دانشگاه علوم پزشکی تبریز-مدیریت پرستاری

شیوه برنامه نویسی – ویرایش تیرماه 1403

 بیمارستان ها می توانند با برنامه ریزی منابع انسانی و استفاده بهینه از نیروی کار، زمان، هزینه، ضمن افزایش کارایی، مشکل برنامه ریزی را کاهش دهند. برنامه ریزی یعنی حرکتی هوشمندانه، منطقی و البته گام به گام در راه رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده یا به عبارت دیگر تهیه الگو و نقشه دقیق برای رسیدن به هدف با توجه به امکانات و توانایی های خود در کوتاه ترین مدت.

با عنایت به اهمیت موضوع، مدیریت پرستاری دانشگاه با تشکیل کارگروه و برگزاری جلسات متعدد، موارد ذیل را در راستای یکسان سازی تنظیم برنامه های گروه پرستاری بیمارستان هاو مراکز آموزشی درمانی تدوین نموده است و جهت اجرا ابلاغ می گردد.

1. برنامه پرسنلی حتی المقدور به صورت پانزده روزه تنظیم شود. در ماه های سی و یک روزه نیمه اول پانزده روز و نیمه دوم شانزده روز در نظر گرفته شود. روزهای تعطیل در برنامه با رنگ مجزا مشخص شوند.
2. برنامه موظفی به جای تعداد شیفت **براساس ساعت** محاسبه گردد.
3. پرسنل باعنوان استف به هیچ عنوان در برنامه کاری در نظرگرفته **نشود.** در راستای سنجه های اعتبار بخشی و مبتنی برعملکرد با ابلاغ مدیر/رییس خدمات پرستاری، یکی از همکاران به عنوان جانشین سرپرستار**در مواقع عدم حضور سرپرستار** انجام وظیفه خواهند کرد.
4. با در نظر گرفتن برنامه های پیشنهادی دریافتی از پرسنل و بر اساس فرمت ارسالی، برنامه توسط سرپرستاران بخشها به صورت تایپی نوشته شود، لازم است دفاتر پرستاری بر حُسن اجرای دستورالعمل برنامه نویسی نظارت کافی داشته باشند.(بند اول مکاتبه شماره مورخه 108838/5 تاریخ 24/12/91)
5. تعداد تعویض شیفت **بدون** لحاظ فرد متقاضی یا تعویض شونده حداکثر **چهار شیفت در ماه** در نظر گرفته شود. تعویض شیفت هایی که منجر به شیفت های بیش از دوازده ساعت باشد مورد قبول نخواهند بود .درصورت نیاز فرد متقاضی به تعداد تعویض بیشتر از 4 مورد به دلیل اضطرار، بالحاظ در ارزیابی عملکرد موافقت گردد.
6. به منظور قانونمند کردن برنامه بیش از سه روز off پشت سر هم در برنامه ممنوع است. (بند پنجم مکاتبه شماره 108838/5 مورخه24/12/91)
7. درخصوص تخصیص اضافه کاری **:**

 **"به استناد تبصره 1 ماده 87 آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیرهیات علمی، تمامی کارمندان موسسه موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوطه بپردازند و در صورتیکه که در مواقع ضروری، خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد بر اساس اعلام نیاز موسسه مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کاری یا حق الزحمه برابر مقررات مربوطه خواهد بود."**

1. با توجه به مفاد قانون ارتقا بهره وری نوشتن شیفت بیش از دوازده ساعت مجاز نیست (مکاتبه شماره 50729/5 مورخه 31/4/94) در صورتی که افراد بنا به دلایلی امکان رعایت این اصل را نداشته باشند با درخواست کتبی فرد، موضوع در تیم اجرایی بیمارستان طرح و تصمیم گیری خواهد شد. به دنبال شبکاری تا بیست و چهار ساعت شیفت دیگری منظور نشود**(مگر بادرخواست خودفردو بافاصله حداقل یک شیفت کامل).**
2. **تعداد شیفت شب با لحاظ سابقه به شرح زیر پیشنهاد می شود :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سابقه** | **حداقل تعداد شیفت در هر ماه** | **حداکثر تعداد شیفت در هر ماه** |
| صفر تا پنج سال تمام | 8 | 10 |
| شش سال تا پایان ده سال تمام | 6 | 8 |
| یازده سال تا پایان چهارده سال تمام | 4 | 6 |
| پانزده سال تا پایان بیست سال تمام | 3 | 4 |
| بیست ویک سال تا بیست وپنج سال تمام | 2 | 3 |
| بالای بیست وپنج سال تمام | 1 | 2 |

\*در صورت تمایل کادر به قبول شیفت شب بیشتر از حداکثر پیشنهادی جدول فوق، با تائید سرپرستار و مدیریت پرستاری بیمارستان قابل تغییر می باشد.

\* ضروریست ضمن رعایت شیوه نامه برنامه نویسی درصورت تعداد بالای افراد **باسابقه** در یک بخش، افزایش تعداد شیفت شب براساس نیاز بخش وبارعایت عدالت لحاظ گردد.

\* ضروریست ضمن رعایت شیوه نامه برنامه نویسی درصورت تعداد بالای افراد **کم سابقه** در یک بخش، کاهش تعداد شیفت شب براساس نیاز بخش وبارعایت عدالت لحاظ گردد.

1. اجرای دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری به شماره 2099/د/139 تاریخ 9/10/96 مورد تاکید می باشد.
2. **در تنظیم برنامه علامت ها به صورت ذیل استفاده شود :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| M | Morning | صبح کار |
| E | Evening | عصرکار |
| N | Night | شبکار |
| Off | Off | تعطیل |
| AB | Absence | غیبت یا عدم حضورغیر موجه ( در صورت عدم حضور فرد روی شیفت وی علامت ضربدر زده شود به طوری که شیفت مشخص بوده و از لاک استفاده نشود. سپس دلیل نیامدن با یکی از علایم مشخص شود) |
| R | Relief  | حضور در صورت نیاز در محل کار |
| A | Available | در اختیار دفتر پرستاری  |
| On | On call | آنکال |
| \* |  | مسئول نوبت کاری (در همه شیفت ها باید مسئول نوبت کاری با ستاره مشخص شود.) |
| ED | Education | آموزش داخل بخش یا بیمارستان |
| PL | Paid leave | مرخصی استحقاقی (مثالPL1, PL2,…:) |
| SL | Sick leave | مرخصی استعلاجی و زایمان (مثالSL1, SL2,…:) |
| N/2 |  | شب نیمه |
| ML | Maternity leave | مرخصی زایمان(مثال:ML1, ML2,…) |
| T | Triage | تریاژ( در صورت استفاده خدمتی از پرستاران بخش اورژانس و یا سایر بخشها در واحد تریاژ کلمه اختصاری فوق استفاده شود.) (مثال:E(t)…شیفت عصر تریاژ M(t), شیفت صبح تریاژ) |

* اسامی افرادی که مرخصی / استعلاجی بلند مدت دارند(مرخصی زایمان، مرخصی استحقاقی یا ماموریت آموزشی و...) در صفحه جداگانه ای درج شود.
* برنامه تیم احیا قلبی ریوی بیمارستان در برگه جداگانه نوشته شده و به بخش ها ابلاغ شود.
* برنامه اورژانس و تریاژدر برگ جداگانه نوشته شود.(برنامه احیاء اورژانس و بخش های ویژه مستقل از سایر بخش های بستری باشد).
1. تقسیم کار در بخشها به صورت موردی **(case method)** بر اساس تعداد بیماران بخش و سطح مراقبت مورد نیاز آنها توسط سرپرستار/مسئول نوبت کاری در نظر گرفته شود و در این رابطه از قرعه کشی جهت تقسیم بیماران خودداری شود و مسئول نوبت کاری تا سی درصد بیمار کمتری داشته باشند. (مکاتبه شماره2151/د/139 مورخه9/12/95)
2. بخشنامه هایی که به موجب قانون به پرسنل داده شده است مثل احتساب ساعات موظفی کارکنان (مکاتبه شماره 50729/5 مورخه 31/4/96) ، شیفت شب مادران شاغل دارای فرزند شیر خوار(مکاتبه شماره737/د/139 مورخه 6/5/96) قانون بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت ، قانون کاهش ساعات کاری بانوان شاغل دارای شرایط خاص(مکاتبه شماره45818 مورخه 28/6/95) و (مکاتبه شماره86634/د/5 مورخه 9/8/95) عدم حضور خانم های گروه پرستاری دارای فرزند زیر دو سال در شیفت های شب بیمارستان (مکاتبه شماره337/د/139 مورخه3/3/96) راهکار های کوتاه مدت رفع کمبود کادر پرستاری(مکاتبه شماره 579/د/139 مورخه13/8/94) و..... با این دستورالعمل مغایرتی ندارند.
3. مقتضی است مدیر خدمات پرستاری تمهیداتی را در نظر گیرد که توزیع کارکنان از نظر رتبه بندی کیفی و رابطه استخدامی در بخشها متعادل باشد و سرپرستار نیز ضروریست تمهیداتی را در نظر گیرد که توزیع کارکنان در شیفتهای صبح، عصر و شب از نظر رتبه بندی کیفی و رابطه استخدامی متعادل باشد. \*رتیه بندی کیفی برای تمام پرسنل، سرپرستاران وسوپروایزرین منظور گردد. \*توجه گردد افراد باسابقه بالا در یک بخش و افراد باسابقه پایین در بخش دیگر تجمیع نگردد.
4. نیروهای خروجی توسط سرپرستار به صورت فصلی(ماه آخر فصل)برای فصل بعدی استخراج و جهت ثبت اعلام نیاز در سامانه رشد به مدیرخدمات پرستاری اعلام گردد.

1. **حداقل اطلاعات مورد نیاز برنامه پرسنلی به شرح جدول ذیل می باشد:**

نام بخش: مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

 تعداد تخت فعال: برنامه نیمه اول / نیمه دوم .......ماه ......... سال....... ضریب اشغال تخت: ساعت موظفی: تعداد نیروی موردنیاز:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **نام خانوادگی /نام** | **سمت** | **نوع استخدام** | **سابقه خدمت (سال)** | **رتبه بندی کیفی** | **پنج شنبه** | **جمعه** | **شنبه** | **یکشنبه** | **دوشنبه** | **سه شنبه** | **چهارشنبه** |  **مجموع ساعت خدمت( با احتساب بهره وری)** | **مجموع ساعت اضافه کاری(با احتساب بهره وری)** | **تعداد شیفت M** | **تعداد شیفت E** | **تعداد شیفت N** | **تعداد شیفت EیاM****تعطیل** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی تنظیم کننده برنامه:امضاء: | نام و نام خانوادگی تاییدکننده برنامه:امضاء: | **تعداد نیروهای گروه پرستاری در هر شیفت** | M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*منشی بخش در تعداد نیروی گروه پرستاری در هر شیفت منظور نگردد.

\*مبنای ردیف بندی کارکنان سابقه آنها می باشد.

\*برنامه های هر بخش بر اساس رده های شغلی در جداول جداگانه نوشته شود .(پرستار، اتاق عمل، بیهوشی و کمک پرستار)

\* در انتهای برنامه مهر و امضای سرپرستار و مترون باشد .

\*برنامه افرادی که در بخش های دیگر به کار گرفته می شوند کلا در بخش/واحد اصلی(مبدأ) نوشته شود و بخش دوم با علایم تعریف شده مشخص گردد.بخش دوم نیز فقط شیفتهایی که در آن بخش/واحد خواهد بود را در برنامه خود ثبت نماید.

**به عنوان مثال:** پرستار بخش اورژانس که چندین شیفت نیز در واحد تریاژدارد به صورت زیر نگارش گردد.

**برنامه واحد تحت نظر اورژانس**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **نام خانوادگی /نام** | **سمت** | **نوع استخدام** | **سابقه خدمت (سال)** | **رتبه بندی کیفی** | **پنج شنبه** | **جمعه** | **شنبه** | **یکشنبه** | **دوشنبه** | **سه شنبه** | **چهارشنبه** |  **مجموع ساعت خدمت( با احتساب بهره وری)** | **مجموع ساعت اضافه کاری(با احتساب بهره وری)** | **تعداد شیفت M** | **تعداد شیفت E** | **تعداد شیفت N** | **تعداد شیفت EیاM****تعطیل** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | خانم/آقای اکبری | پرستار |  |  |  | M | M | E | M(t) | M | M | M(t) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

راهنما:حرف tواحد تریاژمی باشد.

**برنامه واحد تریاژ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **نام خانوادگی /نام** | **سمت** | **نوع استخدام** | **سابقه خدمت (سال)** | **رتبه بندی کیفی** | **پنج شنبه** | **جمعه** | **شنبه** | **یکشنبه** | **دوشنبه** | **سه شنبه** | **چهارشنبه** | **مجموع ساعت خدمت (با احتساب بهره وری)** | **مجموع ساعت اضافه کاری(با احتساب بهره وری)** | **تعداد شیفت M** | **تعداد شیفت E** | **تعداد شیفت N** | **تعداد شیفت EیاM****تعطیل** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | خانم/آقای اکبری | پرستار |  |  |  |  |  |  | M |  |  | M |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. فرم درخواست تعویض شیفت کاری

برگ تعویض شیفت

بخش:

**نام و نام خانوادگی متقاضی: نام و نام خانوادگی جایگزین: امضای متقاضی:**

**تاریخ وشیفت متقاضی: تاریخ وشیفت جایگزین: امضای جایگزین:**

**موافقت سرپرستار: موافقت سوپروایزر**