

ه-۲) مدیریت پسماند

ه- ۲) مدیریت پسماند

مدیریت پسماندهای بیمارستانی به دلیل دارا بودن پتانسیل عفونت زایی و وجود مواد زائد خطرناک، دارای اهمیت بسزایی است و عدم توجه به مدیریت و کنترل پسماندهای بیمارستانی در مراحل مختلف تولید، ذخیره سازی، جمع آوری، حمل و نقل و دفع نهایی مشکلات عدیده‌ای را ایجاد می‌کند به طوری که پیامد آن، محیط زیست و سلامتی انسان را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. بیمارستان‌ها مسئولیت‌های ویژه‌ای در رابطه با پسماندهایی که تولید می‌کنند بر عهده دارند و لازم است مطمئن باشند که پسماندهای تولیدی، اثرات نامطلوبی برای محیط و بهداشت عمومی ایجاد نمی‌کند. و با به‌کارگیری مدیریت صحیح پسماند، در راستای دستیابی به یک محیط سالم و بی‌خطر برای کارکنان و جامعه خود حرکت کنند. اجرای مؤثر برنامه مدیریت پسماندها مستلزم همکاری تمامی کارکنان بخش‌ها / واحدها است. مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی بر اساس «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» مصوبه هیئت دولت انجام می‌شود. سنجه‌های مدیریت پسماند در ارتباط با قانون مدیریت پسماند، آیین‌نامه اجرایی قانون مدیریت پسماند و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره ی ۹۸۴۱۴ مورخ ۲۵/۳/۸۷ و سایر دستورالعمل‌های مربوطه هستند. اطلاع رسانی دستورالعمل‌های تدوین شده به کارکنانی که دسترسی به فایل الکترونیکی نداشته و یا با توجه به سطح دانش و تجربه امکان استفاده از آن را ندارند باید از طریق آموزش چهره به چهره انجام شود.

بیمارستان در خصوص مدیریت پسماند برنامه‌ریزی نموده، و بر اساس دستورالعمل‌ها اقدام می‌کند.

۱

۲

ه

دستاوردهای استاندارد

مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی به منظور ارتقاء سطح سلامت و ایمنی و کاهش خطرات آن برای افراد و محیط

سنجه ۱. برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه تدوین و اجرا می‌شود.

		سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه *				
مصاحبه	آگاهی کارکنان مجری از برنامه عملیاتی **				
مشاهده	مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه مطابق برنامه عملیاتی تدوین شده				

توضیحات:

* برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه با توجه به مشکلات و اولویت‌های بیمارستان که شامل تفکیک، جمع آوری، نگهداری، دفع نهایی، برنامه ریزی جهت ارتقای وضعیت تفکیک، بهبود سیستم حمل و نقل و افزایش آگاهی کارکنان می‌باشد و با توجه به ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و راهنمای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی در بیمارستان تدوین شده است.
** کارکنان مجری شامل کادر درمانی، نیروهای خدماتی و مسئولان بیمارستان هستند.

پسماندهای پزشکی ویژه، تمامی پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستان‌ها که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل: سمیت، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و عوامل مشابه، نیاز به مدیریت خاص دارند.

هدایت‌کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. کمیته بهداشت محیط در خصوص کاهش میزان تولید و مدیریت پسماندها، سیاست گذاری و برنامه ریزی کرده در صورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.

		سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین روش های کاهش میزان تولید پسماند *				
مصاحبه	آگاهی کارکنان مجری **				
بررسی مستند	ارزیابی اجرای روش های کاهش میزان تولید پسماند توسط مسئول واحد بهداشت محیط				
بررسی مستند	مطرح شدن نتایج ارزیابی روش های کاهش میزان تولید پسماند در کمیته بهداشت محیط				
بررسی مستند و مصاحبه و مشاهده	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت				

توضیحات:

* روش های کاهش میزان تولید پسماند از قبیل کنترل استفاده از لوازم یک بار مصرف، ترجیح بر استفاده از کالاهایی با تولید پسماند کمتر و غیرخطرناک، رعایت کامل موازین تفکیک پسماند تدوین شده است.
** کارکنان مجری شامل کادر درمانی و نیروهای خدماتی هستند.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۳. دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته»، رعایت می شود.

		سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	در دسترس بودن دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و وابسته *				
مصاحبه	آگاهی کارکنان مجری از دستور کار **				
مصاحبه و مشاهده	انطباق فعالیت های کارکنان مربوطه با دستور کار				

توضیحات:

* دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» شامل ۱۳ بند و به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ د مورخ ۹۴/۱۰/۷ می باشد.
** کارکنان مجری شامل کادر درمانی، مسئول واحد بهداشت محیط است.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

هـ | ۲ | ۲ | تفکیک پسماندها در بخش ها / واحدها طبق ضوابط بهداشتی انجام می شود.

دستاوردهای استاندارد :
 تفکیک در مبدأ و کاهش تولید پسماند و آلودگیهای ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط

سنجه ۱. دستورالعمل «تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی»، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی *	۱
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	۵
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶

توضیحات:
 * تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶/۷ د مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. دستورالعمل «تفکیک در مبدأ پسماندهای تیز و برنده»، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

		سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدأ پسماندهای تیز و برنده*	۱			
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲			
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳			
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴			
بررسی مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	۵			
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶			

توضیحات:

* تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان‌سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶/د مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۳. دستورالعمل «تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی» تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

		سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی*	۱			
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲			
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳			
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴			
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	۵			
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶			

توضیحات:

* تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ د مورخ ۹۴/۱۰/۷ و راهنمای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی در مراکز بهداشتی درمانی

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۴. دستورالعمل «تفکیک پسماند در مبدأ پسماند عادی» تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل تفکیک پسماند در مبدأ پسماند عادی *	۱
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	۵
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶

توضیحات:

* تدوین دستورالعمل با رعایت اصول و الزامات ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ د مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۵. دستورالعمل «تفکیک در مبدأ پسماند رادیواکتیو و پرتوزا» تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱	تدوین دستورالعمل تفکیک در مبدأ پسماند رادیواکتیو و پرتوزا *		
بررسی مستند	۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
مشاهده	۳	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط		
بررسی مستند	۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی		
مصاحبه	۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل		
مشاهده و مصاحبه	۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ		

توضیحات: * براساس دستورالعمل پسمانداری سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط

سنجه ۶. کدبندی رنگی و برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رعایت می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
مشاهده	۱	وجود امکانات و تسهیلات لازم* جهت جمع آوری انواع پسماند و برچسب با مشخصات مندرج در ضوابط**		
مشاهده	۲	رعایت کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده		
مشاهده	۳	رعایت برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده		

توضیحات:

* امکانات و تسهیلات لازم از قبیل سطل و کیسه با رنگ بندی زرد، مشکی، سفید / قهوه ای، ظروف مستحکم و مقاوم جهت جمع آوری پسماندهای تیز و برنده با رعایت اصول و الزامات «ضوابط و روش‌های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی» موجود است.
** براساس راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی، دستور کار یکسان‌سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ د مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

جمع آوری و نگهداری موقت پسماندها در بخش ها / واحدها طبق ضوابط انجام می شود.

۳

۲

هـ

دستاوردهای استاندارد:

رعایت موازین بهداشتی و ارتقاء بهداشت، سلامت و ایمنی کارکنان، بیماران و همراهان بیمار

سنجه ۱. دستورالعمل «جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش‌ها» با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها *	۱
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	۵
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶

توضیحات:

* براساس بخشنامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵، راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی، دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. هر بخش دارای ظروف مستحکم و ایمن^۱ مناسب جهت دفع پسماندهای تیز و برنده است.

سطح سنجه		الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
مشاهده	وجود ظروف مستحکم و ایمن جهت جمع آوری پسماندهای تیز و برنده در بخش ها *			
مشاهده	وجود ظروف مستحکم و ایمن متناسب با مقدار پسماند			

توضیحات: * براساس دستور کار یکسان‌سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته، استاندارد ملی ایران به شماره ۸۵۰۲ و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۳. در اتاق بیماران، راهروها و سالنهای عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد رنگ وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود.

سطح سنجه		الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
مشاهده	مجهز بودن ترالی‌ها به ظروف مستحکم و ایمن*			
مشاهده	عدم قرار گرفتن ظروف نگهداری پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی (کیسه و سطل زرد) در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی **			

توضیحات:

* برای جمع آوری پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی (کیسه و سطل زرد) ** در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد رنگ وجود ندارد، نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در اتاقهای بستری و تحت نظر مانند اورژانس، ممنوع است. پسماندهای تیز و برنده این مکانها در داخل Safty Box که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شوند. ولی در بخش‌های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خونگیری آزمایشگاه و اتاق عمل به جز بخش‌های دیالیز، CCU و PICU، در یونیت هر بیمار می‌توان ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده را در محل مناسب به صورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد و امکانات مذکور در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود. بر اساس دستور کار یکسان‌سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۴. جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند در بیمارستان، طبق ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته انجام می‌شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده‌آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	سطح سنجه
مشاهده	وجود امکانات و تسهیلات لازم * جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی و مناسب پسماند	۱
مشاهده	جمع آوری پسماندها از بخش‌ها طبق ضوابط **	۲
مشاهده	حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت نگهداری پسماند طبق ضوابط	۳

توضیحات:

* امکانات و تسهیلات لازم از قبیل کانتینر چرخ دار و یا چرخ دستی جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی و مناسب پسماند به تعداد کافی جهت انتقال پسماند به جایگاه موقت ترالی در انتهای بخش تعویض می‌گردد.
 ** براساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ د مورخ ۱۰/۷/۹۴ و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

هـ | ۲ | ۴ | محل نگهداری موقت پسماندها، اتاقک زباله مطابق ضوابط در بیمارستان موجود است.

دستاوردهای استاندارد:
 رعایت موازین بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط زیست

سنجه ۱. محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان فعال است.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده	وجود اتاق نگهداری موقت پسماندها و دارای شرایط بهداشتی* در بیمارستان	۱
مشاهده	ذخیره تمامی پسماندها در محل مذکور طبق ضوابط بهداشتی**	۲

توضیحات:
 * محل نگهداری موقت پسماندها در بیمارستان دارای شرایط بهداشتی مطابق ضوابط از قبیل تناسب مساحت اتاقک با حجم پسماند دور بودن از محل خدمت کارکنان، آشپزخانه، سیستم تهویه و تبرید و محل رفت و آمد پرسنل، بیماران و مراجعان، فضای کافی، تهویه، نور و دمای مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب، وجود آب گرم و سرد، بهداشتی بودن کف و دیوار و سقف است.
 ** براساس ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. برای کاربر دستگاه بی خطر ساز، سرویس دستشویی، توالت و حمام مجزا و محل استراحت با شرایط بهداشتی پیش بینی شده است.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده	وجود سرویس دستشویی، توالت و حمام مجزا و محل استراحت دارای شرایط بهداشتی برای کاربر دستگاه بی خطر ساز *	۱
مشاهده و مصاحبه	استفاده ی اختصاصی کاربر از امکانات مذکور	۲

توضیحات:

* بر اساس قانون و آیین نامه اجرایی اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۳. زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده ۴۵ * رعایت می شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده و مصاحبه	رعایت زمان نگهداری پسماندها در اتاقک مطابق ماده ۴۵ *	۱
مشاهده	تجهیز اتاقک نگهداری به سیستم مبرد در صورت عدم رعایت زمان نگهداری	۲

توضیحات:

* زمان نگهداری پسماندها در اتاقک، مطابق ماده ۴۵ در شرایط آب و هوایی معتدل ۷۲ ساعت در فصل سرد و ۴۸ ساعت در فصل گرم و در شرایط آب و هوایی گرم ۴۸ ساعت در فصل سرد و ۲۴ ساعت در فصل گرم، رعایت می شود.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

بی خطر سازی، تصفیه و دفع بهداشتی پسماندها طبق دستورالعمل های ابلاغی انجام می شود.

۵

۲

هـ

دستاوردهای استاندارد

■ رعایت موازین بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط زیست

سنجه ۱. دستورالعمل «بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده»، تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می کنند.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده	۱
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستور العمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستور العمل	۵
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. بیمارستان دارای دستگاه بیخطر ساز فعال و براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است و اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده تکمیل می‌شود.

		سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
		استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستاندار مادر <input type="checkbox"/> دوستاندار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی			
مشاهده	وجود دستگاه فعال بی خطر ساز پسماند* در بیمارستان و بی خطر نمودن پسماندهای عفونی و تیز و برنده	۱	
بررسی مستند	در دسترس بودن دستورالعمل برای مسئول واحد بهداشت محیط	۲	
مصاحبه	آگاهی واحد بهداشت محیط از دستورالعمل**	۳	
بررسی مستند	تکمیل و ارسال اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده منضم به نتایج میکروبی ماهیانه به مرکز / شبکه بهداشت مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت	۴	

توضیحات:

* دارای مجوز معتبر از سازمان غذا و دارو در بیمارستان و بی خطر نمودن پسماندهای عفونی و تیز و برنده
 ** بر اساس دستورالعمل اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده، دستورالعمل ارزیابی عملکرد فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه بی خطر ساز و دستورالعمل نحوه تهیه و انتخاب دستگاه‌های بی خطر ساز پسماند

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۳. حجم دستگاه بی‌خطر ساز، متناسب با مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده تولید شده است و توزین پسماندها انجام می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تناسب حجم دستگاه با مقدار پسماند عفونی و تیز و برنده*			بررسی مستند و مشاهده
۲	توزین پسماندها**			بررسی مستند و مشاهده
۳	بی‌خطر سازی تمامی پسماندهای عفونی و تیز و برنده			بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه

توضیحات:

* بر اساس دستورالعمل نحوه تهیه و انتخاب دستگاه های بی‌خطر ساز پسماند. کاتالوگ دستگاه و میزان پسماند تولید شده باید بررسی شود.
** توزین پسماندها روزانه انجام می‌شود.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط و مشارکت واحد خدمات

سنجه ۴. دستورالعمل «دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی» منطبق بر ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی*			بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			بررسی مستند
۳	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی			بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل			مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ			مشاهده و مصاحبه

توضیحات:

* دستورالعمل «دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی» با توجه به شرایط بیمارستان و منطبق بر الزامات ابلاغ شده شامل روش‌های مجاز دفع بهداشتی از قبیل محفظه سازی، لیست سایت‌ها و شرکت‌های دارای مجوز از معاونت بهداشتی جهت حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی تدوین شده است. با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۵. کارشناس بهداشت محیط بیمارستان بر حسن اجرای مفاد قانون پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو نظارت می‌کند.

سطح سنجه		الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
نظارت مسئول واحد بهداشت محیط بر حسن اجرای مفاد دستورالعمل مدیریت پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو	۱	نظارت مسئول واحد بهداشت محیط بر حسن اجرای مفاد دستورالعمل مدیریت پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو		
مطرح شدن نتایج نظارت در کمیته بهداشت محیط	۲	مطرح شدن نتایج نظارت در کمیته بهداشت محیط		
اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت	۳	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت		
بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه		بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه		

توضیحات:

بر اساس دستورالعمل پسمانداری سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۶. در رابطه با اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت اقدام می‌شود.

سطح سنجه		الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
جمع آوری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت*	۱	جمع آوری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن و جنین مرده مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت*		
بررسی مستند و مشاهده		بررسی مستند و مشاهده		

توضیحات:

* اعضا و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده باید مطابق با «ضوابط و روش‌های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» مجزا جمع آوری، بسته بندی و برای دفع به گورستان محل حمل شده و به روش خاص و با رعایت احکام شرعی دفع می‌شود. بر اساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» به شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ د مورخ ۹۴/۱۰/۷

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۷. دستورالعمل «نظارت بر عملکرد دستگاه‌های بی‌خطر ساز پسماند» تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

		سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل نظارت بر عملکرد دستگاه‌های بی‌خطر ساز پسماند *				
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط				
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط				
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی				
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل				
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ				

توضیحات:

* تدوین دستورالعمل با توجه به شرایط بیمارستان و منطبق بر اصول و الزامات ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته انجام شود.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۸. ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق ماده ۱۳ قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می شود.

		سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
مشاهده	رعایت ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی در بیمارستان *				

توضیحات:

* ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی از طریق مشاهده اطاق موقت پسماند و سایر محل های احتمالی دیگر، مطابق ماده ۱۳ قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت میشود.

هدایت کننده: واحد خدمات با نظارت مسئول بهداشت محیط

هـ | ۲ | ۶ | محلی مناسب در بخش برای شستشو و گندزدایی سطوح های زباله وجود دارد.

دستاوردهای استاندارد :
 ■ کنترل عفونت و پیشگیری از انتقال آلودگی

سنجه ۱. محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطوح های زباله داخل بخش، وجود دارد.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده	وجود محل مناسب جهت شستشو و گندزدایی سطوح های زباله داخل بخش	۱
مشاهده	انطباق شرایط محل فوق با شرایط بهداشتی*	۲

توضیحات:

*محل مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب سرد و گرم، سیستم تهویه مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب بیمارستان، مجهز به کف شوی، شرایط بهداشتی دیوار و کف است و از محل مذکور جهت شستشو و گندزدایی سطوح های زباله در داخل بخش استفاده می شود.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. تمامی تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماند مطابق ماده ۳۰ در بیمارستان رفع آلودگی و گندزدایی می شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
مشاهده	وجود مواد گندزدا و یا آب داغ جهت گندزدایی*	۱
مشاهده	گندزدایی تمامی ظروف نگهدارنده پسماند**	۲

توضیحات:

*مواد گندزدا و یا آب داغ حداقل ۸۲ درجه سانتیگراد جهت رفع آلودگی و گندزدایی تسهیلات و ظروف نگهدارنده پسماند وجود دارد.
 **تمامی ظروف نگهدارنده پسماند در بیمارستان مطابق ماده ۳۰ «ضوابط و روش های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» رفع آلودگی و گندزدایی میشود.

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط

سنجه ۳. دستورالعمل «کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها» تدوین و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن اقدام می‌کنند.

		سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین دستورالعمل کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها*	۱			
بررسی مستند	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۲			
مشاهده	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳			
بررسی مستند	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۴			
مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل	۵			
مشاهده و مصاحبه	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	۶			

توضیحات:

* دستورالعمل «کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها» با توجه به شرایط بیمارستان و منطبق بر الزامات ابلاغ شده با حداقل الزامات شامل شرایط کیسه ها و ظروف ، زمان تعویض کیسه ها و ظروف مستحکم و ایمن و ... تدوین شده است .

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط

هـ

۲

۷

لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه یا خطرناک و محل تولید آنها موجود است.

دستاوردهای استاندارد

سهولت در تفکیک پسماند ها و مدیریت صحیح پسماند های پزشکی ویژه یا خطرناک

سنجه ۱. لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه که نیاز به مراقبت دارند با ذکر محل تولید در بخش ها / واحدها موجود است و لیست مذکور به تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها / واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام می شود.

سطح سنجه

الزامی

اساسی

ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	وجود لیستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه با ذکر محل تولید	۱
بررسی مستند	قراردادن لیست مذکور به تفکیک محل تولید در اختیار بخش ها/ واحدها	۲
بررسی مستند و مشاهده	انجام اقدامات احتیاطی در خصوص مدیریت ایمن پسماندهای پزشکی ویژه	۳

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطر سازی پسماند انجام می شود.

۸

۲

هـ

دستاوردهای استاندارد:

- اطمینان از عملکرد صحیح دستگاه بیخطر ساز پسماند در بی خطرسازی پسماندها
- حفظ سلامت و ایمنی کارکنان، بیماران و محیط زیست

سنجه ۱. ارزیابی عملکرد و پایش دستگاه بی خطرسازی پسماندها انجام می شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	تدوین برنامه بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بی خطرساز	۱
بررسی مستند	پایش روزانه عملکرد دستگاه	۲
بررسی مستند و مشاهده و مصاحبه	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت	۳

توضیحات:

بر اساس دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه های غیر سوز بی خطرساز پسماند

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

سنجه ۲. ارزیابی میکروبی، مکانیکی و شیمیایی دستگاه بی خطرسان انجام می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱	قرار گرفتن دستورالعمل در اختیار کاربران دستگاه و آزمایشگاه		
مصاحبه	۲	آگاهی کارکنان مربوطه: از دستورالعمل		
بررسی مستند	۳	ارزیابی میکروبی دستگاه بی خطرسان مطابق دستورالعمل		
بررسی مستند	۴	ارزیابی مکانیکی دستگاه بی خطرسان مطابق دستورالعمل		
بررسی مستند	۵	ارزیابی شیمیایی دستگاه بی خطرسان مطابق دستورالعمل		
بررسی مستند	۶	مطرح کردن نتایج ارزیابی در کمیته بهداشت محیط		
بررسی مستند و مشاهده	۷	اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت		

توضیحات:

* مسئول واحد بهداشت محیط، کارکنان آزمایشگاه و کاربر دستگاه از آن آگاهی دارند.
براساس دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه‌های غیرسوز بی خطرسان پسماند

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط