخم و پانسمان های پیچیده، انجام بخیه های مختلف، جاناندازی های همزمان با بخیه، پانسمان سوختگی، لیگاتور شریان، انجام فرآیندهایی از قبیل گذاشتن کاتتر ورید مرکزی، گذاشتن لوله قفسه صدری، بخیه و گچ گیری شکستگیهای باز، سوزاندن رگ جهت جلوگیری از خونریزی و غیره را شامل می شود.

۱- برنامه ریزی اتاق عمل سرپایی در تمامی اورژانس ها الزامی است.

۲- در اورژانس های کمتر از ۱۰ هزار پذیرش سالیانه که تعداد بیماران محدود است، می توان اتاق عمل سرپایی و اتاق گچ گیری در یک محل تعبیه نمود.

۳- به صورت کلی جهت تفکیک و دسته بندی سطح خدمات قابل ارائه در این اتاق، دو نوع اتاق عمل سرپایی برای بخش اورژانس قابل پیش بینی می باشد:

الف) اتاق عمل با عملیات ساده

در این اتاق اقدامات ساده همچون جا انداختن همزمان با بخیه، بخیه های سطحی، پانسمان سوختگی، سوزاندن رگ جهت جلوگیری از خونریزی، ترمیم های سطحی زخم و اعمال مشابه انجام شود. (با توجه به سطح کنترل عفونت در این اتاق و سطح خدمات قابل ارائه امکان قرارگیری چند تخت عمل در آن وجود دارد).

ب) اتاق عمل با عملیات پیچیده

در این اتاق اقدامات در سطحی بالاتر از اتاق عمل با عملیات ساده صورت می پذیرد. از جمله این عملیات می توان به گذاشتن کاتتر ورید مرکزی، گذاشتن لوله قفسه صدری، بخیه های عمیق، کنترل خونریزی های شدید، بخیه و گچ گیری شکستگی های باز، لیگاتور شریان، ترمیم های پیچیده زخم و اعمال مشابه اشاره کرد. در این نوع اتاقها با توجه به اهمیت کنترل عفونت و سطح بالای خدمات، تعبیه تنها یک تخت در این اتاق مجاز است.

فصل سوم

نیروی انسانی بخش اورژانس

تکمیل نیروی تخصصی مورد نیاز اورژانس در اولویت چیدمان پرسنلی بیمارستان قرار دارد. افتتاح بخشهای جدید یا توسعه بخشهای قدیمی منوط به عدم ایجاد مشکل در تامین نیروی انسانی اورژانس اعم از پرستار، کمک بهیار و بیمار بر خواهد بود. در صورت لزوم حتی با تعدیل نیروی بخشهای دیگر نیروی مورد نیاز اورژانس تامین گردد.

ریاست بخش اورژانس

شرایط ریاست بخش اورژانس به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۱- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی طب اورژانس (بیمارستانهای جنرال)

۲- تخصص مرتبط در بیمارستان های تک تخصصی

در صورت نبود متخصص طب اورژانس:

الف- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی یکی از انواع طب بالینی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش اورژانس

ب- در صورت نبود متخصص طب اورژانس، پزشکی عمومی با حداقل ۴ سال سابقه کار در بخش اورژانس

رئیس بخش اورژانس طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن منحصرأً به عنوان رئیس بخش تعیین می شود.

گروه پزشکی

- پزشک متخصص طب اورژانس / متخصص مقیم اورژانس
- پزشکان مستقر در بیمارستان و یا آنکال
- پزشک عمومی

در سالیان اخیر مسئولیت گروه پزشکی بخش اورژانس بر عهده متخصصین طب اورژانس می باشد. این متخصصین با آشنایی و مهارت کامل بر انواع تخصصهای پزشکی و نگاه بینابینی، بهترین گروه پاسخگویی به نیازهای بیمارانی می باشد که باید اقدامات فوری درمانی در مورد آنها اعمال گردد.

به طور کلی مسئولیت معاینه، تشخیص و درمان بیماران از لحظه تریاژ تا ترخیص بر عهده تیم پزشکی اورژانس می باشد. همچنین انجام اموری از قبیل تجویز دارو و دستورات غذایی بیماران، دستور موارد تشخیصی مانند رادیوگرافی، سی تی اسکن و سایر آزمایشهای تشخیصی پزشکی، دستور انتقال و ترخیص بیماران و سایر اقدامات مرتبط با خدمات پزشکی مربوط به بیمار بستری در اورژانس از وظایف گروه پزشکی زیر نظر متخصص مقیم بخش اورژانس در شیفتمی باشد.

زمان مقرر حضور پزشکان آنکال بر بالین بیمار

زمان حضور پزشک آنکال:

پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند. بدیهی است که موقعیت جغرافیایی و یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تاخیر پزشک آنکال مربوطه باشد. لازم است زمان تماس با پزشک آنکال توسط پرستار بیمار در پرونده بیمار ثبت گردد. در این زمینه رعایت دسته بندی دو گانه زیر در زمینه بیماران اورژانسی الزامی است:

الف - تخصصهایی که توسط متخصص مقیم اورژانس درخواست مشاوره اورژانس یا ویزیت اورژانس گردیده است حضور سریع (کمتر از ۳۰ دقیقه) پزشک آنکال الزامی است

ب- تخصصهایی که توسط متخصص مقیم اورژانس درخواست مشاوره غیر اورژانس شده است حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است. (حداکثر ۴ ساعت)

تذکر: در مواردیکه زمانهای اعلام شده توسط پزشکان آنکال رعایت نگردد مراتب به سوپروایزر اورژانس اطلاع داده شود تا بر حسب مورد صورت پذیرد و کلیه اقدامات به رئیس بخش اورژانس به صورت مکتوب اطلاع داده شود

متخصص طب اورژانس / مقیم اورژانس

تعریف رشته طب اورژانس و شرح وظایف و اختیارات متخصصین این رشته:

تعریف تخصص براساس کوریکولوم رشته تخصصی

طب اورژانس یک تخصص بالینی است که به ارزیابی، احیاء، تثبیت، تشخیص، درمان، مراقبت و تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به اورژانس می پردازد. این رشته تخصصی دربرگیرنده دانش بالینی، مهارتهای ادراکی و تکنیکی جهت تشخیص، تصمیم گیری و درمان بیماران مراجعه کننده به اورژانس و نیز مدیریت بخش و حوادث

غیرمترقبه می باشد. متخصص این رشته همچنین باید بتواند به عنوان عضوی مؤثر از تیم پزشکی با متخصصان رشته‌های دیگر و نیز سیستم اورژانس پیش بیمارستانی همکاری نماید.

۱- مسوولیت مستقیم اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران در بخش اورژانس بر عهده متخصصین طب اورژانس (یا دستیاران وی) و در صورت عدم حضور متخصص طب اورژانس در مرکز مربوطه، بر عهده پزشک متخصص مقیم اورژانس می‌باشد و در صورت نیاز به اقدامات تشخیصی و درمانی سایر سرویس‌های تخصصی در اسرع وقت ویزیت تخصصی درخواست خواهد شد و تعیین تکلیف بیماران اعم از ترخیص یا بستری نیز می‌بایست فقط با نظر متخصص مقیم اورژانس انجام پذیرد.

۲- با توجه به اهداف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، از تربیت نیروی تخصصی طب اورژانس و بکارگیری این نیروی تخصصی در جهت اصلاح و بهبود روند ارائه خدمات در اورژانس‌های کشور و موارد مطروحه در کوریکولوم آموزشی توانایی‌های این متخصصین، تمام‌مراکز اورژانس بیمارستانی کشور میبایست در صورت حضور متخصصین اورژانس، با بکارگیری این متخصصین، تمام‌مراکز اورژانس بیمارستانی کشور شاهراد جهت بهبود آموزش، فرایندهای جاری اورژانس، اقدامات تشخیصی و درمانی و تعیین تکلیف بیماران دنبال نمایند.

۳- رویکرد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با توجه به لزوم ارائه خدمات با بالاترین کیفیت؛ ویزیت، تصمیم‌گیری درمانی و تعیین تکلیف تمام بیماران مراجعه‌کننده به تمام بخش‌های اورژانس بیمارستانی کشور توسط متخصصین می‌باشد، لذا در تمام بخش‌های اورژانس مراکز آموزشی، متخصص مقیم طب اورژانس و دستیاران اورژانس مسوول مستقیم اقدامات تشخیصی، درمانی، تصمیم‌گیری و تعیین تکلیف بیماران می‌باشند و در تمام مراکز درمانی به محض تامین نیروی تخصصی، تمام بیماران اورژانس می‌بایست توسط متخصصین مقیم تحت پوشش درمان لازم قرار گیرند و تا آن زمان پزشکان عمومی تحت نظارت فنی و علمی متخصص و در حضور متخصص مقیم اورژانس، ویزیت سطوح ۴ و ۵ تریاژ و ارائه خدمت نمایند و تمامی پروسیجرهای درمانی می‌بایست در اورژانس بیمارستانی توسط نیروی تخصصی انجام پذیرد.

۴- از متخصصین اورژانس انتظار می‌رود در دو حیطه درمانی و مدیریتی بخش اورژانس، موجبات ارتقاء خدمات به بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس را فراهم آورند. در حوزه درمانی همانگونه که ذکر شد و بر اساس این دستور العمل، متخصص مقیم اورژانس ویزیت بیماران، تصمیم‌گیری‌های درمانی و تعیین تکلیف سطوح مختلف تریاژ و در حوزه مدیریتی مسوولیت فنی بخش، مدیریت تخت بخش اورژانس و تعیین تکلیف بیماران را بر عهده دارد.

۵- متخصص مقیم اورژانس می‌بایست تسلط کامل علمی و عملی بر تمام اقدامات و اعمالی که انجام آنها بصورت اورژانس سبب نجات جان بیمار یا حفظ حیات عضو یا کاهش عوارض و ناخوشی در وی می‌گردد را دارا بوده و در این خصوص اقدام نماید.

۶- با توجه به لزوم کیفیت ارائه خدمات و استفاده بهینه از نیروی انسانی تخصصی ضروری است حداکثر ساعت کاری برای هر یک از متخصصین طب اورژانس ۱۲ ساعت در هر نوبت کاری لحاظ گردد.

در مورد وظایف فوق الذکر نکات ذیل ضروریست:

- تعدادی از اعمال فوق وظیفه قطعی پزشک متخصص طب اورژانس است و حتی حضور سایر متخصصین مسئولیت را از وی ساقط نمی‌کند (مانند اداره راه هوایی، بیدردی حین پروسیجر conscious sedation، ویزیت جامع، مراقبت بحرانی بیمار بد حال).

- بسیاری از اعمال می‌تواند توسط متخصص طب اورژانس یا سایر متخصصین صورت گیرد و بسته به فوریت، لزوم انجام برای تعیین تکلیف به موقع و بجای، در دسترس بودن، مهارت، زمان در دسترس و پروتکل‌های خاص تدوین شده در موسسه یا مرکز درمانی، توسط هر یک از این دو قابل انجام است (مانند آرتروستنتز یا انجام پونکسیون لومبر). لازم به ذکر است در صورت لزوم و انجام اقدام درمانی بر اساس اندیکاسیون‌های علمی، پس از تعیین تکلیف و بستری بیمار باید ادامه پیگیری اقدام مذکور توسط سرویس تخصصی مربوط به آن پروسیجر انجام گردد.

- تعداد معدودی از اعمال فوق صرفاً در موارد بسیار خاص و محدود و در غیاب متخصصین مربوطه و شرایط بسیار فوری تهدید کننده عضو یا حیات توسط متخصص طب اورژانس قابل انجام است (مانند توراکوتومی یا انجام سزارین پری مورتم).

۷- متخصصین طب اورژانس بر اساس فلسفه وجودی این رشته و شرایط خاص بخش اورژانس وظایف متعدد مدیریتی مختلفی بر عهده دارند. این وظایف به اختصار شامل آموزش، اصلاح گردش کار بیماران، هدایت و همکاری در طراحی و تغییر کاربری‌های فضای فیزیکی بخش اورژانس، مدیریت تعاملات درون و برون بخشی است.

۸- متخصصین طب اورژانس موظفند طبق دستورالعمل‌های مربوطه قسمتی از زمان خدمت خود در مراکز آموزشی، درمانی به آموزش‌های لازم و متناسب با بخش مربوطه اختصاص دهند و مسوولین می‌بایست زمینه استفاده از این پتانسیل را در جهت بهبود و ارتقا سطح دانش علمی و کاربردی پرسنل درمانی به نحو مناسب فراهم آورند.

الف - در بیمارستان های آموزشی و دارای تخصص طب اورژانس

- آموزش مهارت های لازم در برخورد با بیماران بدحال و اورژانسی به اینترن هایی که در بخش اورژانس می باشند. در بیمارستانهای واجد گروه طب اورژانس توصیه میشود اینترن ها دوره مجزایی را در بخش اورژانس بگذرانند تا در این دوره آموزش و مهارتهای لازم در برخورد با بیمار بدحال را به دست آورند.
 - آموزش دستیاران طب اورژانس: متخصصین اورژانس موظفند در بیمارستان های آموزشی، علاوه بر آموزش دستیاران طب اورژانس حین ویزیت بیماران در بخش (راند)، قسمتی از زمان فعال خود را صرف آموزش دستیاران نمایند. این زمان شامل شرکت فعال در جلسات آموزشی، Morning Report ها و ارائه سخنرانی در کلاس درس است.
 - ارزیابی فنی و تخصصی گروه پرستاری و پزشکان: ارزیابی تخصصی پرستاران و پزشکان عمومی شاغل در اورژانس بر عهده متخصصین طب اورژانس با همکاری دفتر پرستاری بیمارستان می باشد.
 - همکاری در برگزاری دوره های آموزشی EMS و حین خدمت پرسنل و پزشکان مشاور (۱۰۵۰) اورژانس پیش بیمارستانی
 - برگزاری جلسه با سایر گروههای تخصصی بصورت ماهانه به منظور هماهنگی آموزش اینترن ها و دستیاران سایر رشته ها که ماههایی از تحصیل خود را در اورژانس خدمت می کنند.
 - همکاری در برگزاری دوره های آموزشی حین خدمت پرسنل
 - برگزاری دوره های بازآموزی مدون مرتبط با اورژانس های مختلف پزشکی برای پزشکان و پرستاران شاغل در اورژانسها (دوره های تریاژ، مسمومیت، ATLS، ACLS، BLS و....) با بهره گیری از متخصصین اورژانس میسر است
- لازم به ذکر می باشد ارجح است معاونت های محترم آموزشی دانشگاهها و رییس اداره آموزش مداوم دانشگاهها جهت آموزش دانشجویان پزشکی و پرستاری و آموزش ضمن خدمت تخصصی اورژانس، از متخصصین هیات علمی طب اورژانس آن دانشگاه بهره گیرند.

ب - در بیمارستان های آموزشی و فاقد تخصص طب اورژانس

کلیه وظایف اعلام شده مربوط به متخصص طب اورژانس در بند " الف " بعهدہ متخصصین مقیم اورژانس می باشد.

پیشنهاد می شود دانشگاهها و معاونین درمان، تا زمان آموزشو تامین نیروی تخصصی کافی، از متخصصین اورژانس بیمارستانهای بزرگ و آموزشی مرجع دانشگاه ها به عنوان مشاور اورژانس هایی که فاقد متخصص طب اورژانس است، بهره گیرند.

ج - دستورالعملهای اجرایی در بیمارستانهای آموزشی ، درمانی

- در بخش اورژانس مراکز آموزشی، درمانی ویزیت و دستورات پزشکی بایستی توسط دستیاران حداقل سال ۲ و یا بالاتر در تمامی رشته های تخصصی از جمله طب اورژانس صورت پذیرد و دستورات کارورزان و یا دستیاران سال اول قابل اجرا نمی باشد .
- در دانشگاههای دارای هیئت ممیزه ، معاون درمان به هیئت ممیزه و کمیته های زیر مجموعه دعوت شود و ارتقاء اساتید بالینی منوط به گزارشهای مستند در خصوص حضور فعال اساتید بر اساس برنامه کاری در اورژانس ها باشد. در سایر دانشگاهها موارد توسط هیئت ممیزه مرکزی از دانشگاه مربوطه استعلام شود.
- مطرح شدن پرونده اساتید در کمیته های ترفیع منوط به حضور فعال در اورژانس می باشد.
- ارتقاء سالیانه دستیاران و معرفی آنها به امتحان گواهینامه و دانشنامه منوط به حضور فعال در اورژانس ها و تایید دانشکده پزشکی بر اساس مستندات در این مورد می باشد .
- کلیه مشاوره ها در بیمارستانهای آموزشی باید توسط متخصص مقیم یا دستیار ارشد شیفت انجام گیرد .
- در مواردی که حجم کار دستیار ارشد با انجام مشاوره ها بیش از حد باشد گروه آموزشی مربوطه ، دستیار ارشد مسئول مشاوره در کشیک ها تعیین نماید .
- بیمارانی که از اورژانس ترخیص می گردند حتما با مسئولیت متخصص مقیم اورژانس قابل ترخیص می باشند.
- بیمارانی که از اورژانس برای بستری به بخشها منتقل می گردند ، دستور بستری حتما با مهر متخصص مقیم یا دستیار ارشد و یا متخصص مقیم اورژانس باشد .

ج - در بیمارستان های درمانی و دارای تخصص طب اورژانس

- ارزیابی فنی و تخصصی گروه پرستاری و پزشکان
ارزیابی تخصصی پرستاران و پزشکان عمومی شاغل در اورژانس با متخصصین طب اورژانس است.

- همکاری در برگزاری دوره های آموزشی حین خدمت پرسنل
- برگزاری دوره های بازآموزی مدون مرتبط با اورژانس های مختلف پزشکی برای پزشکان و پرستاران شاغل در اورژانسها (دوره های تریاژ، مسمومیت، ATLS، ACLS، BLS و....) با بهره گیری از متخصصین اورژانس میسر است.
- برگزاری جلسه با سایر گروههای تخصصی بصورت ماهانه به منظور هماهنگی

د - در بیمارستان های درمانی و فاقد تخصص طب اورژانس

- کلیه وظایف اعلام شده در بند "ج" بعهدہ متخصص مقیم اورژانس می باشد.
تبصره:

- بیمارانی که از اورژانس ترخیص می گردند حتما با مسئولیت متخصص مقیم اورژانس قابل ترخیص می باشند.
- بیمارانی که از اورژانس برای بستری به بخشها منتقل می گردند، دستور بستری حتما با مهر متخصص مقیم / آنکال بیمارستان و یا متخصص مقیم اورژانس باشد.

ه - در بیمارستان های غیر دولتی

بیمارستان های غیر دولتی می توانند از متخصصان شاغل در اورژانس بیمارستان های آموزشی (به عنوان مشاور فنی) برای اصلاح فرایندها و گردش کار اورژانس با هماهنگی با معاونت آموزشی آن دانشگاه به منظور ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان خود بهره مند گردند. با توجه به مسئله حضور متخصص مقیم در اورژانس و تاکید وزارت بهداشت و مسئله اعتباربخشی و لزوم بهبود و ارتقاء خدمات تخصصی درمانی و فنی، توصیه می شود اورژانس های خصوصی با متخصص اداره شود.

در بیمارستانهایی که پزشک عمومی بعنوان پزشک اورژانس مشغول انجام خدمت در اورژانس می باشد بهتر است است ریاست بخش اورژانس بعهدہ یکی از متخصصین بیمارستان مربوطه بوده و اقدامات ذیل انجام پذیرد (لازم به ذکر است در صورتیکه بیمارستان تصمیم به واگذاری ریاست بخش اورژانس به یکی از پزشکان عمومی شاغل در آن بیمارستان نماید پزشک مذکور در صورت تمایل می تواند در اورژانس ارائه خدمت نماید در صورت عدم ارایه خدمت درمانی برابر پزشکان عمومی اورژانس از درآمد حاصله بهره مند گردد .)

• آموزش دوره ای در خصوص خدمات فوریتی جهت بیماران شایع اورژانس متناسب با بیمارستان مربوطه

- تهیه دستورالعمل جهت چگونگی انجام مشاوره با پزشکان متخصص بیمارستان جهت کاهش آسیبهای ناشی از عدم وجود یک برنامه منسجم
- بررسی ماهیانه عملکرد پزشکان عمومی توسط ریاست بخش اورژانس و اعلام بازخورد عملکرد پزشکی به ایشان
- پایش تصادفی پرونده های پزشکی و آموزش لازم در راستای توانمند سازی پزشکان عمومی
- موظف نمودن پزشکان عمومی جهت شرکت در دوره های بازآموزی فوریتهای پزشکی و منوط بودن ارتقای شغلی و یا تمدید قرارداد به وجود مستندات مربوط به حضور فعال پزشکان در آموزشهای مذکور
- ارتباط مستقیم پزشک عمومی مستقر در اورژانس با پزشک متخصص مقیم بخش اورژانس و در صورت عدم دسترسی با پزشکان متخصص مقیم بیمارستان جهت مشاوره تلفنی و اقدامات مناسب تا زمان حضور متخصص بر بالین بیمار
- تقسیم بندی وظایف پزشکان عمومی در بخش اورژانس با تفکیک به دو سطح (بیماران با سطوح ۴ و ۵ و بیماران سطوح ۱، ۲ و ۳)

نکته: دانشگاههای علوم پزشکی موظفند در کمترین زمان ممکن بخش های اورژانس بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی را از خدمات تخصصی بهره مند نموده و بخش اورژانس را مقید به حضور متخصص مقیم اورژانس نمایند.

۹ - اصلاح گردش کار بیماران در بخش اورژانس

متخصص مقیم اورژانس موظف است نسبت به اصلاح فرایندهای اورژانس خصوصا گردش کار بیمار در راستای ارتقا کیفیت خدمات اورژانس با مسئولین بیمارستان و مسئول پرستاری اورژانس همکاری لازم را داشته باشند و مشاوره های لازم را ارایه نماید.

فرآیندهای اجرایی بخش اورژانس

الف - تعاملات درون بخشی

بخش اورژانس از واحدهای مختلفی چون تریاژ، واحد درمان سریع (Fast track)، واحد مراقبت و درمان حاد (Acute unit)، واحد تحت نظر (Observation Unit)، اتاق احیا (CPR)، اتاق عمل سرپائی اورژانس و در برخی بیمارستانها ICU اورژانس تشکیل شده است که هر کدام از این واحدها وظیفه خاصی را در راستای هدف کلی اورژانس انجام می دهند و هماهنگی بین این واحدها برای دستیابی به هدف اصلی بسیار ضروری است و ایجاد مشکل در یکی از واحدها به بروز مشکل در سایر واحدها می انجامد. همچنین کارکنان واحدهای

مختلف در اورژانس نیز باید مسیرهای ارتباطی خود را به خوبی بشناسند و با پیروی از فرایندهای درست، گردش کار بیماران را تسهیل نمایند. لذا موارد زیر اقدام گردد:

- لازم است متخصصین اورژانس به قوانین و دستورالعملهای جاری پایبند باشد و در برنامه های آموزشی و اجرایی و فنی بخش شرکت نماید. مسئولیت برنامه ها با رییس بخش اورژانس است.
- صورت جزییات خدمات انجام شده در بخش اورژانس که در پرونده اورژانس ثبت شده باید در تسویه حساب نهایی مالی بیمارستان بصورت جداگانه لحاظ گردد. پرونده بیمار در اورژانس ضمیمه پرونده اصلی گردد.
- متخصص مقیم اورژانس، سوپروایزر اورژانس و مسوول شیفت در هر زمان تیم مدیریتی بخش را تشکیل می دهند و می بایست با همکاری و تعامل با یکدیگر و لحاظ نمودن آیین نامه های کشوری، استراتژی ها و مصوبات دانشگاهی و نیز در نظر گرفتن شرایط موجود بیمارستان، در جهت چرخش کار مناسب ارائه خدمت به بیماران بهترین اقدام را انجام دهند.
- لازم است در هر بیمارستان جایگاهی تحت عنوان Bed Manager (مسوول اصلی تصمیم گیری) تعریف و با ابلاغ مستقیم رئیس بیمارستان با ضمانت اجرایی کامل معرفی گردد. تمامی سرویسهای تخصصی مورد مشاوره بایستی حداکثر ظرف مدت ۶ ساعت بیماران را تعیین تکلیف نمایند و در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار توسط سرویس تخصصی، متخصص طب اورژانس یا متخصص مقیم اورژانس مکلف است در پایان ۶ ساعت تکلیف بیمار را معین نموده و دستور بستری در بخش تخصصی مربوطه و یا ترخیص را صادر نماید.
- متخصص مقیم اورژانس می بایست بر هرگونه انتقال بیمار به هر عنوان اعم از ترخیص، بستری، اعزام به مرکز دیگر و حتی بین واحدهای اورژانس نظارت داشته و اینانتقال می بایست فقط با تایید متخصص مقیم اورژانس صورت پذیرد.
- در جلسات دوره ای منظم، نماینده گروه متخصصین طب اورژانس هر مرکز می بایست با حضور مدیران واحدهای پاراکلینیک نقایص واحدهای موجود در اورژانس را به سرپرستار بخش و مدیران واحدهای رادیولوژی و آزمایشگاه منتقل نموده و در خصوص نحوه بهبود عملکرد تصمیم گیری لازم صورت پذیرد.
- واحد تریاژ نمی تواند بیماران را به طور مستقیم به سایر تخصص های حاضر در بخش اورژانس ارجاع دهد و هر گونه ویزیت یا مشاوره بیماران در اورژانس باید با خواست متخصص مقیم اورژانس انجام پذیرد و ارجاع مستقیم بیماران از تریاژ به سایر تخصص های حاضر در بخش اورژانس مجاز نمی باشد.

ب- تعاملات برون بخشی

تعاملات برون بخشی یکی از جنبه های حیاتی مدیریت است که باعث استفاده بهینه از ارتباطات و منابع به منظور دستیابی به هدف مشترک مجموعه درمانی می باشد. این تعاملات در بخش اورژانس شامل تعامل با سایر گروه های تخصصی، ارتباط مناسب با اورژانس پیش بیمارستانی، هماهنگی با سایر بخش ها در بیمارستان، تعامل با کمیته های بیمارستانی و تعامل با سایر بیمارستان ها می باشد.

۱. تعامل با سایر گروه های تخصصی

بخش اورژانس بیمارستانی در بین بخش های بیمارستان بیشترین تعامل ضروری را با بخش ها و واحدهای دیگر داراست و به همین دلیل شفاف بودن نحوه ارتباط اورژانس با سایر بخش های بیمارستان و پاراکلینیک از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

به منظور ارتباط موثر بخش اورژانس با سایر بخش ها و متخصصین این رشته با سایر رشته ها، لازم است نکات زیر رعایت گردد.

- در تمام مراکز آموزشی و درمانی میبایست جلسات منظمی جهت حل و فصل مشکلات ناشی از تداخلات بین گروهی با همکاری متخصصین طب اورژانس و سایر رشته های تخصصی برگزار گردد. لازم است در این جلسات مدیران گروهها نیز حضور داشته باشند و مقرر می گردد. این جلسات هر ماه جهت رفع موانع و همکاری آموزشی، درمانی و اجرایی برگزار گردد.
- جلسات Case Report با رویکرد حل مساله (Problem Solving) بین گروه های مختلف آموزشی تشکیل گردد.
- هر گونه ویزیت یا مشاوره بیماران در اورژانس باید با درخواست متخصص مقیم اورژانس انجام پذیرد و ارجاع مستقیم بیماران از تریاژ به سایر تخصص های حاضر در ED مجاز نمی باشد.
- با توجه به لزوم در نظر داشتن تمامی آسیب های بیمار که می تواند مرتبط با سرویس های تخصصی مختلف باشد و رعایت اولویت های درمانی در راستای عدم موازی کاری و همچنین تخصیص هدفمند منابع بیمارستانی به نیازمندترین بیماران، هر گونه تعیین تکلیف بیمار اعم از بستری در بخش، ترخیص و یا اعزام به اتاق عمل یا مراکز درمانی دیگر می بایست توسط متخصص مقیم اورژانس و با هماهنگی سرویس های تخصصی مربوطه انجام پذیرد.
- در صورت موافقت متخصصین طب اورژانس با رئیس بیمارستان امکان بستری کوتاه مدت (کمتر از ۲۴ ساعت) بیماران بخش اورژانس در سرویس طب اورژانس در واحد تحت نظر اورژانس (Observation)

(Unit) وجود دارد. این بیماران از بخش تحت نظر ترخیص خواهند شد (به عنوان مثال: دریافت دوز وریدی AB، کنترل موقت از نظر نرو واسکولر و...) (Clinical decision Unit)

- مسوولیت درمان بیمارانی که در بخش اورژانس بستری می باشند به عهده متخصص طب اورژانس (یا متخصص مقیم) بوده و حضور تمام سرویسهای تخصصی در محدوده اورژانس همچون روال معمول سایر بخش ها بوده و به صورت همکار و مشاوره با سرویس طب اورژانس (یا متخصص مقیم اورژانس) بوده و تمام دستورات سرویسهای دیگر فقط در صورت تایید متخصص مقیم اورژانس قابل اجرا می باشد.
- بیمارانی که با دستور بستری از مطب یا درمانگاه با نظر متخصص مربوطه مراجعه می نمایند ممکن است در اورژانس با نظر متخصص مقیم بستری شوند یا جهت بستری در روزهای آینده مراجعه کنند. تا زمانیکه بیماران نیازمند بستری در اورژانس حضور دارند، پذیرش و بستری بیماران الکتیو صورت نخواهد پذیرفت .
- بیمارانی که از مراکز دیگر توسط سرویسهای مربوطه پذیرش شده و به اورژانس آورده شده اند در تریاژ بررسی شده و موارد ناپایدار (عمدتاً سطوح یک و دو تریاژ ESI) جهت تثبیت علائم حیاتی می بایست در بخش اورژانس پذیرش گردیده و پس از تثبیت وضعیت به بخش مربوطه منتقل شوند. حضور متخصص مربوطه ظرف ۲ الی ۴ ساعت پس از ورود بیمار به بخش اورژانس در کنار متخصص طب اورژانس الزامی است در غیر اینصورت با اطلاع به پزشک پذیرش دهنده و قبول مسوولیت ایشان ، بیمار توسط متخصص مقیم اورژانس در سرویس تخصصی مربوطه بستری گردد. سایر بیماران که وضعیت حیاتی پایدار دارند مستقیماً به بخش مربوطه منتقل و بستری خواهند شد.

۲. تعامل و ارتباط مناسب با اورژانس پیش بیمارستانی (EMS)

از ارتباطات مهم برون بخشی اورژانس که نقش بسیار مهمی در مراقبت از بیمار دارد، ارتباط موثر اورژانس بیمارستانی با اورژانس پیش بیمارستانی یا EMS است. ارتباط موثر با اورژانس پیش بیمارستانی باعث می شود کیفیت مراقبت بیمار قبل از رسیدن به اورژانس ارتقا یابد و پیوستگی درمان از صحنه تا بیمارستان حفظ شود.

لذا لازم است :

ارتباط منسجم و منظم بین اورژانس بیمارستانی و EMS منطقه جهت آمادگی در بحران ها و بلایا و نیز تعامل در گردش کار بیماران اعزامی توسط EMS برقرار گردد.

- تریاژ تمامی بیماران اعزام شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی (EMS) ضروری است.

- اولویت بین دو بیمار با سطح مشابه تریاژ با بیمار منتقل شده با EMS می باشد و بیمارستان موظف به پذیرش این گروه از بیماران بوده و هیچ بیمارستان دولتی یا خصوصی حق تعلل در پذیرش بیماران بدحال منتقل شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی (EMS) را ندارد.

- در صورت وجود نابسامانی در حیطه بیماران منتقل شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی لازم است مراتب طبق روال اداری و مکتوب به اطلاع رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی دانشگاه ارسال شود

- واحد تریاژ و مسئول اورژانس باید حداکثر همکاری و سرعت را جهت تحویل بیمار و ترخیص آمبولانس داشته باشد که این امر می بایست ظرف مدت ۵ دقیقه در زمان عادی و حداکثر ۱۵ دقیقه در مواقع شلوغی و ساعات پیک صورت پذیرد.

۳. تعامل با سایر بخش ها در بیمارستان

- اولویت انجام کارهای پاراکلینیک و آزمایشات و پذیرش بخش ها با بیماران اورژانسی است. لذا بیمارستان موظف است قوانین لازم جهت اولویت پذیرش بیماران اورژانس را مهیا کند.

- اولویت انجام مشاوره های تخصصی با بیمارانی است که در بخش اورژانس هستند

- اولویت پذیرش اتاق عمل با بیماران اورژانسی است.

۴. تعامل با واحد نقلیه و آمبولانس

- اولویت اعزام بیماران به مراکز دیگر جهت انجام امور پاراکلینیکی که در بیمارستان امکان انجام آن وجود ندارد با بیماران اورژانسی است.

۵. تعامل با سایر بیمارستان ها

- پذیرش بیماران از بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر توسط سوپروایزر یا مدیر کشیک انجام شود و سرویسهای تخصصی به صورت مستقیم در این امر دخالتی ندارند.

- در صورت پذیرش مستقیم بیمار توسط سوپروایزر یا مدیر کشیک مراتب به متخصص مقیم اورژانس و سرویس مربوطه اطلاع داده شود.

- اقدامات اولیه جهت پایداری بیمار می بایست در بیمارستان مبدا صورت پذیرد. مسوولیت تامین امکانات و پرسنل مناسب لازم جهت انتقال علمی و استاندارد به بیمارستان مقصد بعهده بیمارستان مبدا می باشد.

- پزشک معالج بیمارستان مبدا مسئول تعیین نوع آمبولانس (تیپ) و پرسنل، متناسب با وخامت حال بیمار بوده و سوپروایزر بیمارستان مسئول تامین تجهیزات اعزام استاندارد بیمار می باشد. در مواردیکه تیپ

آمبولانس تعیین شده موجود نباشد پزشک می تواند آمبولانس با تیپ یک سطح پایین تر را با تجهیزات و پرسنل مکمل معادل تیپ مورد نظر تعیین نماید .

• در بیمارستانهای با بار مراجعه بیش از ۳۰ هزار نفر در سال حضور سوپروایزر مخصوص اورژانس الزامی است و در سایر بیمارستانها سوپروایزر بیمارستان وظایف او را به عهده خواهد گرفت.

مدیریت تخت های بستری (Bed Management)

متخصص طب اورژانس عضو کمیته تعیین تکلیف بیماران بوده و مسوول تعیین تکلیف و تصمیم گیری در مورد گروه تخصصی مسوول و بخش بستری بیمار است و در بیمارستانهای فاقد این تخصص، متخصص جراحی یا داخلی مقیم (متخصص مقیم بخش اورژانس) عهده دار این مسوولیت است. در مواردی که ازدحام بیماران در اورژانس مانع مراقبت به موقع و مناسب از بیماران می گردد و تخت خالی جهت بستری در بخش مربوطه وجود ندارد، بستری بیمار در بخش های غیر مرتبط ترجیحا در رشته نزدیک و رعایت اصول کنترل عفونت و مدیریت بیماریهای مسری ، انجام گردد.

نوع پوشش در بخش اورژانس

شیوه رابطه پزشک / پرستار با بیمار یکی از عوامل موثر بر میزان کیفیت مراقبت بهداشتی درمانی می باشد. از سوی دیگر نوع پوشش ارائه دهنده خدمات ، نه تنها روشی جهت محافظت آنها از عوامل بیماری زا می باشد ، بلکه می تواند با ارائه نمادی از صلاحیت ، شایستگی و موقعیت شغلی تاثیری مستقیم در افزایش رضایتمندی بیماران داشته باشد. بسیاری از مطالعات انجام شده در گذشته نشان می دهد که نوع پوشش کارکنان اورژانس برای بیمار حائز اهمیت می باشد. بر اساس مطالعات مختلف از جمله Yamada و همکاران ، حدود ۷۰٪ از بیماران اظهار داشته اند که نوع پوشش پزشک بر روی میزان اعتماد و نگرش آنها به خدمات پزشک اورژانس موثر بوده است. از جنبه ای دیگر ، در سال های اخیر با افزایش آگاهی در زمینه نقش لباس در گسترش عفونت های بیمارستانی ، اهمیت نوع پوشش کادر درمانی مورد توجه قرار گرفته است. تا جایی که برخی مطالعات به وضوح بیانگر ارتباط شیوع میکروب های مقاوم بیمارستانی از قبیل MRSA ، سودوموناس و... با نوع پوشش کادر درمانی می باشد. همچنین با گسترش و تنوع اقدامات تشخیصی درمانی به خصوص در محیط هایی مانند بخش اورژانس ، برخی از مراکز درمانی جهت تسریع انجام این فعالیت ها اقدام به استفاده از لباس های فرم متنوع نموده اند. در گذشته پزشکان تنها از روپوش سفید به عنوان لباس شناخته شده حرفه ای استفاده می نمودند ، ولی در حال حاضر نوع پوشش بر اساس کاربرد حرفه ای متنوع شده است. برای نمونه انواع لباس های آستین کوتاه (Bare Below The Elbow) ، روپوش سفید (White Coat) ، لباس اتاق عمل (Scrub) و انواع لباس های رسمی و نیمه رسمی از گزینه های رایج پوشش در

بسیاری از مراکز درمانی می‌باشند. برخی مطالعات نشان می‌دهند که روپوش سفید نقش اندکی در محافظت پرسنل از آلودگی میکروبی در ED دارد، علاوه بر اینکه به راحتی آلوده می‌شود و یک منبع بالقوه انتشار عفونت می‌باشد. این نگرانی منجر به پیشنهاد لباس‌های دیگر جهت استفاده در بخش‌های خاص از قبیل اتاق عمل، بخش‌های جراحی و بخش اورژانس گردیده است. در حال حاضر مرجع معتبر جهانی جهت انتخاب نوع لباس و اقدامات لازم برای کاهش خطر گسترش آلودگی بیمارستانی، ARON (Association of perioperative registered Nurses) می‌باشد که توصیه‌های خود را سالانه ارائه می‌دهد.

بر اساس این مرجع جهت کاهش آلودگی بیمارستانی علاوه بر رعایت اصول اسکراب مناسب، در بخش‌های خاص مثل اتاق عمل، اورژانس و بخش‌هایی که در آنها اقدامات تهاجمی محدود انجام می‌شود از لباس اسکراب استفاده شود.

(با در نظر گرفتن شرایط خاص بخش‌های اورژانس از جمله انجام اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، رعایت شرایط کاهش دهنده آلودگی بیمارستانی، افزایش رضایتمندی بیماران و کاهش خستگی ناشی از کار مداوم و حضور مستمر در بخش، استفاده از لباس اسکراب بجای روپوش منطقی به نظر می‌رسد).

نوع و رنگ لباس پرسنل اورژانس بیمارستانی (پرستاری و پیراپزشکی) بر اساس تصمیم کمیته سیاستگذاری دانشگاه مشخص و پس از اعلام و تایید وزارت بهداشت به صورت یکپارچه در تمام بیمارستانهای دانشگاهی تحت پوشش ابلاغ گردد.

گروه پرستاری:

گروه پرستاری مسئولیت مراقبت از بیماران و ارائه خدمات خاص پرستاری به آنها را بر عهده دارد. و افراد این گروه باید آموزش ویژه برای مواجهه با انواع بیماران مراجعه کننده به اورژانس را گذرانده باشند.

اعضای گروه پرستاری شامل سرپرستار، مسئول شیفت و پرستاران می‌باشد.

الف - وظایف سوپروایزر:

در تمام بخشهای اورژانس بیمارستانی با بار مراجعه بالای ۳۰۰۰۰ در سال باید سوپروایزر مقیم در اورژانس حضور داشته باشد و فرآیند پذیرش و هماهنگی با ستاد هدایت برای جابجایی بیماران از وظایف سوپروایزر یا فرد منتخب رئیس بیمارستان مستقر در اورژانس است. در سایر بیمارستانها سوپروایزر کشیک این وظیفه را برعهده می‌گیرد.

شرایط ا حراز سرپرستار بخش به ترتیب اولویت :

۱- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری ، مدرک (RN) و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس به علاوه مدرک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره های مدیریت پرستاری (دوره های مورد تایید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی بخش اورژانس

۲- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری ، مدرک (RN) و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اورژانس به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره های مدیریت پرستاری (دوره های مورد تایید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی بخش اورژانس

۳- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری مدرک (RN) و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش اورژانس و گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی بخش اورژانس

۴- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری مدرک (RN) و گذراندن دوره های حرفه ای تکمیلی بخش اورژانس و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش اورژانس

تذکر: در بیمارستانهای تک تخصصی زنان ، ماما نیز با احراز شرایط فوق و گذراندن دوره های احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته طی یک سال اخیر ، می تواند به عنوان مامای مسئول بخش منصوب گردد .

ب- وظایف سرپرستار:

۱- نظارت، هدایت و انتخاب کارکنان پرستاری اورژانس و آموزش آنها

۲- پشتیبانی و بهبود مراقبت از بیماران و ارتقای مهارت پرستاران در ارائه خدمات مربوطه

۳- سرپرستار اورژانس باید در شیفت صبح به صورت مستقیم و در دیگر شیفت ها به صورت غیر مستقیم مسئولیت مدیریت و نظارت بر تمامی فرآیندهای پرستاری را بر عهده گیرد .

۴- تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان و ارائه گزارش از موارد مثبت با همکاری واحد بهداشت حرفه ای

ج-وظایف پرستار مسئول شیفت :

۱- در شیفت عصر و شب ،یک پرستار به عنوان ارشد سایر پرستاران و در مقام جانشین سرپرستار، انجام وظیفه نماید.

۲-وظایف مسئول شیفت مشابه سرپرستار و شامل مواردی همچون نظارت ، هدایت و ارزیابی کارآیی مراقبت از بیمار ، مدیریت تیم پرستاری ، پایش و کنترل سیر گردش بیمار در یک شیفت است .

د-وظایف پرستاران:

۱-ثبت مشخصات بیمار در تمامی برگه های پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری

۲-انجام اقدام های اولیه (تهیه نوار قلبی ، کنترل علائم حیاتی ، رگ گیری ، آزمایشات و....)

۳-ثبت صحیح گزارش پرستاری (ذکر اولویت ها ، پیگیریها ، ذکر ساعت برچسب ، نوع هدف و اجراء، مشاوره ها ، سونوگرافی و)

۴-ثبت دقیق و صحیح وقایع اتفاقیه در مورد بیمار (سقوط از تخت ، زد و خورد و ...) و گزارش آن و اقدامات انجام یافته به مافوق

۵-احترام و رعایت حقوق بیمار

۶-کنترل دستگاه الکتروشوک ، وسایل و تجهیزات احیای قلبی - ریوی و شوک قلبی و آشنایی کامل با تجهیزات بخش قلب

۷-تحويل گرفتن بیماران (کلیه بیماران بستری در بخش) و تجهیزات بخش در تمامی شیفت ها

۸-رعایت اصول حفاظت فردی و کنترل عفونت همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلاء به بیماری های منتقله از راه خون ، ترشحات تنفس و تماسی

۹-هماهنگی و همکاری با تیم درمان در انجام فرآیندهای تشخیصی ، درمانی و توانبخشی

۱۰-پیش بینی نیازهای واحد مربوطه از نظر امکانات ، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تامین آن

۱۱-ایجاد هماهنگی و ارتباطات لازم با سایر بخشهای بیمارستان جهت انجام امور مربوطه

۱۲-ارزیابی وسایل و تجهیزات لازم برای عفونت های خطرناک و ارائه راهکاری مناسب با همکاری پزشک متخصص عفونی به کمیته کنترل عفونت بیمارستان

۱۳. ارایه مراقبتهای لازم برای جلوگیری از زخم بستر و انجام مراقبت از زخم ها (بازدید زخم ، شستشو ، بررسی درد ، گزارش نیاز به واکسیناسیون و جراحی در صورت لزوم)
۱۴. بررسی و ارزیابی عروق وریدی محیطی برای دسترسی به آن در شرایط تا حد امکان با ثبات با کمترین تحرک و کمترین خطر عفونت و مراقبت موثر از آن برای پیشگیری از عوارض مرتبط با محل رگ گیری و انجام آموزشهای ضروری به بیمار و همراهان ایشان و تعویض به موقع آن
۱۵. برنامه ریزی برای استقرار تیم پرستاری رگ گیری .
۱۶. آرام سازی محیط فیزیکی، کنترل دما و نور، سروصدای محیط و سایر عوامل محیطی و تامین شرایط استراحت و آرامش بیمار.
۱۷. مراقبت و کنترل کاتترهای شریانی، وریدهای مرکزی و شنتها و گزارش هرگونه اختلال در کارکرد و عوارض ناشی از آنها.
۱۸. ارایه مراقبتهای لازم از بیمار پس از انجام اقدامات تشخیصی و درمانی تهاجمی شامل کنترل وضعیت همودینامیک ، سطح هوشیاری و سایر مراقبتهای مرتبط با اقدامات انجام شده.
۱۹. انجام کار با تجهیزات مراقبتهای ویژه در مراحل مختلف درمان بیمار بستری در بخش مراقبتهای ویژه و اورژانس .
۲۰. کنترل وضعیت تغذیه بیمار و انجام اقدامات پرستاری لازم در موارد تغذیه از طریق لوله های گوارشی و تغذیه کامل وریدی.
۲۱. آموزش بیمار در نحوه استفاده از وسایل مصنوعی، پروتزها و کمکی.
۲۲. شرکت در ویزیت بیماران و انجام امور مربوطه در صورت نیاز.
۲۳. کنترل ثبت گزارشهای پرستاری در شیفتهای قبل و ثبت دقیق گزارشها در شیفت مربوطه.
۲۴. مراقبت و نظارت در توزیع غذای بیماران.
۲۵. همراهی در آموزش دانشجویان پرستاری با مربی مربوطه.
۲۶. ارزیابی دانشجویان پرستاری و بخشهای بالینی، ارائه نتیجه به حوزه های مرتبط و مشارکت و همکاری در برنامه ریزی
۲۷. آموزش نظری، عملی و بالینی دانشجویان.
۲۸. آموزش دستورالعمل ها و مطالب علمی در خصوص راههای کنترل عفونت در بیمارستان به گروه پرستاری.

- ۲۹ برنامه ریزی در جهت اجرای استانداردهای مراقبتی.
- ۳۰ برنامه ریزی جهت ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی.
- ۳۱ شرکت در کمیته های مربوطه جهت تدوین استانداردهای موردعمل درحوزه خدماتپرستاری و تنظیم ضوابط و دستورالعملهای پرستاری
- ۳۲ سرپرستی و هماهنگی در تقسیم فعالیتهای پرستاری با توجه به تجربیات و معلومات هر یک از اعضا گروه پرستاری، آموزش، مشاوره و راهنمایی بیماران
- ۳۳ مدیریت و ایجاد شرایط مناسب و اقدام در زمان بروز فوریتهای تأمین نیروی انسانی، تجهیزات، امکانات و
- ۳۴ بازدید مستمر از واحدهای مرتبط به منظور حصول اطمینان از حسن ارائه خدمات، ثبت و ارائه گزارش به مافوق.
- ۳۵ همکاری باتیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص، تحقیق، کنترل و ارزیابی عفونتهای بیمارستانی.
- ۳۶ تهیه و تنظیم گزارشات کمی و کیفی از وضعیت موجود گیرندگان خدمت، ارائه کنندگان خدمت و عملکرد واحدهای ذیربط.
- ۳۷ مشارکت در توزیع کارکنان پرستاری بر اساس تواناییها، نیازها و واحدها و شیفتهای مختلف.
- ۳۸ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله .
- ۳۹ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه
- ۴۰ پرستاران اورژانس باید به صورت شیفت در گردش و حداکثر ۱۲ ساعت مستمر در شبانه روز ارائه خدمت نمایند.
- ۴۱ پرستار اورژانس باید حداقل سابقه کاری یکساله کار در بیمارستان را داشته باشد .

ز- پرستار تریاژ

- کارکنان این واحد باید از باتجربه ترین پرستاران بخش برگزیده شوند. حداقل مدرک تحصیلی کارشناس پرستاری و حداقل ۵ سال سابقه کار در اورژانس از جمله شرایط احراز پرستار تریاژ محسوب می شود.
- ارکان اساسی در گزینش پرستار تریاژ شامل:
 - دارا بودن دانش بالینی کافی، تفکر صحیح در شرایط بحرانی، احاطه کامل به دستورالعمل آموزشی تریاژ، مهارت های تفکر انتقادی و نیز توانایی تصمیم گیری سریع و با دقت، تمرکز بر چند فعالیت، انجام مصاحبه

- موثر، انجام کار تحت استرس شدید، انجام کار با تیم های مختلف درمانی، حفظ تعادل روحی- روانی و برقراری ارتباط موثر و مسئولیت پذیری، آشنایی کامل با امکانات و توانایی های بخش اورژانس، سازگاری با نوسانات مربوط به حجم کار و توانایی درک نگرانی های فرهنگی و مذهبی که ممکن است رخ دهد.
- پرستار واحد تریاژ، برای همکاری در تصمیم گیری ها، همواره با پزشک اورژانس در ارتباط نزدیک باشند.
 - در بیمارستانهای با مراجعه کمتر از ۳۰۰۰۰ نفر در سال یک پرستار تریاژ و در بیمارستانهای بالای ۳۰۰۰۰ نفر در سال بار مراجعه ممکن است دو نفر پرستار تریاژ در شیفت های با مراجعات بالا در تریاژ مستقر گردد.

شرح وظایف پرستار تریاژ

۱. ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در بیماران مراجعه کننده با وضعیت بحرانی.
۲. ارزیابی سیستماتیک ثانویه و سریع بیماران برای شناسایی تمامی آسیب های احتمالی.
۳. ارزیابی و برآوردن نیازهای فوری بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس.
۴. تعیین اولویت تریاژ بیمار بر اساس روش تریاژ ESI
۵. مشخص کردن زمان و محل ارجاع بیمار (مثلاً واحد Fast Track یا بخش اورژانس) پس از تعیین اولویت بیماران
۶. ثبت اطلاعات بیماران شامل مشخصات فردی و موارد ارزیابی شده با توجه به مشکل اساسی بیمار طبق دستورالعمل تریاژ.
- (ثبت اطلاعات و تکمیل فرم تریاژ (که بعداً به پرونده بیمار الصاق می گردد) و نیز تکمیل دفاتر یا فایل رایانه ای ثبت اطلاعات تریاژ)
۷. اعلام کد و فراخوان تیم احیا بر بالین بیمار در صورت نیاز
۸. انجام برخی اقدامات مراقبتی اولیه پرستاری بر اساس دستورالعمل تدوین شده در کارگروه تریاژ مرکز درمانی مانند تجویز مسکن، استفاده از کمپرس یخ، آتل بندی، آغاز عملیات احیا و ...
۹. اولویت بندی و هدایت بیماران به اتاق انتظار و بررسی متناوب وضعیت بالینی و تریاژ مجدد بیماران در انتظار
- * به دلیل پویا بودن فرایند تریاژ، ادامه این فرایند با انجام تریاژ مجدد صورت می گیرد، لذا تریاژ مجدد بیماران در بخش بر عهده پرستار بخش و تریاژ مجدد بیماران در اتاق انتظار بر عهده پرستار تریاژ است. (تریاژ مجدد بیمار در هر فضا بر عهده پرستار همان قسمت است)
۱۰. مشارکت در فراخوان پزشک اورژانس بر بالین بیمار بر اساس سطح تریاژ بیمار

۱۱. کمک به حفظ آرامش بخش اورژانس، بیماران و همراهان وی با برقراری ارتباط مناسب با بیمار و همراهان

و- وظایف بهیار (کمک پرستار) در صورت وجود بهیار در بیمارستان (مطابق آخرین مصوبه شرح وظایف پرسنل درمانی از معاونت توسعه وزارت)

- ۱- هماهنگی و همکاری با تیم درمان در انجام فرایندهای تشخیصی، درمانی و توانبخشی
- ۲- کنترل علائم حیاتی، میزان جذب و دفع مایعات، گرفتن نمونه های آزمایشگاهی نظیر مدفوع، ادرار، خلط و ثبت در پرونده
- ۳- پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران و حمایت روانی - جسمانی آنها
- ۴- انجام روندهای عملی بالینی (پروسیجر) مانند تعویض زخم بندی، گرفتن نوار قلبی و تزریقات (عضلانی، زیر پوستی، داخل پوستی و ...)
- ۵- اجرای واکسیناسیون بر اساس برنامه ریزی و ضوابط مربوطه
- ۶- تامین نیازهای بهداشتی اولیه بیمار شامل تامین بهداشت پوست و مو، دهان و دندان
- ۷- کمک در تامین نیازهای تغذیه ای شامل کمک به غذا خوردن بیمار
- ۸- تامین نیازهای دفعی بیمار شامل استفاده از لوله، لگن، انما، تعویض کیسه کلتومی و ...
- ۹- آماده نمودن تخت (با بیمار و بدون بیمار) و برانکارد
- ۱۰- کمک به خروج بیمار از تخت و راه رفتن وی
- ۱۱- انجام آمادگی های قبل و پس از عمل جراحی و در موارد لزوم جهت انجام معاینات پزشکی
- ۱۲- آماده کردن وسایل جهت استریلیزاسیون
- ۱۳- مراقبت از اجساد طبق موازین شرع و استانداردها
- ۱۴- شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج در انجام وظایف محوله
- ۱۵- مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه

ه- وظایف بهدار:

۱. تأمین نیازهای بهداشتی اولیه بیماران و معلولین برحسب صلاح دید سرپرست مربوطه شامل: حمام دادن یا کمک در حمام کردن، دهانشویه، امور نظافتی مانند شستن دست و صورت، کوتاه کردن ناخنها، تعویض البسه، مرتب کردن بیمار، ماساژ، تغییر وضعیت، اصلاح.
۲. آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی توسط پرستار (وسای لپانسمان و ...) جمع آوری آنها پس از اتمام کار،
۳. شست و شوی وسایل و انتقال به مرکز سترو نسازی (استریلیزاسیون).
۴. مراقبت و رسیدگی به وضع جسمانی و حالات روحی و گزارش رفتار معلولین و گزارش بیماری آنان به مسئولین مربوط در صورت مشاهده علایم بیماری.
۵. کمک در خوردن غذای بیمار.
۶. دادن لگن و لوله به بیماران بنابه نیاز و شست و شو و ضد عفونی آنها با رعایت اصول بهداشتی.
۷. کمک به بیمار در حرکت و نقل و انتقال (راه رفتن، انتقال به برانکار دو صندلی چرخدار و ...)
۸. آماده کردن تختها (با بیمار یا بدون بیمار) و برانکار د.
۹. آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک.
۱۰. مراقبت در حفظ نظم و نظافت بخش و پاکیزگی و شست و شوی کلیه لوازم بخش.
۱۱. تخلیه ترشحات، کلیه کیسه ها و ظرفهای نیاز به تخلیه و همچنین نظافت و ضد عفونی آنها مانند کیسه های ادراری - شیشه های مکش (ساکشن) و ...
۱۲. کمک در امر توانبخشی بیمار یا معلول (کمک در بکار بردن چوب زیر بغل و ...)
۱۳. جمع آوری و کنترل نمونه های آزمایشگاهی تحت نظارت پرستار مربوطه.
۱۴. نظارت و مراقبت در خوابانیدن و بیدار کردن معلولین.
۱۵. آموزش نحوه پوشش و تعویض لباس به معلولین تربیت پذیر و آموزش پذیر و شناساندن انواع مختلف لباس و موارد استفاده هر یک از آنها.
۱۶. تعویض ملحفه، روبالشی و روتختی بیماران و معلولین و تحویل آنها به رختشویخانه.
۱۷. ارائه آموزشهای لازم به معلولین در زمینه جویدن و بلعیدن غذا..
۱۸. مراقبت از اجساد طبق موازین شرع و استانداردها.

۱۹. شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آندرانجام وظایف محوله.

۲۰. مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه

و- وظایف منشی بخش:

۱- منشی بخش مسئولیت امور اداری بیماران در زمینه ثبت و درج تمامی فرآیندهای درمانی، تشخیصی و

مراقبتی انجام شده بر روی بیمار در سطح داخل بخشی و بین بخشی را برعهده دارد.

۲- منشی بخش زیر نظر سرپرستار و پرستاران مسئول در ایستگاه پرستاری فعالیت می کند.

۳- پاسخ دهی به تماس های عمومی بخش، پذیرش و ترخیص بیماران

۴- آماده کردن و مرتب کردن پرونده بیمار

۵- تکمیل اوراق پرونده با مشخصات بیمار

۶- الصاق اوراق پاراکلینیکی به پرونده بیمار

۷- هماهنگی و گرفتن وقت جهت انجام اقدامات مشاوره ای یا پاراکلینیکی

۸- پیگیری اقدامات مطابق پرونده و دستور پرستار مسئول شیفت

۹- انجام امور تایپی یا تکثیر امور بخش

۱۰ شرکت در دوره های آموزشی

کارکنان اداری

این افراد شامل کارکنان پذیرش، ترخیص و صندوق می باشد و به طور کلی مسئولیت انجام فرآیندهای مربوطه را در رابطه با بیماران مراجعه کننده به اورژانس برعهده دارند. همچنین ممکن است در بعضی از بیمارستانها و در راستای سیاست گذاری های مربوطه، از تکنسین های مختلف نیز به عنوان کارکنان اداری بهره گرفته شود.

انواع سطوح خدمات در بخش اورژانس

خدمات درمانی قابل ارائه در اورژانس ها اعم از آموزشی یا غیر آموزشی (درمانی) با توجه به رسالت و جایگاه بیمارستان در شبکه ی درمان کشور، برنامه درمانی بیمارستان، بخش های پشتیبان اورژانس و متفاوت خواهد بود

. در این راستا اورژانس های پیش بینی شده برای تمام بیمارستان ها، بر اساس نوع ، سطح و حجم خدماتی که ارائه می دهند ، به سه گروه اصلی اورژانس های عمومی ، اورژانسهای با توان ارائه خدمت به بیماران ترومایی و اورژانس های با گرایش تک تخصصی تقسیم می شوند

اورژانس های عمومی

اورژانس های عمومی (چند تخصصی) ، ارائه دهنده طیف گسترده ای از خدمات تشخیصی ، درمانی و مراقبتی در تخصص های مختلف پزشکی بوده که این خدمات شامل یک یا چند تخصص خاص نمی شود . در واقع حداقل خدمات تخصصی قابل ارائه در انواع اورژانس های کشور در اورژانس های عمومی ارائه می گردد. در این خصوص با توجه به سطح خدمات این اورژانس ها ، در صورت عدم وجود خدمات تخصصی خاص ، پس از انجام اقدامات اولیه بر روی بیمار ، با هماهنگی مسئولین ذیربط، وی را به سایر مراکز درمانی تخصصی منتقل می کنند . لازم به ذکر است اغلب اورژانس های کشور به خصوص در بیمارستان های خصوصی جزء اورژانس های عمومی به حساب می آیند.

اورژانس های با توان ارائه خدمت به بیماران ترومایی

در ایران بعضی از بیمارستانهای عمومی علاوه بر خدمات عمومی جهت ارائه خدمت به حوادث ترومایی مجهز گردیده اند و نسبت به اورژانسهای عمومی در خصوص رشته های مرتبط با تروما تخصصی تر ارائه خدمت می نمایند.

تروما به معنی آسیب یا جراحی در بدن می باشد که به دنبال حادثه ای ناگهانی همچون تصادف یا سانحه ایجاد می گردد. تروما را می توان جراحی یا صدمه ی فیزیکی همچون شکستگی یا ترکیدن نیز تعبیر نمود .

فرآیند ارائه خدمات به بیمار ترومایی از دقایق اول بعد از بروز سانحه یا تصادف با حضور آمبولانس در محل آغاز شده و تا زمان انتقال به بخش اورژانس ادامه پیدا می کند . این خدمات از طرفی به واسطه اقدامات پیش بیمارستانی در این فاصله ، شانس زنده ماندن بیمار ترومایی را افزایش می دهد و از طرف دیگر هماهنگی در جهت ارائه خدمات درمانی متناسب و به موقع در بخش اورژانس در تداوم این روند بسیار حائز اهمیت است .

انواع سطوح خدمات تروما در بیمارستان ها با عنوان سطح ۱ تا ۴ تروما شناخته می شوند . که هر یک دامنه ای از خدمات ترومایی را پوشش می دهد .

اگرچه در سیستم درمانی کنونی کشورمان ، مراکز تروما در طبقه بندی مراکز درمانی به طور دقیق و جامع تعریف نشده است ، با این حال سطوح خدمات تروما تا حدودی در مراکزی که پذیرش بالایی از بیماران ترومایی دارند ارائه می گردد. از همین رو به اورژانس های چنین مراکزی نیز اورژانس تروما گفته می شود.

الف: مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح پیشرفته

بالا ترین سطح خدمات تشخیصی و درمانی به خصوص از نوع جراحی را در مقایسه با سایر سطوح به بیماران ارائه می دهد و در طول سال تقریباً حجم مشخصی از مجموع کل بیماران ترومایی کشور را مورد پذیرش قرار می دهند . تحقیقات و آمار نشان داده است درمان در چنین مراکزی ، شانس زنده ماندن بیماران با آسیب بسیار جدی را حدود ۲۰ الی ۲۵ درصد افزایش می دهد . در این مراکز بیشترین تعداد پزشکان متخصص و فوق تخصص حضور دارند و در اغلب موارد در بیمارستان آموزشی برنامه ریزی می شود . اصلی ترین شاخص اورژانس سطح پیشرفته درمان تروما ، پوشش ۲۴ ساعته توسط جراحان داخل بیمارستان می باشد . گروه جراحی شامل جراحان عمومی یا اطفال ، جراحان تروما، جراحان مغز و اعصاب ، متخصصین بیهوشی است . سایر تخصص ها در کمتر از ۳۰ دقیقه باید در دسترس باشند ، همچنین گروه پزشکی که به صورت ۲۴ ساعته اورژانس را پوشش می دهند شامل متخصصین طب اورژانس هستند که با همکاری سایر متخصصین یا رزیدنت های ارشد در تخصص های داخلی ، ارتوپدی ، زنان و زایمان ، کودکان و فعالیت می کنند . در این راستا نیز سایر متخصصین بایستی در کمتر از ۳۰ دقیقه در دسترس باشند تا در صورت نیاز به اورژانس فراخوانده شوند.

در اورژانس های سطح پیشرفته تروما تغییراتی در ساختار فیزیکی داخل و خارج بخش صورت می پذیرد. به طور مثال اتاق احیای قلبی - تنفسی به دستگاههای پزشکی مرتبط با خدمات تروما همچون رادیولوژی سقفی و مجهز شده و اتاق تروما نام می گیرد. همچنین در این سطوح اتاق های مجزایی چون اتاق سی تی اسکن ، اتاق رادیولوژی ، اتاق اکو، اتاق سونوگرافی ، آزمایشگاه اورژانس به مجموعه اورژانس اضافه می گردد. علاوه بر این تعداد اتاق های تروما ، جراحی سرپایی ، گچ گیری و همچنین فضاهای درمان و بستری بیماران با وضعیت حاد نسبت به سطوح دیگر تروما به مراتب بیشتر شده و سطح عملیات درمانی و مراقبتی در آن افزایش می یابد . در این اورژانس ها امکان ارائه ی خدمات همودیالیز باید به صورت ۲۴ ساعته پیش بینی شود و همچنین باید قابلیت ارائه حداقل خدمات مورد نیاز بیماران سوختگی را نیز داشته باشد.

علاوه بر نکاتی که در داخل بخش اورژانس باید اعمال گردد ، همانطور که قبلاً نیز اشاره شد مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح پیشرفته به بیمارستان هایی اطلاق می گردد که تمامی بخش های ارائه دهنده خدمات فوریتی به صورت فعال ، پشتیبان بخش اورژانس بوده و جهت ارائه خدمات ترومایی برنامه ریزی شده باشد .

- در این بیمارستانها در بخش جراحی بایستی همواره حداقل یک اتاق عمل آماده بوده و امکان آماده نمودن اتاق عمل دوم در مدت زمان کمتر از ۳۰ دقیقه فراهم باشد .
- در این مراکز خدمات کاتتریزاسیون قلب باید حداکثر ۶۰ دقیقه پس از درخواست ارائه شود .
- در انواع بخش های مراقبت ویژه حضور گروههای درمانی متخصص که تجربه کافی در زمینه مراقبت از بیماران ترومایی را دارند الزامی است .
- علاوه بر تعداد تختهای این بخش ها باید به گونه ای برنامه ریزی شود که امکان پوشش دادن بیماران ترومایی بخش اورژانس را در جهت تکمیل فرآیند درمان داشته باشد .
- دسترسی به سایر خدمات در بخش تصویر برداری پزشکی همچون MRI باید از بخش اورژانس به سهولت امکان پذیر باشد .
- در بعضی از مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح پیشرفته با تعداد پذیرش بالا ، می توان انواع بخش های مراقبت ویژه (به فراخور نوع بیماران پذیرش شده در اورژانس) و همچنین یک بخش جراحی را به صورت اختصاصی در مجاورت بخش اورژانس پیش بینی نمود تا روند ارائه خدمات تکمیلی به بیماران ترومایی با سرعت بیشتری صورت گیرد .
- این مراکز باید قابلیت دسترسی از طریق امداد هوایی را داشته باشند. که در این خصوص بایستی استانداردهای مربوط به هلی پد و مسیر دسترسی آن به اورژانس در برنامه ریزی لحاظ شود.
- این مراکز در کلان شهرها به عنوان اورژانس های مرجع پیش بینی می شوند .

ب: مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح میانی

به طور کلی مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح میانی در شهرهای بزرگ و به صورت قطبی در کشور پیش بینی می شوند ، این مرکز که بیشتر در بیمارستان های آموزشی طرح ریزی شده اند ، زیر نظر متخصصین طب اورژانس و با همکاری سایر متخصصین یا رزیدنت های ارشد ، خدمات درمانی مناسب را به بیماران

ارائه می دهند . در این مراکز باید حداقل یک جراح عمومی و یک ارتوپد در بیمارستان حضور ۲۴ ساعته داشته باشند و سایر متخصصین در صورت نیاز در کمتر از ۳۰ دقیقه در دسترس باشند . سطح خدمات ارائه شده در این مرکز به اورژانس مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح پیشرفته شباهت دارد ولی از نظر الزامات فضای فیزیکی و تجهیزات در جایگاهی پایین تر از آنها قرار می گیرد.

ج: مراکز بیمارستانی دارای توان درمان بیماران ترومایی در سطح پایه

سطح خدمات تروما در این مراکز پایین تر از ۲ مرکز قبلی بوده و با عنوان پشتیبان مراکز با خدمات پیشرفته تر می باشد در این مراکز پزشکان متخصص به صورت تمام وقت در بیمارستان حضور ندارند اما در صورت نیاز به حضور پزشک متخصص برای ارائه ی خدماتی همچون جراحی ، به صورت در دسترس پیش بینی شده و به بیمارستان فراخوان می شوند .

در اورژانس این بیمارستانها ، فوریت های اورژانسی به کمک حداقل یک پزشک با تجربه به صورت شبانه روزی ارائه می شود . همچنین مشاوره تلفنی پزشک مقیم با پزشکان آنکال تا زمان رسیدن پزشک مربوطه جهت ارائه خدمت قابل قبول بوده و نیازی به اقامت دائم پزشکان به صورت ۲۴ ساعته در این بیمارستانها نمی باشد . لازم به ذکر است این مراکز باید توانایی ارائه خدمات حداقلی در زمینه احیای اورژانسی، جراحی و مراقبت ویژه از بیماران را دارا باشند .

اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی

اورژانس های تک تخصصی در بیمارستانهای با گرایش تک تخصصی وبا هدف ارائه خدمات فوریتی در یک زمینه خاص پیش بینی می شوند . این اورژانس ها اگر چه قابلیت ارائه خدمات فوریتی اولیه به تمامی بیماران به نیازمندی های مختلف را دارا است . ولی رسالت و وظیفه اصلی این گونه اورژانس ها ارائه خدمات تخصصی خاص بوده و حتی نیروی درمانی تخصصی ، تجهیزات ، فضای فیزیکی و ... در این اورژانس ها در راستای ارائه خدمات فوریتی تخصصی برنامه ریزی شده است . از اورژانس های تک تخصصی می توان به اورژانس های قلب ، چشم ، زایمان ، سوختگی ، روانپزشکی ، اطفال و غیره اشاره نمود که بر اساس تخصص بیمارستان پیش بینی می شوند .

خدمات بخش اورژانس

خدمات دارویی

به طور کلی خدمات دارویی به عنوان خدمات پشتیبان و تکمیل کننده خدمات پزشکی و پرستاری می باشد. تجویز و استفاده از دارو، بخشی مهم و جدا نشدنی از ارائه خدمات فوریتی به بیماران در بخش اورژانس می باشد

۱- تامین داروهای مورد نیاز به صورت دوره ای و یا موردی (پس از درخواست داروهای مورد نیاز بخش داروها از انبار دارویی به بخش تحویل داده شده و در اتاق دارو و کار تمیز نگهداری شود).

۲- وجود داروخانه اورژانس در تمامی اورژانس ها الزامی است، وظیفه آن ارائه داروهای بیماران سرپایی و بخشی از بیماران فوریتی می باشد.

مطابق آخرین آیین نامه استاندارد دارویی بخش اورژانس که ضمیمه می باشد.

خدمات آزمایشگاهی

آزمایشات مورد نیاز در بخش اورژانس از لحاظ حداکثر زمان دسترسی به نتیجه آزمایش به دو دسته اصلی تقسیم می شوند:

الف: آزمایشات اورژانسی

۱- نتیجه آزمایشات باید در کمترین زمان ممکن در اختیار تیم پزشکی قرار گیرد.

۲- برخی از آزمایشات با توجه به شرایط بحرانی بیمار و تغییر در درمان ممکن است، ۳۰ دقیقه و یا حتی تا کمتر از ۱۰ دقیقه نیاز به جواب دهی داشته باشد. جهت تعیین اینگونه آزمایشات در هر بیمارستان باید در کمیته اورژانس دانشگاه و با مشارکت آزمایشگاه مرکزی اینگونه درخواستها بعنوان نمونه های اورژانسی تعریف و اقدامات د راسرع وقت صورت پذیرد.

۳- در صورتی که حجم آزمایشات اورژانسی روزانه در بخش اورژانس زیاد باشد لازم است آزمایشگاه اختصاصی در داخل بخش اورژانس در نظر گرفته شود.

ب: آزمایشات غیر اورژانسی

در این دسته از آزمایشات، فوریتی برای دریافت نتیجه آزمایش وجود ندارد و در بخش اورژانس، نمونه گیری جهت آزمایش های تشخیصی طبی بر اساس شرایط بیمار به دو روش صورت می پذیرد.

دسته اول بیماران سرپایی هستند که دستور انجام آزمایش را از پزشک مربوطه دریافت می کنند به بخش آزمایشگاه بیمارستان هدایت شده تا در آنجا نسبت به نمونه گیری اقدامات لازم صورت پذیرد . پس از انجام نمونه گیری ، آزمایشات لازم صورت گرفته و نتیجه را در اختیار گروه پزشکی قرار می دهند . دسته دوم بیماران بستری هستند که به تشخیص پزشک درخواست آزمایشاتی جهت پیگیری و تایید تشخیص داده شده و تاخیر نسبی در پاسخدهی تاثیری بر روند درمان و شرایط بیمار ندارد. در این حالت نمونه گیری توسط تکنسین های آزمایشگاه و زیر نظر گروه پرستاری بر بالین بیمار به عمل می آید و نمونه به آزمایشگاه بیمارستان یا آزمایشگاه اورژانس منتقل می شود تا نتیجه آن در کوتاه ترین زمان بر اساس نوع آزمایش به اورژانس ارسال و در اختیار پزشک معالج قرار گیرد.

خدمات تصویر برداری پزشکی

به جهت شرایط وخیم برخی از بیماران مراجعه کننده به اورژانس ، ارائه خدمات تصویر برداری د اورژانس به بیماران اجتناب ناپذیر می باشد . در ارتباط با خدمات تصویر برداری ۲ حالت اصلی در این بخش وجود دارد که بر اساس شرایط بیماران و امکانات اورژانس مورد توجه قرار گیرد.

حالت اول:

ارائه خدمات تصویر برداری در بخش اورژانس :

با توجه به شرایط بیماران و امکانات اورژانس بخشی از خدمات تصویر برداری به صورت زیر در داخل بخش ارائه گردد:

الف) استفاده از دستگاههای سیار: با توجه به وضعیت وخیم برخی بیماران ، بخشی از خدمات تصویر برداری مانند سونوگرافی ، رادیولوژی و با استفاده از تجهیزات سیار بر بالین بیمار انجام پذیر است.

ب) : تجهیز فضاهای اورژانس به دستگاههای تصویر برداری : با توجه به سطح خدمات ترومایی قابل ارائه در اورژانس ممکن است برای بیماران بدحال برخی تجهیزات تصویر برداری همچون رادیولوژی سقفی ، سی تی اسکن سیار و در اتاق احیا/ تروما به صورت ثابت یا سیار در نظر گرفته شود .

ج) تعبیه فضاهای اختصاصی خدمات تصویر برداری در اورژانس : در اورژانس های با خدمات پیشرفته درمان تروما همچنین اورژانس های عمومی با تعداد پذیرش بالا، ممکن است جهت ارائه برخی خدمات تصویر برداری مورد نیاز

درداخل بخش فضاهای اختصاصی برنامه ریزی و تعبیه شود که از آن جمله می توان به اتاق سی تی اسکن ، اتاق رادیولوژی ، اتاق سونوگرافی و اشاره کرد.

حالت دوم:

ارائه خدمات تصویر برداری در بخش تصویر برداری پزشکی :

ممکن است به دلیل سطح و حجم خدمات قابل ارائه در اورژانس و میزان پذیرش سالیانه آن ، استفاده از بعضی تجهیزات تصویر برداری در اورژانس کم باشد و یا اینکه به لحاظ مسائل اقتصادی تعبیه برخی تجهیزات در بخش اورژانس میسر نباشد. در این حالت بیماران به دستور پزشک جهت انجام تصویر برداری به بخش تصویر برداری بیمارستان منتقل و سپس به بخش اورژانس بازگردانده می شوند. از جمله این تجهیزات می توان به رادیوگرافی ، سی تی اسکن ، ام. آر. آی و اشاره نمود . در این روش باید ارتباط تنگاتنگی مابین بخش اورژانس و بخش تصویر برداری در نظر گرفته شود تا خطرات احتمالی برای بیماران بدحال به حداقل برسد.

لازم به توضیح است در هر اورژانس با توجه به شرایط ، امکانات و سیاست های درمانی آن از حالت اول یا دوم یا ترکیب آنها استفاده شود.

خدمات بهداشت و کنترل عفونت

با توجه به اینکه بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس به بیماری های مختلفی مبتلا هستند و شرایط بیماری آنها پس از ورود به بخش تا مدتی به طور کامل محرز و آشکار نمی گردد، بنابراین افراد حاضر در اورژانس در هر لحظه در معرض ابتلا به انواع عفونت های بیمارستانی قرار دارند . امکان سرایت بیماری و انتقال آلودگی از همان لحظه ورود به اورژانس ، لزوم توجه جدی به خدمات بهداشت و کنترل عفونت در بخش اورژانس را دوچندان می نماید. اتصال مداوم بیماران به تجهیزات مختلف پزشکی، خطر ابتلای آنها به انواع میکروارگانیزم ها را افزایش می دهد . بنابراین علاوه بر نظافت گر بخش که به طور مستقیم زیر نظر گروه پرستاری فعالیت می کند ، گروه بهداشت و کنترل عفونت ، وظیفه ی کنترل عفونت در سطح بیمارستان از جمله بخش اورژانس را بر عهده دارد . این گروه به صورت دوره ای به بخش مراجعه نموده و نمونه های لازم جهت انجام کشت های ادواری برای تشخیص محل های عفونت را انجام می دهد . از دیگر وظایف این گروه نظارت بر نظافت کلیه ی فضاهای بیمارستان ، نظارت بر ضدعفونی کردن تجهیزات ، اتاق ها ، فضاهای نگهداری بیماران عفونی و می باشد . در این خصوص یکی از افراد گروه پرستاری موظف است تا ارتباط بین بخش و گروه بهداشت و کنترل عفونت را فراهم سازد. برنامه ی

نظافت ، بهداشت و کنترل عفونت بخش و همچنین بررسی وضعیت بهداشت کلی بیماران نیز بر عهده ی این فرد می باشد.

خدمات آموزشی

با توجه به پیشرفت روز افزون علم پزشکی ، آموزش جدیدترین روش های جهانی در خصوص ارائه ی خدمات بهتر به بیماران اورژانس بسیار موثر می باشد. در نتیجه پیش بینی گروهی مستقر در بیمارستان ، با ارتباطات روزآمد با جامعه ی جهانی پزشکی ضروری به نظر می رسد. بر این اساس یکی از پرستاران که به عنوان پرستار آموزشی شناخته می شود ، عهده دار انتقال مباحث مذکور از گروه آموزش کل بیمارستان و از طریق سوپروایزرهای آموزشی به بخش می باشد. از دیگر وظایف پرستار آموزشی برنامه ریزی و اجرای برنامه بازآموزی مداوم در همه سطوح پرستاری از جمله دوره آشنا سازی ، احیاء پایه و سایر مهارت های حرفه ای لازم در مراقبت از بیماران می باشد. همچنین این پرستار با کمک سر پرستار بخش ، به طور مداوم و مستمر پرستاران را مورد ارزیابی قرار می دهد . فعالیت های پرستار آموزشی از طریق برگزاری جلسات آموزش دوره ای ، ارائه ی جزوات آموزشی ، درج مطالب در تابلوی اعلانات بخش و..... میسر می شود.

خدمات اداری و مدیریتی

با توجه به اهمیت فرآیندهای درمانی ، انتخاب رئیس بیمارستان ، مدیران گروه و روسای بخشهای بیمارستانی ، با در نظر گرفتن شناخت و تعهد نسبت به اورژانس انجام پذیرد.

خدمات اداری بخش اورژانس شامل فرآیندهای گوناگونی از پذیرش بیماران تا مدیریت بخش می باشد. این خدمات توسط رئیس بخش ، سوپروایزر بخش (مدیر کشیک) ، منشی اداری ، منشی بخش و کارکنان پذیرش ارائه می شود که وظایف هر کدام به شرح زیر می باشد:

الف) رئیس بخش:

رئیس بخش تا حد امکان باید متخصص طب اورژانس باشد که در ساعات اداری در اورژانس حضور داشته و به مدیریت پزشکی بخش اورژانس می پردازد ، همچنین مسئولیت مدیریت و اداره ی امور کادر پزشکی و پرستاری و تسهیل آنان را نیز بر عهده دارد. لازم به ذکر است در اورژانس هایی با تعداد پذیرش کم ، معمولاً نیازی به در نظر گرفتن رئیس بخش به صورت مجزا نبوده و امور مربوطه توسط پزشک یا سر پرستار بخش انجام می گیرد.

ب) سوپروایزر (مدیر کشیک): سوپروایزر وظیفه مدیریت فنی بخش اورژانس و همچنین مسئولیت بررسی، ارزیابی، تصویب و هماهنگی امور اداری، پیشنهادهای، خط مشی ها، مشکلات بیماران، هزینه های قسمت های مختلف بخش اورژانس و همچنین هماهنگی های بین بخشی، بین بیمارستانی و با مراکز مختلف بخش اورژانس و همچنین هماهنگی های بین بخشی، بین بیمارستانی و با مراکز مختلف در خارج از بیمارستان را بر عهده دارد و هیچ مسئولیتی برای ارائه خدمات پزشکی اورژانس ندارد. سرپرستار بخش نیز که در خدمات پرستاری به آن اشاره شده است، همکاری نزدیکی با سوپروایزر در خصوص مدیریت فنی بخش دارد. در اورژانس هایی که تعداد پذیرش سالیانه آن ها کمتر از ۳۰ هزار نفر است به دلیل حجم پایین این فعالیت ها، توسط سوپروایزر مجزا برای بخش اورژانس در نظر گرفته شود. سوپروایزر بخش لزوماً پزشک نیست ولی در صورتی که مسئولیت امور مذکور با یک پزشک عمومی باشد به آن مدیر کشیک گفته می شود. و به دلیل برخورداری از دانش پزشکی می تواند نقش موثرتری در روند تعاملات خود با مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی و ستاد هدایت، اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان بیماران که جزء وظایف این افراد می باشد ایفا نماید. این امر سبب می گردد تا رئیس بخش به فعالیتهای تخصصی تر بپردازد.

ج) منشی اداری: منشی اداری نقش دفتردار مدیر بخش را ایفا کرده و انجام کلیه امور اداری مربوطه را بر عهده دارد که در صورت نیاز و با توجه به سیاست های مدیریتی قابل برنامه ریزی است. منشی اداری لزوماً برای تمام اورژانس ها در نظر گرفته نمی شود و ممکن است بیشتر در اورژانس های آموزشی با تعداد پذیرش بالا در جهت کاستن فعالیت های غیر ضروری رئیس بخش در نظر گرفته شود.

خدمات پشتیبانی

خدمات پشتیبانی این بخش توسط گروه های خدماتی مختلف بیمارستان که داخل بخش، کاخ اداری، بخش های پشتیبانی یا قسمت های تاسیسات و تجهیزات مستقر هستند، انجام می شود. خدمات مذکور تحت مدیریت بخش صورت می گیرد.

این خدمات، مواردی چون تعمیر و نگهداری (تاسیسات مکانیکی، الکتریکی، تجهیزات بیمارستانی). فضای فیزیکی، آماده سازی تغذیه بیماران و کارکنان، نظافت عمومی بیمارستان، نظافت هر یک از بخش ها، نقل و انتقال بین بخشی و درون بخشی بیماران، نقل و انتقال بین بخشی و درون بخشی تجهیزات، وسایل و انواع لوازم مصرفی، تحویل ابزار، رخت و زباله به بخش های مربوطه، خدمات بهداشتی و نظافت بیماران و را در بر می گیرد.

شاخصهای اورژانس بیمارستانی

درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت
نسبت بیمارانی که در بخش اورژانس بستری شده اند و ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شده اند به کل
بیماران بستری در بخش اورژانس در یک دوره معین

تعداد بیماران بستری تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت در اورژانس در یک دوره زمانی *۱۰۰

تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی

درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت
نسبت بیماران بستری در اورژانس است که ظرف مدت ۱۲ ساعت از بدو ورود، تعیین تکلیف شده و از
بخش اورژانس خارج شده اند به کل بیماران مراجعه کننده بستری اورژانس

تعداد بیماران بستری خارج شده از اورژانس طی ۱۲ ساعت در یک دوره زمانی *۱۰۰

تعداد کل بیماران بستری در اورژانس در همان دوره زمانی

درصد CPR ناموفق

نسبت موارد CPR ناموفق در اورژانس نسبت به کل CPR های انجام شده در یک دوره زمانی

تعداد موارد CPR ناموفق در اورژانس در یک دوره زمانی *۱۰۰

تعداد کل موارد CPR در اورژانس در همان دوره زمانی

درصد ترک با مسئولیت شخصی

نسبت بیمارانی که با مسئولیت شخصی و علی‌رغم توصیه پزشک AMA اورژانس را ترک کرده اند، به کل بیماران بستری اورژانس

تعداد موارد ترک اورژانس با مسئولیت شخصی در یک دوره زمانی *۱۰۰

تعداد کل بیماران بستری موقت در اورژانس در همان دوره زمانی

میانگین مدت زمان تریاژ تا اولین ویزیت پزشک در هر سطح تریاژ
میانگین مدت زمان بین تریاژ اولیه پرستار و ویزیت اولیه پزشک به تفکیک سطح تریاژ بیمار

مجموع مدت زمان تریاژ تا اولین ویزیت پزشک بیماران یک سطح تریاژ

تعداد کل بیماران همان سطح تریاژ

تعاریف و مفاهیم مشترک در تمامی شاخص ها
دوره زمانی: منظور از دوره زمانی که در تعاریف شاخص ها به کار رفته است یک شیفت کاری یک شبانه روز (۲۴ ساعت)، یک ماه، سه ماه و ... می باشد و برای شاخص های مختلف متفاوت است.

مبنای اندازه گیری زمان: مبنای ابتدا و انتهای اندازه گیری زمان در دوره های زمانی متفاوت، مختلف است. بطوریکه برای دوره زمانی یک شیفت ساعت های ابتدا و انتهای شیفت می باشد و برای شبانه روز، ساعت صفر بامداد تا ۱۲ نیمه شب همان روز است.

گرد آورنده شاخص: منظور فردی است که داده های مربوط به شاخص ها را از منابع ذکر شده جمع آوری می کند و شاخص ها را برای دوره های زمانی متفاوت محاسبه می کند. این فرد یکی از کارکنان بخش اورژانس به صلاحدید رئیس بخش اورژانس می باشد و لازم است در زمینه چک کردن، ثبت و جمع آوری صحیح داده ها آموزش دیده باشد.

مسئول آموزش: مسئول آموزش افرادی که داده ها را در بخش اورژانس گردآوری کرده و شاخص را محاسبه کنند. کارشناس مسئول اورژانس بیمارستانی در دانشگاه به همراه یک کارشناس بخش آمار و مدارک پزشکی بیمارستان این مسئولیت را به عهده دارند.

تناوب جمع آوری شاخص: منظور از تناوب جمع آوری نوبت هایی است که داده های لازم جهت محاسبه شاخص جمع آوری می شود. این تناوب بستگی به فاکتورهای مختلفی از جمله نوع شاخص دارد. این نوبت ها عبارتند از:

۱. به صورت شیفیتی

۲. به صورت روزانه و ۲۴ ساعتی

۳. به صورت ماهیانه

۴. به صورت ۳ ماهه

نحوه، سطح و تناوب گزارش دهی:

نحوه گزارش دهی: لازم است گزارش ها مکتوب باشد و برای بررسی و تحلیل آمار جلساتی در همان سطح برگزار شود.

سطوح گزارش دهی: سطوحی است که در آن باید گزارشی از وضعیت شاخص ها ارائه شود و سطح گزارش دهنده مسئول و پاسخگوی ارائه آن است.

سطوح گزارش دهی به شرح زیر است:

۱. سطح بخش اورژانس (گزارش به رئیس بخش اورژانس)

۲. سطح بیمارستان (گزارش به رئیس بیمارستان)

۳. سطح دانشگاه (گزارش به معاون درمان و مسئول اورژانس بیمارستانی دانشگاه)

۴. سطح وزارت بهداشت (گزارش به رئیس مرکز مدیریت حوادث و کارشناسان اورژانس بیمارستانی این مرکز)

تناوب گزارش دهی: منظور از تناوب گزارش دهی، نوبت هایی است که گزارش دهنده موظف است گزارش خود را در مورد شاخص به سطح گزارش گیرنده ارائه دهد.

تناوب گزارش برای تمام شاخص ها به صورت:

• روزانه برای رئیس بخش اورژانس

- ماهیانه برای رئیس بیمارستان
 - ۳ ماهه برای دانشگاه و وزارت بهداشت
- خواهد بود.

نحوه، سطح و تناوب ارائه بازخورد: منظور از ارائه بازخورد ارائه نتایج تحلیل شاخص ها توسط سطوح بالاتر نظارتی به سطوح پایین تر است تا با مداخله و اصلاح فرایندهای اورژانس شاخص ها ارتقا یابند. این بازخورد از طریق ارسال گزارش کتبی و برگزاری جلسه خواهد بود.

سطوح و تناوب ارائه بازخورد به شرح زیر است:

- توسط رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور به معاونت درمان دانشگاه
- توسط معاونت درمان دانشگاه به رئیس مرکز مدیریت حوادث دانشگاه
- توسط رئیس مرکز مدیریت حوادث به رئیس بیمارستان
- توسط رئیس بیمارستان به رئیس بخش اورژانس

نکته: شاخص ۱ تا ۴ فقط مربوط به بیماران بستری است و بیماران سرپایی در این شاخص ها منظور نمی شوند.

نحوه محاسبه شاخصهای اورژانس

شاخص ها در تعریف به معنی نمودار، ماخذ و پایه آورده شده است و ابزاری ارزشی هستند. کمیت های ثابت دلخواهی که یک جامعه آماری را توصیف کنند یا در مجموعه ای از شرایط معین ثابت بوده و در شرایط دیگر تغییر کنند. در واقع شاخص ها مسیر حرکت سازمان ها را برای رسیدن به اهدافشان مشخص می کنند.

اولویت سازمانهای کنونی، تعیین هرچه مطلوب تر شاخصهای مورد ارزیابی و دقت در تخصیص امتیاز به

آنهاست. در طبقه بندی شاخص ها، شاخص ها را به دو گروه شاخص های پایش و ارزیابی تقسیم می کنند:

شاخصهای پایش به شاخصهایی گفته میشود که ورودی ها و فرایندها را در یک پروژه بررسی می کند یا به عبارتی

پایش به معنی اندازه گیری منظم متغیرها در طول زمان است. شاخصهای پایش به دودسته زیر تقسیم میشوند:

- شاخصهای ورودی (Input Index) که به اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیتها بر میگردد.

- شاخصهای فرآیندی (Process Index) که فعالیتهای در حال اجرا را اندازه گیری مینماید.
و شاخص های ارزیابی خروجی ها و هدف نهایی را می سنجد یا به عبارتی به اندازه گیری آنچه که در پایان یک برنامه حاصل میشود میپردازد و به سه دسته زیر تقسیم میشوند:
 - Output Index: شاخصهایی که خروجی فعالیتهای را اندازه گیری میکند
 - Outcome Index: شاخصهایی که پیامد فعالیتهای را نشان میدهد
 - Impact Index: شاخصهایی که اثرات بلند مدت فعالیتهای را نشان میدهد
- شاخص های مناسب شاخص هایی هستند که دارای ویژگی هایی به شرح زیر باشند که به اختصار SMART &D خوانده می شوند . این ویژگی ها عبارتند از:
- S (specific): معین و مشخص باشد یعنی شاخص جامع، مانع، شفاف، ساده، واضح، رسا و صریح باشد بطوریکه برداشت یکسانی از مفاهیم ایجاد نماید.
 - M (measurable): قابل اندازه گیری باشد یعنی سنجش آنها بهسادگی مقدور باشد. یعنی علاوه بر عملکرد کمی، قابلیت تعریف عملکرد کیفی شاخص در قالب های متغیر کمی را نیز داشته باشد.
 - A (achievable): قابل دستیابی باشد.
 - R (realistic): واقعگرایانه باشد. یعنی با فعالیت ها، مأموریت ها و خط مشیهای واقعی سازمان و با حوزه های حساس و کلیدی عملکرد سازمان مرتبط باشد.
 - T (time frame): دارای چارچوب و محدوده زمانی باشد. یعنی شاخص دوره ارزیابی معینداشته باشد.
 - D (database): بر اساس بانک اطلاعاتی باشد. یعنی داده ها و اطلاعات لازم و مربوط به شاخص موجود باشند.

گردش کار بیمار

هیچ یک از جنبه های مراقبت اورژانس به اندازه توانایی بخش اورژانس در ارزیابی، درمان و تعیین تکلیف یک بیمار ، در یک چهارچوب زمانی معقول و قابل قبول مورد دقت و موشکافی قرار نگرفته است . فرآیند گردش کار بیمار در بخش اورژانس متشکل از تعداد زیادی مراحل مستقل می باشد که هر کدام پیچیدگی های خاص خود را دارند. بی هیچ تردیدی روشن است که رضایت بیماران از بخش اورژانس تا حد زیادی بستگی به چگونگی مدیریت گردش کار آن دارد . نکته دیگری که درست به اندازه رضایت بیمار اهمیت دارد این است که استفاده بهینه از منابع موجود نیز بدون فراهم آوردن تمهیداتی برای افزایش کارآیی در مراحل اصلی گردش کار بیمار در بخش اورژانس بدست نخواهد آمد.

با توجه به اهتمام نظام درمان کشور بر تسهیل و تسریع خدمت رسانی به مراجعین اورژانس، و نیل به رسیدن به استانداردهای تعیین تکلیف ۶ ساعته بیماران، میبایست از زمان تعیین سرویس تخصصی مورد نیاز بیمار، ادامه اقدامات درمانی آن سرویس در قالب ویزیت ونه مشاوره صورت پذیرد.

ورود بیمار تریاژ

نیاز به اقدامات نجات دهنده حیات؟

خیر

بله

سطح ۱

بله

واحد اقدامات حیات بخش

بند ۱

فوت

می توان بیمار را منتظر نگه داشت

خیر

سطح ۲

تعداد تسهیلات مورد نیاز

بیش از یک

یک

صفر

بله

بند ۲

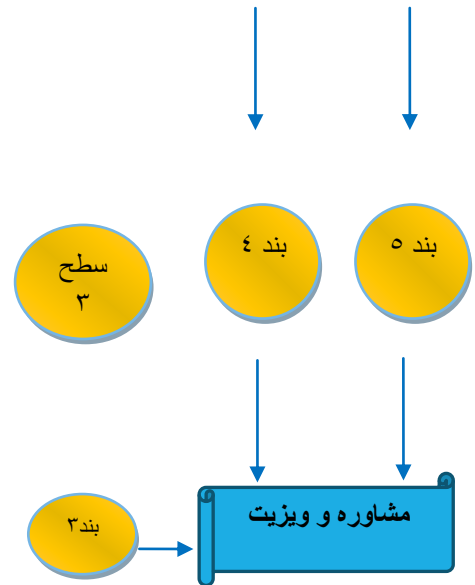
۵۷

علایم حیاتی در محدوده پر خطر؟

سطح ۴

سطح ۵

خیر



بند یک

پس از تثبیت اولیه وضعیت بیماری:

- بیمار در اکثر مواقع به واحد منتقل و پس از دریافت خدمات مربوطه از خارج شود در این حالت جهت دریافت خدمات تکمیلی به واحد اورژانس منتقل شود.
- ممکن است مستقیماً از اتاق احیاء به یکی از بخشهای بیمارستان منتقل شود
- ممکن است در صورت نبود خدمات تخصصی مورد نیاز به مراکز درمانی دیگر منتقل گردد.

بند دو

با توجه به شرایط بیمار و اقدامات درمانی نیازمند کاهش آسیب ناشی از بیماری پزشک متخصص مقیم اقدامات درمانی را انجام ، بیمار را در بخش بستری و مشاوره های لازم جهت اقدامات تخصصی را انجام می دهد .

- در این حالت بیمار جهت دریافت خدمات تکمیلی به واحد بستری اورژانس منتقل می شود
- ممکن است با توجه به شرایط خاص نیاز به بستری در بخشهای ویژه باشد

- ممکن است در صورت نبود خدمات تخصصی مورد نیاز به مراکز درمانی دیگر منتقل گردد.

بند سه

بسته به شرایط بیمار به صورت مستقیم به یکی از فضاهاى اصلی اورژانسشامل:

- اتاق گچ گیری
- اتاق عمل سرپایی
- فضای درمانی حاد یک و دو
- اتاق ایزوله عفونی
- اتاق ایزوله روانی

منتقل می شوند و پس از دریافت خدمات لازم از حوزه فوریت خارج می شوند در این حالت ممکن است برای دریافت خدمات تکمیلی به حوزه تحت نظر اورژانس یا سایر بخشهای بیمارستان منتقل و یا ترخیص شوند .

- در موارد اندکی ممکن است بیمار سطح ۳ تریاژ ابتدا به اتاق معاینه پزشک در حوزه سرپایی منتقل و سپس به بخش اورژانس منتقل گردد.

بند چهار

- این بیماران پس از دریافت خدمات سرپایی از جمله :

- مصاحبه
- معاینه توسط پزشک
- دریافت خدمات درمانی سرپایی

در صورت نیاز به بخش های تشخیصی بیمارستان هدایت و در نهایت پس از تشخیص نهایی پزشک ، از اورژانس ترخیص می شوند .

- در موارد اندکی ممکن است بیمار سطح ۴ تریاژ پس از معاینه در حوزه سرپایی ، به منظور انجام برخی عملیات سرپایی به تحت نظر اورژانس هدایت شود.

بند پنج

- این بیماران معمولاً پس از انجام مصاحبه ، مشاوره و معاینه پزشکی و تهیه دارو از داروخانه ترخیص می شوند و خدمات اولیه در این سطح در حوزه سرپایی ارائه می شود .

پذیرش

- کارکنان آموزش دیده به کار گمارده شوند
- فرایند پذیرش نباید بیش از ۷-۵ دقیقه طول بکشد .
- به طور کلی برای این که روند پذیرش در بخش اورژانس کارایی خود را حفظ کند ، به ازای هر ۷ تا ۱۰ هزار بیماری که در سال پذیرش می شوند باید یک کارمند پذیرش مشغول به فعالیت باشد
- استفاده از یک کتابچه آموزشی ، وجود مربیانی در بین کارکنان ، و برگزاری دوره های موثر توجیهی ابزارهای مهمی برای بهینه سازی فعالیت کارکنان پذیرش هستند
- برای اطمینان از اینکه کارکنان پذیرش کار خود را درست انجام می دهند از معیارهای زمان پذیرش ، تعداد خطاها ، رضایت بیمار و رعایت ادب حین برخورد مستقیم و همچنین پاسخدهی به تلفن استفاده گردد
- رئیس بخش اورژانس مسئول اداره امور مربوط به کارکنان پذیرش است.

ارزیابی پرستاری بیمار

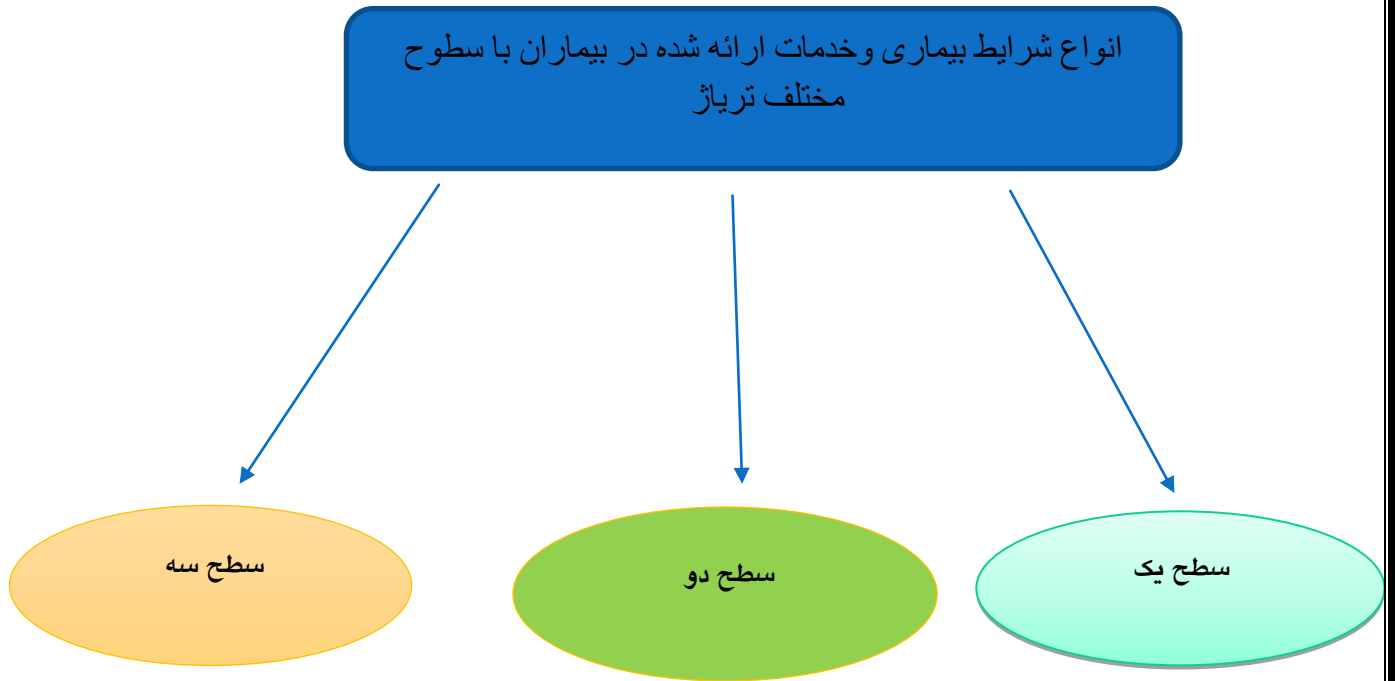
- پس از اینکه بیمار تریاژ و پذیرش گردید ، یکی از پرستاران اورژانس باید در یک زمان قابل قبول که بستگی به وضعیت بالینی بیمار دارد ، او را مورد ارزیابی قرار دهد.
- بیمار نباید بیش از ۱۵ دقیقه برای این تماس اولیه با پرستار منتظر بماند .
- باید به ازای هر ۵ هزار ویزیت سالانه در بخش اورژانس ، حداقل یک پرستار کارآموده در بخش مشغول به فعالیت باشد. (ممکن است این عدد بسته به تنوع بیماران ، مدت زمان صرف شده در بخش اورژانس ، تعداد بیماران پذیرش شده ، فضای فیزیکی بخش اورژانس و سایر عوامل متغیر باشد).

- مراقبت اولیه پرستاری می تواند در تسهیل گردش کار بیمار در بخش اورژانس و افزایش رضایتمندی بیماران بسیار موثر باشد. در این مدل پرستاری یک پرستار مسئولیت اولیه پاسخگویی به هر بیمار را برعهده دارد و لذا باید با وضعیت و طرح درمان وی کاملاً آشنا باشد.
- پرستار بیمار باید به طور منظم وی را از آزمایشات و مشاوره های لازم مطلع سازد، وضعیت کلینیکی بیمار را به پزشک اطلاع دهد و پاسخگویی پرسش های خانواده بیمار در ارتباط با بیمارشان باشد.
- برای این که گردش کار بیمار در بخش اورژانس کارآمد باشد، پزشک و پرستار باید هم در ارتباطات و هم در تقسیم کارها مشارکت مناسبی داشته باشند.
- لازم است برای ارزیابی دقیق چگونگی تعامل پزشکان و پرستاران و بیماران، به منظور بهبود این فرآیند، یک تیم کنترل کیفیت به کار گماشته شوند.

ارزیابی پزشکی بیمار

- در مواردی که یک بیمار به شدت بدحال وارد بخش می شود ارزیابی پرستاری و پزشکی بیمار به طور همزمان انجام شود.
- در شرایط غیر حاد پزشک می تواند ارزیابی خود را در مدت ۲۰ دقیقه از رسیدن بیمار به اتاق معاینه پزشکی انجام دهد.
- برای اینکه ارزیابی پزشکی بیمار کارایی لازم را داشته باشد باید تعداد کافی پزشک وجود داشته باشد. بیشتر مطالعات نشان داده اند که در بخش اورژانسی که انواع مختلفی از بیماران را می پذیرد، یک پزشک اورژانس می تواند در هر ساعت بین ۵ تا ۴ بیمار را معاینه کند. تعداد پزشکان اورژانس باید با توجه به این سطح متوسط کارایی تعیین شود. (بیش از ۷۰٪ از ویزیت های بخش اورژانس بین ساعات ۱۰ صبح تا ۱۰ شب صورت می گیرند. به عنوان مثال، اگر یک بخش اورژانس ۳۰ هزار ویزیت سالیانه داشته باشد، تقریباً ۲۰ هزار ویزیت آن بین ساعات ۱۰ صبح تا ۱۰ شب انجام می شوند. یعنی در طی این فاصله زمانی در هر ساعت ۵ بیمار ویزیت می شوند. بنابراین روشن است که بخش اورژانسی بایش از این حجم بیماران، نیاز به حداقل ۲ پزشک در ساعات اوج کار و تقریباً ۳۶ ساعت کار پزشکی در روز دارد).
- در کنار تست های آزمایشگاهی ضروری، پزشک باید از زمان آماده شدن جواب ها نیز مطلع باشد تا به محض آماده شدن جواب ها بتواند بر مبنای آنها عمل کند. مطلوب آن است که یک سیستم اطلاع دهی به

پزشک وجود داشته باشد که در صورت آماده شدن جواب آزمایش ها بلافاصله پزشک را از این امر مطلع سازد.

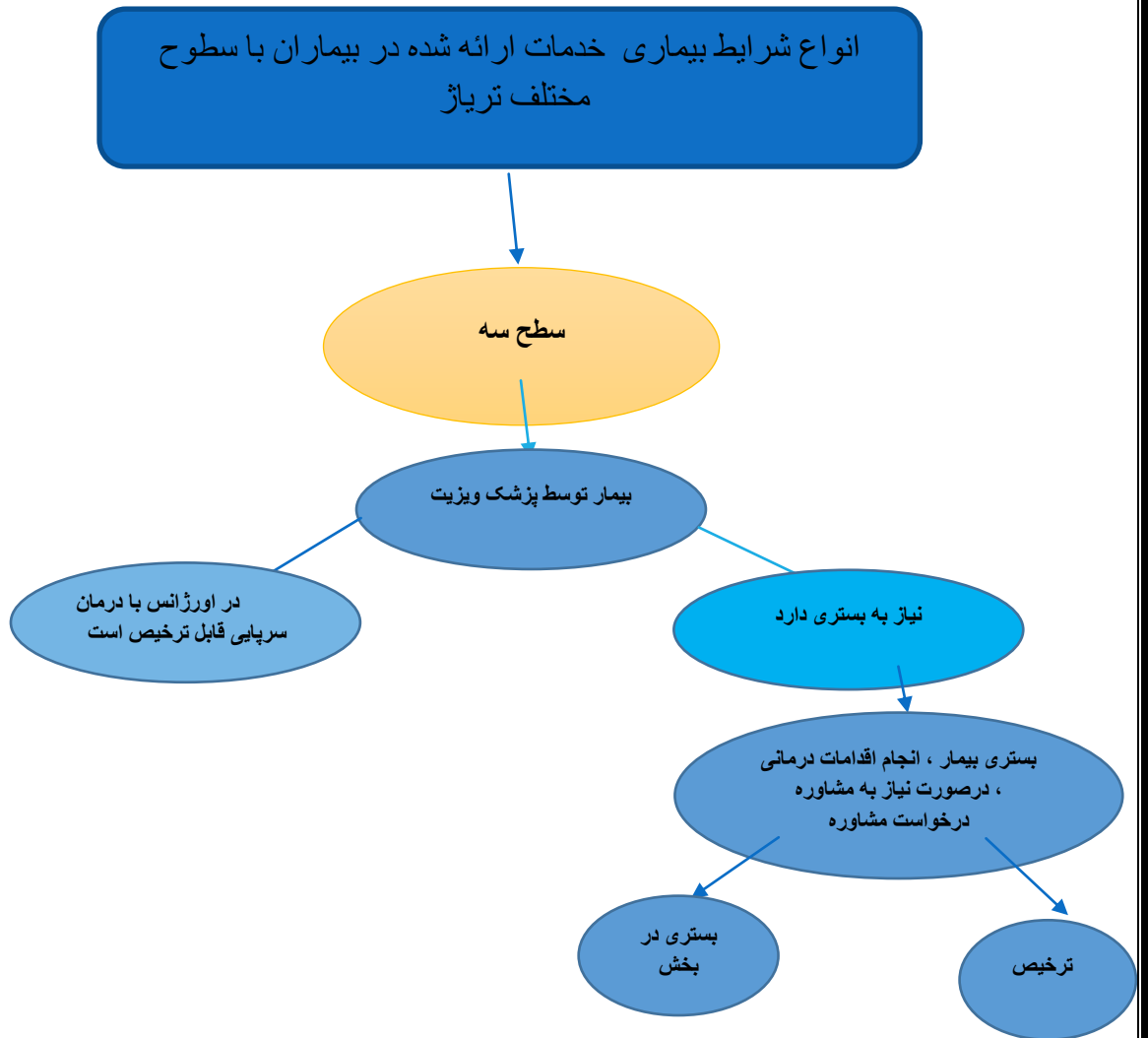


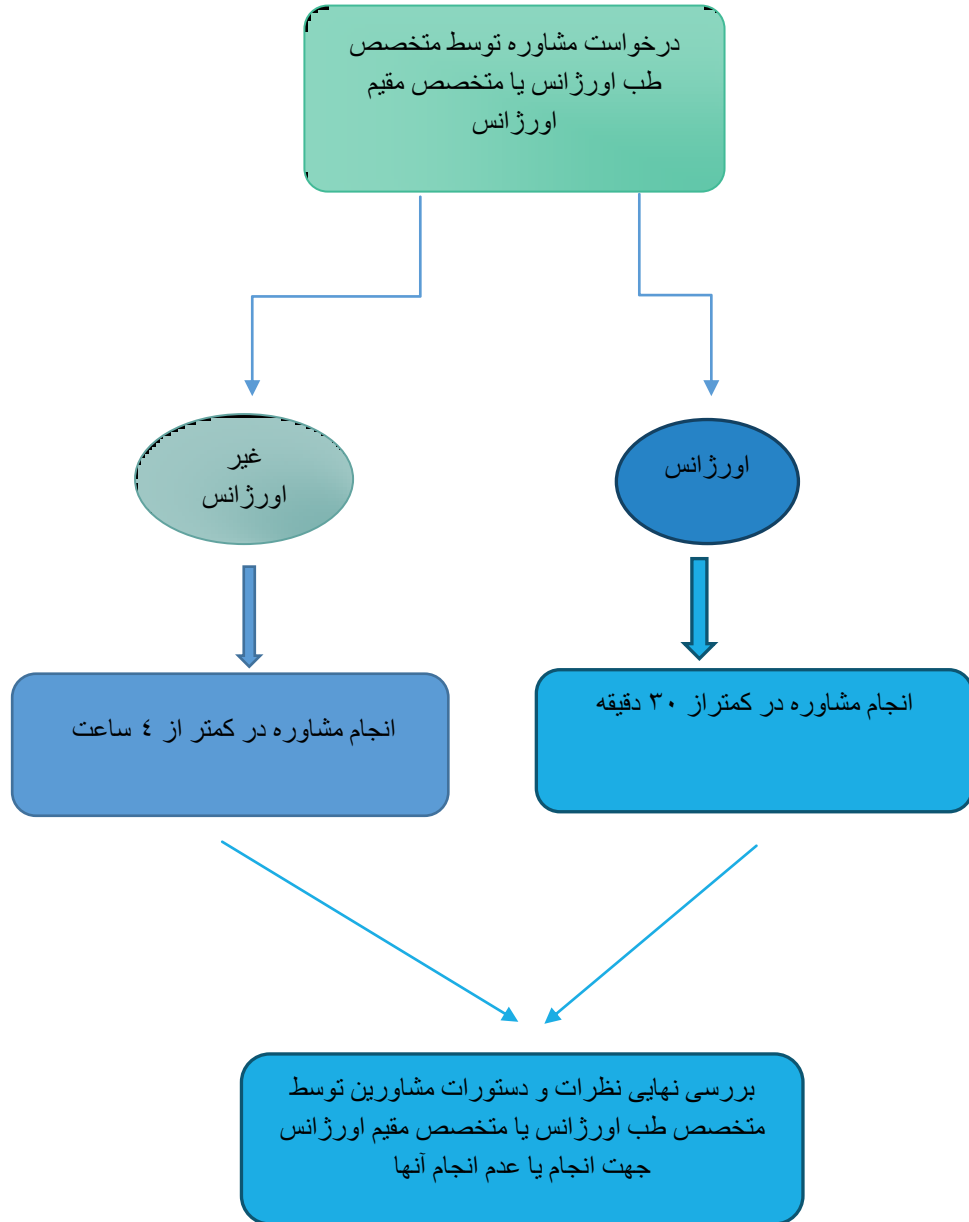
قابل ذکر است سطح ۴ و ۵ به Fast Track منتقل شده و خدمات سرپایی دریافت می نمایند.

انواع شرایط بیماری و خدمات ارائه شده در بیماران با سطوح مختلف تریاژ









انجام مشاوره با متخصصین بالینی نقش کلیدی در عملکرد درمان مناسب بیماران اورژانس دارد. برای مدیریت موثر مشاوره ها ، باید اطلاعات پایه مربوط به مشاوره ها جمع آوری و به طور منظم بررسی شوند. مثل آزمایشگاه و رادیولوژی ، یک توافق دو جانبه در زمینه استانداردهای مشخص بین بخش اورژانس و سرویس های مختلف مشاوره و نظارت مستمر بر آنها لازم است .

مشاوره اورژانس باید در عرض ۳۰ دقیقه از زمان درخواست مشاوره انجام شود تا به دلیل تاخیر در انجام مشاوره بیمار دچار مشکلات ناشی از عدم درمان بموقع نشود.

آگاه کردن بیمار و همراهان بیمار از نیاز به مشاوره به آنها کمک می کند بفهمند که باید مدت زمان بیشتری در بخش اورژانس اقامت داشته باشند.

قوانین بخش اورژانس

۱ - تا زمانی که بیمار در بخش اورژانس بستری می باشد مسئولیت بستری و درمان بیمار با متخصص مقیم اورژانس می باشد.

۲ - با توجه به تداخلات دارویی در مشاوره های متعدد لازم است که تمامی دستورات پزشکان مشاور توسط پزشک مقیم اورژانس مطالعه و تایید گردد

۳ - تمام دستورات پزشکان مشاور پس از Reorder متخصص مقیم و یا تایید به مهر ایشان قابل انجام است . در غیر اینصورت هیچ گونه اقدام درمانی توسط پرستار نباید صورت پذیرد .

۴ - به این دلیل که پرستار اورژانس دچار اشکال تشخیصی در اجرای دستورات پزشکان متفاوت نباشد بهتر است برگ دستورات پزشک مقیم اورژانس از نظر رنگ متفاوت با سایر برگ های دستورات پزشکان مشاور باشد . در این صورت پرستار اورژانس فقط موظف است دستورات نوشته شده در برگ دستورات پزشک اورژانس را اجرایی نماید .

۵ - در صورتیکه بیمار به سرویس تخصصی مربوطه منتقل گردد، دستورات پزشک معالج توسط پرستار اورژانس اجرا می گردد.

۶ - انتقال بیمار به سرویسهای تخصصی دیگر نافی مسئولیت مدیریت بخش اورژانس توسط متخصص مقیم اورژانس نبوده و تا زمانی که بیمار در بخش اورژانس بستری می باشد . پزشک متخصص مقیم اورژانس باید از وضعیت کلی بیماران موجود در بخش اورژانس اطلاع داشته باشد .

۷ - در صورتیکه بیمار انتقال یافته به سرویسهای تخصصی دیگر در زمان حضور در بخش اورژانس دچار شرایط تهدید به حیات شود و نیاز به اقدامات فوریتی داشته باشد متخصص مقیم اورژانس با نظر سرویس معالج می تواند اقدامات حمایتی و تثبیت وضعیت بالینی را انجام دهد. شروع عملیات احیا نباید در عدم حضور پزشک یا سرویس معالج به تاخیر بیفتد.

۸ - در هر بیمارستان کمیته ای بعنوان "کمیته تعیین تکلیف بیماران" تشکیل گردد. این کمیته موظف است پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس و سایر بخشهای بیمارستان را تدوین و بر حسن اجرای آن نظارت نماید . بدیهی است این پروتکلها در بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی تفاوت خواهد داشت. اعضای کمیته مزبور شامل رئیس بیمارستان، مدیر پرستاری ، روسای بخشهای بستری ، مسئول فنی بخش اورژانس ، مسئول پرستاری بخش اورژانس ، نماینده متخصصینمقیم اورژانس و سوپروایزرهای بیمارستان می باشند.

۷-بیمار باید ظرف مدت ۱۲ ساعت از اورژانس خارج شود .

۸-لازم است در پایان هر شیفت موارد بالای ۱۲ ساعت ماندگاری در اورژانس به سوپروایزر کشیک اعلام تا در اولویت انتقال به بخش قرار گیرد.

۹-هرماه مشکلات موجود در عدم تخلیه اورژانس باید توسط Bed Maneger به ریاست بیمارستان اعلام تاجهت برطرف شدن مشکلات تصمیم گیری شود

۱۰- رئیس بیمارستان باید روند بستری بیماران در بخشهای اورژانس را بطور روزانه بررسی نماید .

۱۱-کلیه متخصصان (هیئت علمی و کادر درمانی) چه در روزهای عادی و چه در زمان آنکالی موظفند بیماران بخش اورژانس را ویزیت و تعیین تکلیف نمایند .

۱۲- سوپروایزر اورژانس موظف است گزارش ویزیت روزانه متخصصان را به ریاست بخش اورژانس اعلام نماید .

۱۳- موارد عدم مراجعه متخصصین جهت ویزیت بیماران توسط ریاست بخش اورژانس به ریاست بیمارستان اعلام گردد.

۱۴-مسئولیت رسیدگی به موضوع مطرح شده در بند ۱۲ بر عهده ریاست بیمارستان و کمیته تعیین تکلیف خواهد بود.

۱۵- در مواردی که ازدحام و انبوه بیماران در بخش اورژانس مانع ارائه مراقبت بموقع و مناسب به بیماران می گردد و تخت خالی جهت بستری بیمار در بخش مربوطه وجود ندارد، با نظر **Bed Maneger** در بخشهای غیر مرتبط ولی ترجیحا در رشته نزدیک بستری می شوند .

۱۶- ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانسی و مجروحین حوادث که به بخش اورژانس بیمارستانها مراجعه می کنند به هیچ عنوان منوط به پرداخت هزینه نمی باشد و بیمارستان اعم از دولتی ، عمومی و خصوصی مکلف است بدون درخواست وجه نسبت به درمان بیماران اورژانسی اقدام نموده و پس از ارائه خدمات مطابق با تعرفه های قانونی برای دریافت وجه اقدام نماید.

۱۷- پیگیری پرداخت هزینه درمان بیماران اورژانسی ارتباطی با پرسنل درمانی ندارد و پزشکان و پرسنل درمانی شاغل در اورژانس فارغ از پرداخت هزینه باید به انجام اقدامات درمانی و مراقبتی بپردازند.

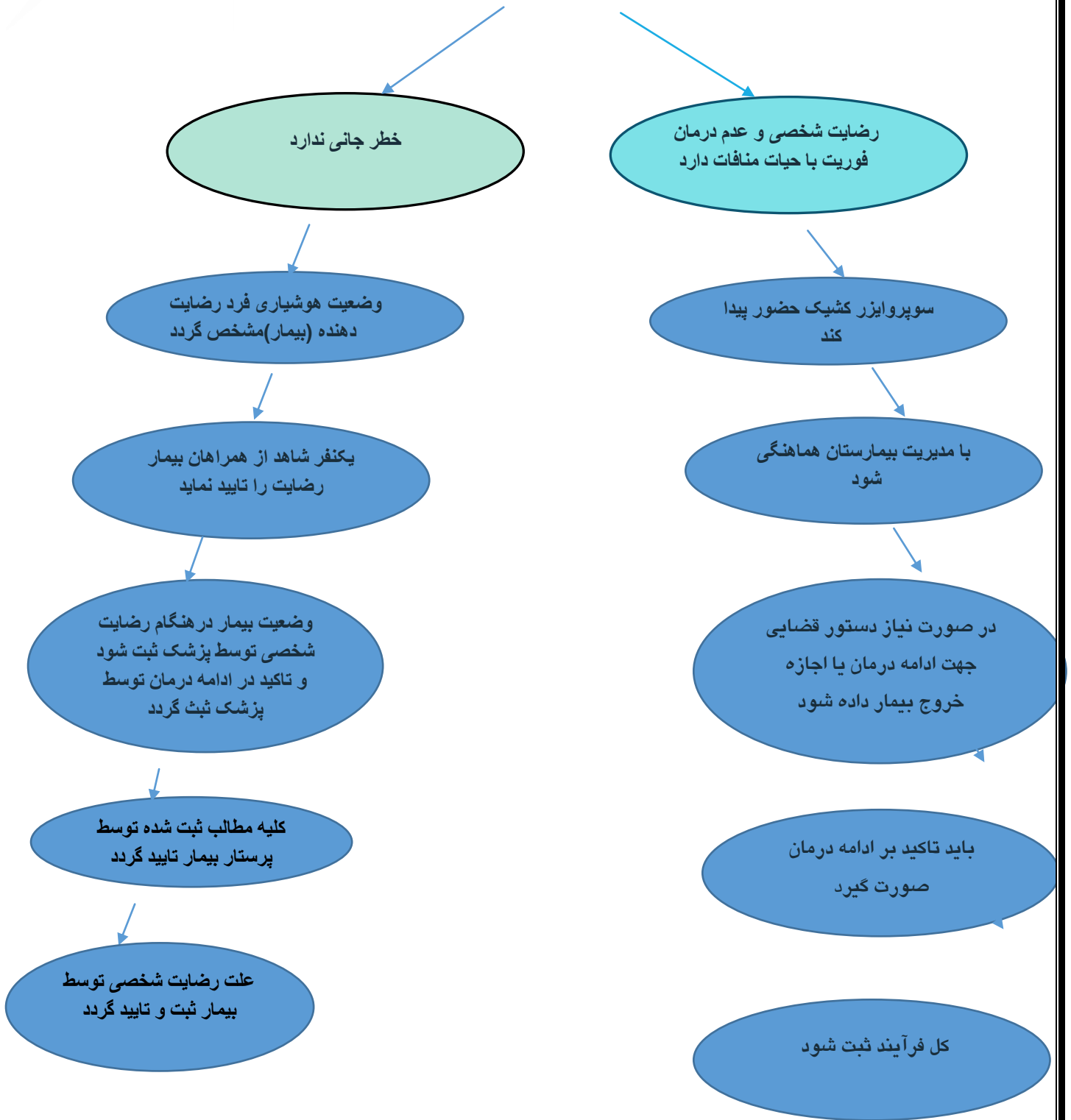
۱۸- بر اساس قوانین ابلاغی خودداری بیمارستانها اعم از عمومی ، دولتی و خصوصی از پذیرش و ارائه خدمات پزشکی به بیماران اورژانس با هر عنوانی خلاف مقررات بوده و برخورد قانونی با تخلفات در این زمینه از سوی دانشگاه ضروری است.

۱۹ در تمامی بخشهای اورژانس بیمارستانی اعم از دایر و یا در حال راه اندازی پوشش کامل ۲۴ ساعته تخصصی (تمام روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل) صورت پذیرد و دانشگاهها موظف به تکمیل ظرفیت حداقل ۴ متخصص مقیم اورژانس در بیمارستان می باشند .

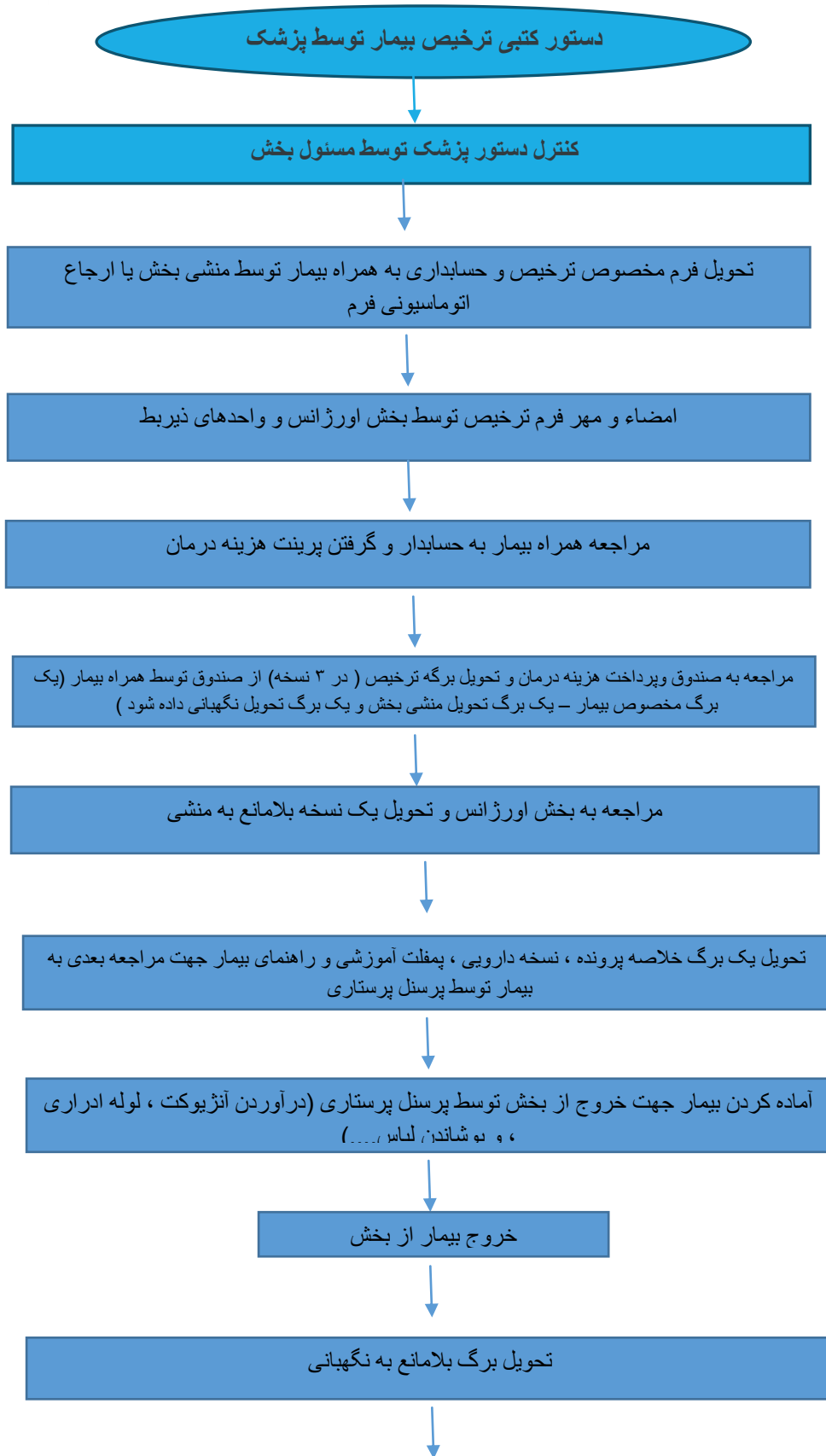
۲۰- از آنجا که فرآیندهای جاری، روند رسیدگی و تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس بیمارستانی باید به طور یکپارچه باشد ، از جداسازی اورژانسهای عمومی به صورت فرآیندی یا فیزیکی اکیداً خودداری گردد. لذا لازم است در کلیه بخشهای اورژانس بیمارستانی ارائه خدمات درمانی مطابق دستورالعمل جاری صورت پذیرد.

ترک با رضایت شخصی

دستور العمل جامع اورژانس بیمارستانی

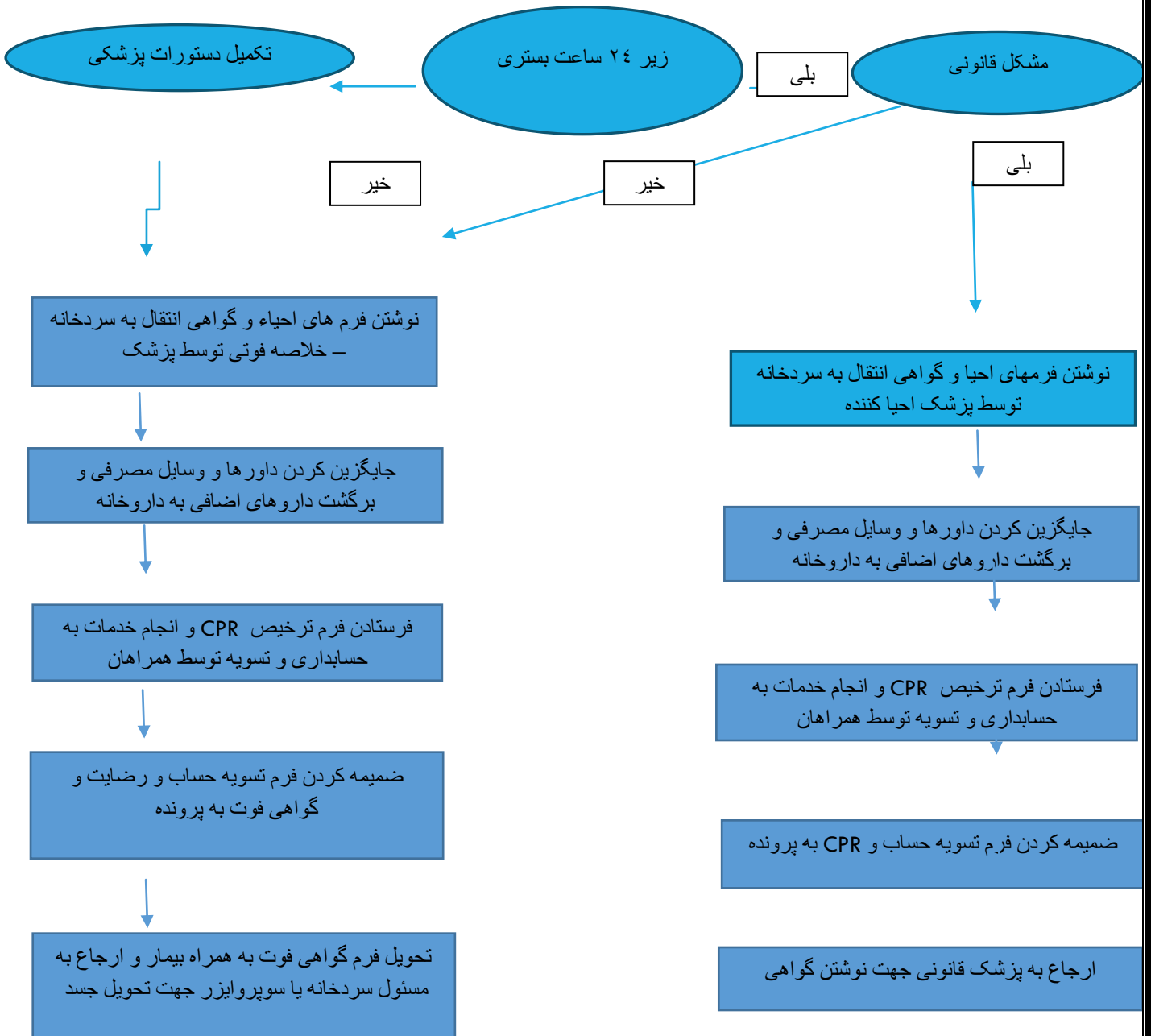


در صورت عدم رضایت در ثبت علت رضایت شخصی باید توسط سرپرستار بخش تایید گردد که بیمار حاضر به ثبت علت رضایت شخصی نگردد. کلیه فرمهای رضایت شخصی باید در پایان شیفت توسط سرپرستار جمع آوری و به ریاست بخش اورژانس ارسال تا تحلیل لازم جهت ارایه به کمیته تعیین تکلیف برای حل مشکل ارسال گردد. برای تمام بیماران تریاژ شده سطح سه، دو و یک باید رضایت شخصی ثبت گردد.



خروج بیمار از بیمارستان

فرآیند فوت:



علل شلوغی اورژانس

عوامل درونداد شلوغی بخشهای اورژانس

- میزان بهره گیری از بخش اورژانس

- ویزیت های غیر اورژانسی

- بیماران با مراجعه مکرر یا ویزیت های تکراری

- بیماران بدون بیمه

- بیماریهای فصلی (آنفولانزا،.....)

عوامل میانداد شلوغی بخش اورژانس

- استخدام ناکافی یا کمبود پرسنل

عوامل خروجی شلوغی بخش اورژانس

- ماندگاری یا بوردینگ بیماران

- کمبود تخت های بیمارستانی و درصد اشغال تخت

تاثیرات شلوغی بخشهای اورژانس

۱- افزایش مرگ و میر

۲- افزایش مدت اقامت ، افزایش میزان انتظار و دسترسی نامناسب

۳- افزایش دفعات اشتباهات دارویی

۴- افزایش برگشت یا دایورشن آمبولانس ها

۵- افزایش تعداد بیماران ترک کننده بدون ویزیت (LWBS)

۶- افزایش تعداد بیماران ترک کننده علیرغم توصیه های پزشکی (LAMA)

۷- نارضایتی بیماران ، همراهان و ارائه دهندگان خدمات

۸- تاثیرات مالی و صدمات به تامین کنندگان

۹- تاثیر بر آموزش

۱۰ پیامدهای اخلاقی

راه حل های شلوغی بخش اورژانس

۱- موانع عملیاتی و استراتژی ها

۲- استفاده از پرسنل اضافی

۳- استفاده از واحد درمان سریع سرپایی (Fast Track)

۴- استفاده از واحدهای تحت نظر گیری یا تصمیم گیری بالینی

۵- واحدهای پذیرش قریب الوقوع و واحدهای تریاژ

۶- دسترسی به تخت های بیمارستانی

۷- برگشت آمبولانسها

۸- استراتژی های صاف کننده

مدیریت کارآمد جریان بیمار در بخش اورژانس و بین بخش اورژانس و بخشهای بستری بیمارستان برای کیفیت و ایمنی درمانهای ارائه شده به بیماران ضروری است. با هموارسازی فراز و فرودهای (peaks-and-valleys) ذاتی جریان بیمار و حذف تغییرات ساختگی که منجر به ایجاد اختلال در جریان بیمار میشود، بیمارستانها میتوانند ایمنی و کیفیت بیمار را همزمان با کاهش اتلاف و هزینه های بیمارستانی بهبود بخشند.

جریان بیمار در ایستگاهها با حذف پراکندگی ها منظم شده و صفی به وجود نمی آید. برخی از این فراز و فرودها طبیعی هستند و با استفاده از تئوری صف میتوان در مورد آنها تصمیم گیری نمود. این امر منجر به افزایش قابلیت پیشبینی گری و کنترل و در نهایت بهبود کیفیت و ایمنی درمانی شود.

۹- برنامه هماهنگ جراحی

امروزه دو منبع عمده پذیرشهای بیمارستانی وجود دارد که یکی از طریق اورژانس (مثلاً) ۲۰٪ و دیگری از طریق جراحیهای الکتیو برنامه ریزی شده در اتاق عمل (مثلاً) ۲۰٪ میباشد. فراز و فرود در پذیرشها منجر به نوسانات عمدهای در ظرفیت بستری می شود. دوره های محدودیت ظرفیت در اغلب بیمارستانها در پی دوره های مازاد ظرفیت بوجود می آید. بنابراین با مدیریت این فراز و فرودها میتوان بصورت بالقوه جریان بیمار و شلوغی بخش اورژانس را بهبود بخشید.

بیمارستان میتواند بر اساس داده های یک هب صورت روزانه یا هفتگی در مورد فراز و فرودهای قابل پیشبینی برای تقاضای پذیرش وجود دارد از استراتژیهای هموارسازی صاف کننده Smoothing برای توزیع متعادل بیماران در طول هفته استفاده نماید.

اورژانس در روزهای دوشنبه در بالاترین حد باشد از طرف دیگر ممکن است در همان روز بیشترین تعداد پذیرشهای الکتیو جراحی رانیز داشته باشیم. با انتقال برنامه جراحیهای الکتیو به روزهای دیگر می توان کمبود قابل پیشبینی تخت و شلوغی ناشی از آنرا کاهش داد.

۱۰- برنامه مدیریت تخت

۱۱ ابزار ارزیابی واحد

بر اساس مفهوم چراغ راهنما، ابزار ارزیابی واحد برای ارزیابی و تعیین ظرفیت واحدهای مختلف در سرتاسر سیستم بیمارستان بکار می رود. این ابزار نشانگرهای کد گذاری شده رنگی color-coded indicators تشکیل شده است که "حجم کار قابل تحمل" هر واحد را بر اساس امتیازات عددی از قبل تنظیم شده نشان می دهد. طبق این سیستم علامت سبز (go) نشان دهنده اینست که واحد مساوی یا زیر ۲۲٪ حداکثر ظرفیت خود کار می کند و هنوز قادر به پذیرش بیماران است. علامت زرد (early caution) نشان می دهد که واحد بالای ۲۲٪ ظرفیت خود کار می کند و هنوز قادر به پذیرش بیماران است و به سایر واحدها نیز در خصوص محدودیت منابع هشدار می دهد. علامت نارنجی حاکی از آنست که واحد نزدیک به حداکثر ظرفیت خود کار می کند و ممکن است ظرفیت تکمیل شود مگر اینکه منابع اضافی دیگری در دسترس باشد و قرمز (stop) نشان دهنده تکمیل ظرفیت واحداست و اینکه واحد نمیتواند بیمار دیگری را بدون در خطر انداختن ایمنی بیمار و خستگی پرسنل پذیرش نماید.

آپدیت مداوم شبکه رنگی به پرسنل اجازه می دهد در پاسخ به روند تغییرات اقدام به اختصاص مجدد منابع نمایند. مدیر منابع resource czar که معمولاً پرستار است در صورت لزوم با قدرت جابجایی پرسنل و بستن یک واحد این امر را به راحتی انجام می دهد. استفاده از این ابزار در یکی از بیمارستانهای مورد استفاده منجر به کاهش تدریجی تعداد کدهای رنگی قرمز و افزایش یکنواخت کدهای سبز در طول یک دوره شش ماهه می شود.

۱۲ ترخیص هماهنگ بیمار

یکی از مهمترین تنگناها در جریان بیمار فرایند ترخیص است. بیمارستانها با تسریع در ترخیص بیماران بایکروش هماهنگ میتوانند بیماران را بصورت بهتری برای ترخیص آماده کنند، گردش تختهای خالی را بهبود بخشند و با دقت بیشتری تختهای خالی را به بیماران اختصاص دهند. همه این موارد به کاهش شلوغی بخشهای اورژانس کمک میکنند.

بیمارستانها میتوانند تنگناهای مرتبط با ترخیص بیماران را با تعیین یک فرد هماهنگ کننده ترخیص discharge coordinator و اتاق آمادگی ترخیص (discharge resource rooms) برطرف نمایند. فرد هماهنگ کننده ترخیص همانند مدیر تخت جداول را جهت تعیین بیماران آماده ترخیص ارزیابی می کند تا فرایند جابجایی آنها را تسریع کند. این هماهنگ کننده که معمولاً یک پرستار است همچنین میتواند خدمات مدیریت موردی را مهیا یا تسهیل کند. اتاق آمادگی ترخیص فضایی مرکزی و راحت در بیمارستان است که کارکنان بیماران را جهت مراقبت در منزل آماده میکنند.

بلافاصله بعد از ورود به اتاق آمادگی ترخیص، این بیماران بعنوان بیماران ترخیصی از بیمارستان در نظر گرفته میشوند.

۱۳ پرستاری محدوده ای

براساس مفهوم مهندسی هم مکانی **co-location** (درپرستاری محدودهای) **zone nursing** (تمام بیماران مرتبط با یک پرستاردریک ناحیه مستقر میشوند و براین اساس نیازپرستاربه حرکت مداوم ، پراکنده و طولانی از واحد جهت ارائه درمان حذف میشود.

مطالعات انجام شده درچندین بیمارستان نشان داده است که پرستاری محدوده ای باعث کاهش شلوغی بخش اورژانس میشود .

۱۴ پروتکل ظرفیت اشباع

بیمارستانها میتوانند پروتکل ظرفیت اشباع (**Full-capacity protocol**) رادردوره های شلوغی شدید بخش اورژانس و بیمارستان اجرایی نمایند .طبق این پروتکل بیماران قرار گرفته در راهروها یا سایر فضاهای ناایمن بخش اورژانس به بخشهای بستری انتقال می یابند. این پروتکل ماهیت شلوغی بخش اورژانس رادسطح سیستم آشکار میکند و تمام بخشها را ملزم میکند که درمسئولیت رسیدگی به شلوغی بخش اورژانس سهیم شوند. با فرستادن بیماران به بخشهای مختلف وضعیت کمبود نیروی انسانی بخش اورژانس تا حدود زیادی برطرف میشود درحالیکه اضافه کردن یک یا دو بیمار قرار گرفته در راهرو به بخشهای بستری تاثیر ناچیزی در نسبت پرسنل بر بیماران در این بخشها دارد.

۱۵ کنترل مقصد

استفاده از اطلاعات اینترنتی قابل دسترس از حجم کار و فعالیت بخشهای اورژانس برای باز توزیع آمبولانسها در شبکه اطلاع رسانی در برنامه ستاد هدایت بیمارستانها قرار گرفته است .

آمادگی اورژانس بیمارستانها در مواقع بحران

عناصر برنامه افزایش ظرفیت

هر برنامه افزایش ظرفیت شامل سه جزء اصلی کارکنان (منابع انسانی) ، و تجهیزات (تخصصی و غیر تخصصی بیمارستانی) و امکانات و ساختارها (فضای فیزیکی) است به بیان دیگر ، یک مرکز بهداشتی و درمانی در صورتی می تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد که بتواند بر اساس یک برنامه از پیش تدوین شده و تمرین شده ، منابع سه گانه خود را افزایش دهد . در این بخش به اختصار به این عناصر اشاره می کنیم .

۱- کارکنان (منابع انسانی):

برنامه افزایش ظرفیت ، برنامه ای است که می تواند بر اساس یک برنامه قبلی ، تمام منابع انسانی مورد نیاز برنامه ، اعم از پزشکان ، پرستاران ، کادر پیراپزشکی و نیروهای خدماتی را تامین سازد . به طبع ، ممکن است تمام این منابع هنگام بروز حادثه در اختیار مدیریت نباشند بنابراین برنامه افزایش ظرفیت می تواند منابع انسانی مورد نیاز را از راه های مختلف (کارکنان خود بیمارستان ، کارکنان مراکز همکار ، نیروهای داوطلب و) تامین سازد .

۲- تجهیزات تخصصی و غیر تخصصی بیمارستانی:

برای ارائه خدمات مناسب به مصدومان در هنگام وقوع یک حادثه ، علاوه بر منابع انسانی ، به تجهیزات تخصصی و غیر تخصصی بیمارستان نیاز است . یک برنامه افزایش ظرفیت طوری طراحی شده است که می تواند این منابع را از انبارهای موجود در بیمارستان و مراکز و نهادهای همکار یا از طریق تفاهم نامه هایی که با مراکز تامین مواد و تجهیزات منعقد ساخت است تامین کند . در این برنامه ، علاوه بر تامین نیازهای تخصصی ، نحوه تامین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده است .

۳- امکانات و ساختارها (فضای فیزیکی):

واضح است که منابع انسانی و تجهیزات برای ارائه خدمات ، باید در یک فضای فیزیکی مستقر شوند . برنامه افزایش ظرفیت طوری طراحی شده است که می تواند از تمام ظرفیت فیزیکی بیمارستان ، شامل اتاق های بستری ، راهروها ، سالن ها و حتی فضای باز بیمارستان ، به خصوص در مواقعی که ایمنی ساختمان اصلی تهدید شده است برای عرضه خدمات بهتر استفاده کند . در این برنامه ، کاربری تمامی فضاهای موجود در بیمارستان در هنگام وقوع حادثه ، از پیش مشخص و نیز فضاهای مورد نیاز برای تریاژ بیماران ، بستری مصدومان ، نگهداری اجساد و همچنین محل استراحت کارکنان پیش بینی شده است .

مرحله اول : پیش نیازهای تدوین برنامه

اولین مرحله برای داشتن یک برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی ، تدوین پیش نیازهای آن است . این پیش نیازها عبارت اند از :

۱. برنامه ایجاد افزایش ظرفیت همانند هر برنامه دیگری ، بر اساس ارزیابی و تحلیل خطر تدوین و اجرا می شود .
بنابر این قبل از تدوین این برنامه ، باید مخاطراتی که بیمارستان را تهدید می کنند ، شناسایی شوند و مشخصه های آسیب پذیری بیمارستان استخراج شده و سپس ، بر اساس تحلیل خطر بیمارستان برنامه تدوین شود.
۲. همان طور که پیش تر توضیح داده شد . تدوین و اجرای برنامه نیازمند وجود ساختار مناسب سازمانی (سامانه فرماندهی حادثه) است ، بدین معنی که پیش از تدوین برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی ، لازم است که ساختار فرماندهی حادثه به صورت مناسب تدوین شده باشد .
۳. شناسایی کاربری های مورد نیاز و ظرفیت های فیزیکی بیمارستان و همچنین نوع کاربری که هر فضا می تواند داشته باشد ، از پیش نیازهای تدوین برنامه افزایش ظرفیت است این ظرفیت ها عبارتند از :

- اتاق بیماران

- بخش های بستری

- راهروها و سالن های چند منظوره

- فضاهای باز بیمارستان

- انبارها

نکته بسیار مهم در استفاده از این فضاها ، ایمن بودن آنها برای ارائه خدمات است . بنابراین ، باید توجه کرد که استفاده این اماکن منوط به تایید ایمنی آن ها توسط بخش ایمنی است ، چه در زمان ارزیابی خطر و شناسایی ظرفیت ها و چه بعد از وقوع حوادث ، همچون زلزله که ممکن است ساختار فیزیکی اماکن را دچار اختلال کند . در ضمن مواقعی که این اماکن برای استفاده های خاص آماده می شوند ، باید قبل از استفاده ، عملیات گند زدایی و سیستم مدیریت پسماندهای بیمارستانی در این اماکن انجام می گیرد می تواند مجموعه را با چالشی بزرگ مواجه کند ، بنابراین پیش بینی سیستم مدیریت پسماندهای بیمارستانی هنگام استفاده آنها ضروری است .

۴. دیگر اینکه ظرفیت های غیر فیزیکی و تجهیزاتی بیمارستان شناسایی شود . این ظرفیت ها عبارتند از :

- دارو و تجهیزات بیمارستانی

- تجهیزات حمل و نقل و ترابری

- تجهیزات اداری و خدماتی

- تجهیزات اطلاعاتی و مدیریتی

۵. ظرفیت های بالقوه نیروی انسانی ، اعم از شاغل ، آماده به کار ، بازنشسته و داوطلب شناسایی شوند . این ظرفیت ها باید به تفکیک عملکرد تخصصی شناسایی شده ، نوع و میزان مهارت آن ها مشخص شود . ظرفیت های نیروی انسانی بدین قرار است:

- کارکنان پرستاری
- کارکنان پزشکی
- کارکنان پیراپزشکی ، شامل رادیولوژی و آزمایشگاه و داروخانه
- کارکنان خدماتی و پشتیبانی
- کارکنان مالی و اداری

۶. ظرفیت ها و پتانسیل های مرتبط با خدمات بهداشتی و درمانی در خارج بیمارستان باید شناسایی شوند. این ظرفیت ها عبارتند از:

- شناسایی مراکز بهداشتی درمانی موجود و منابع و پتانسیل های آن ها که شامل مراکز دولتی ، خصوصی ، خیریه و نظامی و می شود.
- شناسایی نهادهای مرتبط با خدمات درمانی و میزان توان آن ها که شامل مرکز مدیریت حوادث و فوریت ها ، سازمان حامی سلامت ، سازمانهای صنفی نظام پزشکی ، نظام پرستاری ، نظام روان شناسی ، هلال احمر ، بهزیستی ، شهرداری و نیروهای مسلح و....
- شناسایی نهادها و شرکت های تولید کننده و تامین کننده دارو و تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی مورد

نیاز

مرحله دوم : تدوین برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی

قبل از هرچیز ، ذکر این نکته ضروری است که هر بیمارستان بر اساس ارزیابی و تحلیل وضعیت خود ، برنامه ای منحصر به فرد دارد اما بعضی از شاخصها در تمام برنامه ها ، مشترک اند و باید مد نظر قرار گیرند که در این قسمت ، به آن ها اشاره خواهد شد :

برنامه مازاد ظرفیت بیمارستانی بخشی از برنامه عملیاتی اورژانسی است

واژگان و ادبیات این برنامه منطبق با اسناد بالادستی است

کارکنان کلیدی بیمارستان با این برنامه آشنا بوده و برای اجرای آن آموزش دیده اند.

برنامه با مشارکت تمامی ذی نفعان و افراد با مسئولیت در برنامه ، نگاشته شده است

برنامه منطبق بر شرایط محیطی، اقتصادی فرهنگی و اجتماعی بیمارستان است.

برنامه علاوه بر اینکه منطبق بر برنامه عملیاتی اورژانسی است دارای ارتباطات تعریف و تدوین شده در قالب تفاهم نامه های کتبی با مراکز همجوار جهت تامین منابع مورد نیاز است.

وظایف تمامی افراد مسئول به آنها ابلاغ شده است و برای انجام دادن آن، آموزش دیده اند.

برای تدوین برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی، ابتدا باید اجزای آن را مشخص کرد. هر بیمارستان بر حسب وضعیت خود می تواند اجزای مختلف داشته باشد اما معمولاً این برنامه دستورالعمل های زیر را در بر دارد:

- ورود بیماران و مصدومان به بیمارستان یا خروج آنها از بیمارستان
- سطح بندی و نحوه ترخیص بیماران بستری در بیمارستان و اطلاع رسانی به خانواده های آنها
- نحوه پیگیری روند درمان بیماران ترخیص شده از بیمارستان
- نحوه فراخوانی کارکنان
- نحوه تریاژ بیماران و مصدومان
- نحوه ارائه خدمات درمانی خارج از بیمارستان
- نحوه گزارش دهی بیمارهای مشمول گزارش
- نحوه دیده بانی بیماری ها
- نحوه به کارگیری نهادهای همکار
- نحوه به کارگیری کارکنان داوطلب
- نحوه مدیریت همراهان بیماران و مردم
- نحوه تحویل تجهیزات و وسایل
- نحوه تامین تجهیزات مورد نیاز
- نحوه هزینه کرد منابع مالی

مرحله سوم: اجرای برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی

با توجه به این نکته که برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی جزئی از برنامه عملیاتی اورژانسی است و در ساختار سامانه فرماندهی حادثه اجرا می شود لذا در این قسمت به شرح وظایف بخش های مختلف برای اجرای برنامه بر اساس این ساختار اشاره می شود.

فرماندهی

وظایف فرمانده حادثه برای اجرای برنامه افزایش ظرفیت عبارت است از:

- ارتباط با مرکز هدایت عملیات و تبادل اطلاعات
- اعلام وضعیت های چهارگانه زرد، نارنجی، قرمز و سفید
- صدور دستور فعال شدن برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی

روابط عمومی

- جمع آوری اطلاعات مورد نیاز مردم و رسانه ها در خصوص تغییرات انجام شده در بیمارستان
- هماهنگی برای ارائه مناسب و به موقع این اطلاعات به رسانه ها و مردم

هماهنگی

- ارتباط دائم با بخش های داخلی بیمارستان برای تامین نیازهای بیمارستان توسط بخش های بیرونی، به خصوص بخش حمل و نقل و تامین تجهیزات و منابع
- ارتباط با مرکز هدایت عملیات محل حادثه و دانشگاه برای تبادل اطلاعات در خصوص وسعت حادثه و منابع موجود و مورد نیاز و خدمات مورد نیاز

ایمنی

- رصد و مدیریت وضعیت ایمنی بیمارستان، به خصوص در مواقعی که فیزیک بیمارستان آسیب دیده است یا مواد خطرناک در بیمارستان وجود دارد یا هنگامی که برنامه افزایش ظرفیت در فضای باز بیمارستان در حال اجراست
- هماهنگی برای تامین وسایل حفاظت فردی و نظارت بر اجرای استانداردهای ایمنی و حفاظت فردی
- ساماندهی و مدیریت امنیت بیمارستان، شامل امنیت پیرامونی، حمل و نقل، ورود و خروج.....

پشتیبانی

- تامین و ساماندهی و مدیریت فضاهای فیزیکی مورد نیاز برای اجرای برنامه ظرفیت مازاد
- تامین و مدیریت تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی برای اجرای برنامه
- تامین آب و غذا و محل استراحت برای بیماران و کارکنان بر اساس ظرفیت ایجاد شده در بیمارستان
- نگهداری و به روز رسانی تجهیزات موجود در انبارها
- مدیریت کمک های مردمی و نهادهای خیریه

برنامه ریزی

- ساماندهی و هدایت تمامی بخش ها و اقدامات مربوط به برنامه
- رصد و مدیریت انتقال انتشار مناسب اطلاعات
- دریافت اطلاعات از تمامی بخش های درگیر در عملیات
- مستند سازی اقدامات بخش های مختلف
- دریافت اطلاعات در خصوص منابع ، از جمله نیروی انسانی و تجهیزات و نیازها
- توسعه برنامه های مناسب برای افزایش خدمات بر اساس اطلاعات دریافتی

مالی و اداری

- تامین منابع مالی و اعتباری برای تهیه تجهیزات برنامه
- نظارت بر مالکیت اموال و تجهیزات
- مستند سازی هزینه ها و مخارج عملیات

عملیات

- ساماندهی و هدایت اقدامات اجرایی برنامه
- اجرای دستورهای فرمانده حادثه
- هماهنگی و نظارت بر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در بخش های عادی و مازاد
- فعال سازی مدیران بخش ها و مسئولان واحدها
- فعال سازی برنامه ظرفیت مازاد
- صدور دستور لغو جراحی ها
- صدور دستور ترخیص بیماران انتخابی
- ارائه خدمات در بخش ها و فضاهای مازاد

مرحله چهارم : ارزیابی و ارتقای برنامه

برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی ، مثل هر برنامه دیگری ، یک برنامه پویاست و بایستی مرتبا اصلاح و به روز شود . اجرای تمرین های تخصصی یا ترکیبی این برنامه و ارزیابی دقیق این تمرین ها و همچنین ، اجرای برنامه در حوادث واقعی که ممکن است در بیمارستان اتفاق بیفتد می تواند در ارتقای میزان آمادگی بیمارستان مفید باشد . بدین منظور

یکی از بخش های بسیار مهم برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی ، بخش نظام ارزیابی و ارتقای برنامه است . در این قسمت ، به چند نمونه از این اقدامات اشاره می شود :

۱. تعدادی از کارکنان برای ارزیابی برنامه آموزش داده شوند.
 ۲. فهرست های ارزیابی برنامه در زمان تدوین برنامه ، آماده و اعتبارسنجی و چک شوند .
 ۳. در زمان برگزاری مانورها و عملیات ، کارکنان ارزیاب تحت فرماندهی واحد برنامه ریزی ، بخش های مختلف برنامه را ارزیابی کنند .
 ۴. نتایج ارزیابی برنامه توسط واحد برنامه ریزی تحلیل و در جلسه ستاد فرماندهی حادثه بررسی شود .
 ۵. برنامه و دستورالعمل های اجرایی براساس ارزیابی های انجام شده اصلاح شوند
 ۶. تجربیات بخش های مختلف مستند سازی شده و از آنها در ارتقای برنامه استفاده شود
 ۷. بیمارستان همواره به دنبال یافتن راه هایی برای ارتقای میزان افزایش ظرفیت خود باشد
- ۸

❖ استانداردهای داروها و ترالی اورژانس، استاندارد تجهیزات بخش اورژانس، دستورالعمل اجرایی تریاژ به پیوست این دستورالعمل می باشد.