

واحد مدیریت دفع پسماند

مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه‌ی استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد مدیریت دفع پسماند، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده‌است.
- ۱-۳. کلیه کارکنان مدیریت دفع پسماند، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه‌ی استراتژیک

- ۱-۲. مسئول واحد مدیریت پسماند به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:
 - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت محیط با ۲ سال سابقه کار
 - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت محیط
 - دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی بهداشت محیط با ۲ سال سابقه کار

۲. مسئول واحد

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مدیریت پسماند، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
 - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
 - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
 - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
 - کپی آخرین مدرک تحصیلی
 - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
 - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
 - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کارکنان
 - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد مدیریت پسماند، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
 - نام و نام خانوادگی
 - سمت سازمانی

۴. لیست کارکنان

- جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
- لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن شیفت، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۲-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی است، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۳-۴. مستنداتی که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در واحد موجود می‌باشد.
- ۴-۴. در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران برای مدیریت پسماند استفاده می‌کند (برون‌سپاری) نیز جزئیاتی که در بالا گفته شد باید در دسترس باشد.

۵. دورهٔ توجیهی بدو ورود

- ۱-۵. در واحد مدیریت پسماند، یک کتابچه/مجموعهٔ توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
 - معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشهٔ ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامهٔ کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله‌مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
 - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
 - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد

۶. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۳-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۴-۶. مستندات نشان‌می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷. آموزش و توانمندسازی کارکنان

- ۱-۷. واحد مدیریت پسماند یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامهٔ استراتژیک و برنامهٔ بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیتهٔ بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۲-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کلیهٔ کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی شرکت می‌نمایند، موجود است.

- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۸-۱. کتابچه/مجموعه بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:
- اطلاعات عمومی در ارتباط با بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی
 - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۸. کتابچه /
مجموعه ایمنی
و سلامت
شغلی و
بهداشت محیط

- ۹-۱. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدیریت پسماند وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
 - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
 - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
 - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
 - کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
 - کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.
- ۹-۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند:
- جداسازی و تفکیک پسماندها
 - انتقال و خروج پسماندها از بیمارستان
 - جمع‌آوری و بی‌خطر سازی پسماندهای تیز و برنده
 - کنترل کلیه ظروف نگهداری و انتقال پسماندها
 - کنترل عفونت بیمارستانی (با هدایت و هماهنگی واحد کنترل عفونت)
 - ایمنی کارکنان
 - آموزش علمی و عملی اصول بهداشت محیط به کارکنان (با نگاه ویژه به موضوع دفع پسماند)
 - کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد مدیریت پسماند توسط پیمانکار (در مواردی که برون‌سپاری صورت گرفته است).

۹. خط‌مشی‌ها
و روش‌ها

- ۱۰-۱. موازین تفکیک در مبدأ به‌طور دقیق برای پسماندهای عادی، عفونی، تیز، برنده و شیمیایی رعایت می‌شود.
- ۱۰-۲. یک لیست از انواع و محل مواد خطرناک و مواد زائد موجود است.
- ۱۰-۳. کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک‌شده مشخص شده است.

۱۰. تفکیک،
جمع‌آوری،
حمل، نگهداری
و دفع

- ۴-۱۰. تمام پسماندها برچسب گذاری می شوند.
- ۵-۱۰. برای تمام پسماندها ظروف نگهدارنده و تسهیلات ذخیره سازی در بخش ها و اماکن موجود است.
- ۶-۱۰. یک محوطه متمرکز ایمن جهت دریافت کلیه پسماندهای تفکیک شده، موجود است.
- ۷-۱۰. هر بخش دارای یک فضای مشخص جهت ذخیره سازی پسماندها، تا زمان جمع آوری است.
- ۸-۱۰. هر بخش دارای ظروف مستحکم مناسب (Safety Box) جهت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده است.
- ۹-۱۰. حمل ظروف (Safety Box) به محل جمع آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن انجام می شود.
- ۱۰-۱۰. استفاده از روش مناسب دفع پسماندهای بیمارستانی:
 - قرارداد جهت دفع مناسب، به موقع، بی خطر و مطابق با مقررات مصوب وزارت متبوع
 - استفاده از کوره های محفظه ای
 - ضد عفونی توسط میکروویو
 - ضد عفونی کلیه پسماندها توسط اتوکلاو
 - خرد نمودن، تجمع و فشردن پسماندها
- ۱۱-۱۰. مستندات پایش و ارزیابی روش بی خطر سازی پسماند وجود دارد.
- ۱۲-۱۰. اعضا و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده، مطابق ضوابط، جمع آوری و دفع می گردند.
- ۱۳-۱۰. محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطوح های زیاده وجود دارد.
- ۱۴-۱۰. مشخصات محل نگهداری موقت پسماندها با ضوابط وزارت بهداشت مطابقت دارد.
- ۱۵-۱۰. نقل و انتقال ها، انبارداری و اقدامات در موارد تماس با مواد آسیب زا و یا ریختن محلول های خطرناک با اصول ایمنی مطابقت دارد.

بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

- ۱-۱۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد در دسترس است.
- ۲-۱۱. برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۱۱. برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۱۱. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.
- ۵-۱۱. مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۱۱. بهبود
کیفیت

- ۱-۱۲. داده های واحد مدیریت پسماند جمع آوری و رایانه ای می شوند.
- ۲-۱۲. علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۳-۱۲. چک لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.
- ۴-۱۲. ممیزی داخلی انجام می شود.
- ۵-۱۲. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب براساس آن، مستند شده اند.
- ۶-۱۲. درخصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.

۱۲. جمع آوری
و تحلیل
داده ها