

دستورالعمل جامع کمیته های بیمارستانی



دانشگاه علوم پزشکی البرز معاونت درمان

**مدیریت بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی
واحد کمیته های بیمارستانی**

تاریخ تهیه:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست اسامی تدوین کنندگان

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	جناب آقای دکتر جواد معظمی	معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز
۲	جناب آقای دکتر کورش سلیمی	مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی
۳	سرکار خانم الهام ابراهیم زاده	کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی معاونت درمان
۴	سرکارخانم نرگس سیفی	کارشناس مسئول کمیته مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی
۵	سرکار خانم رویا نوری	کارشناس مسئول کمیته مجتمع آموزشی درمانی امام علی (ع)
۶	سرکار خانم زیبا جعفری	کارشناس مسئول کمیته مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی
۷	سرکار خانم زهرا خسروی	کارشناس مسئول کمیته مرکز آموزشی درمانی کمالی
۸	جناب آقای محمد فاضلی	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان دکتر علی شریعتی
۹	سرکار خانم زینب امن پور	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)
۱۰	سرکار خانم زهرا باقری	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان امام حسین (ع)
۱۱	سرکار خانم سمیه ولی نیا	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان کوثر
۱۲	سرکار خانم سحر تقوی	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان ثاراله
۱۳	سرکار خانم ندا عالیانی	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان الزهرا (س)
۱۴	سرکار خانم دکترمهسا اکبری	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان قائم (عج)
۱۵	سرکار خانم آرزو محسنی	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان البرز
۱۶	سرکار خانم ناهید کنعانی	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان تخت جمشید
۱۷	سرکار خانم نرجس اشکوری	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان کسری
۱۸	سرکار خانم نوشین شوقی	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان امام خمینی (ره)
۱۹	سرکار خانم منا همت بلند	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان نور
۲۰	سرکار خانم فاطمه دشوار پسند	کارشناس مسئول کمیته بیمارستان مریم

فهرست صفحات

مقدمه	۱
دستورالعمل کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان	۵
دستورالعمل کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس بالینی بیمارستان	۱۰
دستورالعمل کمیته آموزش	۱۵
دستورالعمل کمیته اخلاق بالینی بیمارستان	۱۹
دستورالعمل کمیته پری ناتال بیمارستان	۲۷
دستورالعمل کمیته تریاژ بیمارستان	۳۲
دستورالعمل کمیته هدایت پرستاری بیمارستان	۳۶
دستورالعمل کمیته اقتصاد درمان	۴۲
دستورالعمل کمیته طب انتقال خون	۴۷
دستورالعمل کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	۵۱
دستورالعمل کمیته مدیران اجرایی بیمارستان	۵۶
دستورالعمل کمیته مرگ و میر ۱-۵۹ ماهه	۶۲
دستورالعمل کمیته بهداشت محیط بیمارستان	۶۵
دستورالعمل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	۷۰
دستورالعمل کمیته RCA	۷۹
دستورالعمل کمیته احیاء نوزادان	۸۳
دستورالعمل کمیته ارتقاء سلامت	۸۸
دستورالعمل کمیته ایمنی بیمار	۹۴
آیین نامه کمیته پایش و سنجش کیفیت	۱۰۰
دستورالعمل کمیته تجهیزات پزشکی	۱۰۴
دستورالعمل کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن	۱۰۸
دستورالعمل کمیته تعیین تکلیف بیماران	۱۱۳
آیین نامه کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلایا	۱۱۸
دستورالعمل کمیته دارو درمان	۱۲۳
دستورالعمل کمیته کنترل عفونت	۱۲۹
دستورالعمل کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	۱۳۵
دستورالعمل کمیته مرگ و میر مادران بیمارستان	۱۴۰

مقدمه

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز و مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی واحد کمیته های بیمارستانی با عنایت به اهمیت ساماندهی فعالیت کمیته ها و نیاز مبرم به وجود دستور العمل جامع و مشترک در کلیه بیمارستانها در صدد بر آمد تا با همکاری این مدیریت و مسئولین کمیته های بیمارستانی، کتابچه دستور العمل کمیته های بیمارستانی را تدوین و به تمامی مراکز آموزشی درمانی و بیمارستانهای تحت پوشش / تابعه دانشگاه ارسال نماید

اساس تشکیل کمیته ها و جلسات ، هم فکری و مشورت برای تعیین و شناسایی مشکلات یک مجموعه، ارائه بهترین راه کار برای رفع مشکلات با توجه به نقاط ضعف و قوت آن مجموعه یا سازمان و همچنین پیگیری مستمر برای حصول نتیجه مورد نظر می باشد .

کمیته به مجموعه متخصص و متعهد و مورد اعتمادی گفته می شود که رسالت کمک به تحقق بخش عظیمی از اهداف و وظایف بیمارستانی را از طریق مشارکت در بر نامه ریزی و ایجاد هماهنگی برای استفاده بهینه از امکانات موجود و پیش بینی برنامه ارتقاء مستمر کیفیت ارائه خدمات در شرایط مختلف را عهده دار می باشد.

بدیهی است که انجام اثر بخش این امر مهم نیازمند اهتمام و همکاری کلیه اعضاء کمیته ها می باشد . یکی از سیاست های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ارتقاء کیفی و کمی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی راه اندازی کمیته های بیمارستانی می باشد . یکی از اهداف مهم تشکیل کمیته ها ایجاد یک اتاق فکر منسجم و متخصص برای برنامه ریزی ، ساماندهی و هماهنگی فعالیت های بیمارستانی در جهت حصول اهداف کلی و اختصاصی بیمارستان با استفاده از هم فکری و خرد جمعی است .

اهداف کمیته ها

- ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
- سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخش ها / واحد ها و مدیریت بیمارستان
- پاسخ مثبت به انتظارات سازمان های بالا دستی (دانشگاه و وزارتخانه)
- شناسایی موثر تر مشکلات بیمارستان و همکاری و همفکری جهت رفع آنها
- پیگیری روند ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی
- ایجاد ارتباط و ریشه یابی دلیل مشکلات موجود
- جهت دهی اثر بخش به نیروی انسانی و توان مالی بیمارستان در نیل به اهداف کلی و اختصاصی

قوانین عمومی کمیته ها

- رعایت نظم و احترام به حقوق دیگران
- توجه به محدودیت زمانی و پرهیز از پرداختن به مسائل غیر مرتبط
- حضور مستمر و به موقع اعضاء در جهت رسیدن به نتایج و راهنمای پربارتر
- تشکیل جلسات کمیته ها بر اساس توالی زمانی ابلاغ شده
- اطلاع و عمل به مفاد آیین نامه کمیته های بیمارستانی
- پیاده سازی الزامات اعتبار بخشی در مورد کمیته های بیمارستانی
- لغو کمیته های در صورت عدم حضور رئیس و مدیر داخلی بیمارستان بطور همزمان
- رسمیت جلسه باحضور رئیس جلسه / جانشین منتخب ایشان و دو سوم دیگر اعضاء کمیته
- مدت زمان جلسه حداکثر ۲ ساعت که با صلاحدید ریاست جلسه قابل تمدید می باشد
- در صورت تاخیر بیش از ده دقیقه غیر موجه ، عضو کمیته حق ورود به جلسه را ندارد
- قابلیت اجرایی داشتن مصوبات کمیته
- حضور ریاست جلسه ،مسئول دفتر بهبود کیفیت ، مسئول کمیته های بیمارستانی ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی جلسات کمیته ها
- حضور ریاست مرکز حداقل در کمیته های مرگ و میر و عوارض، دارو و درمان ، اخلاق پزشکی و طب انتقال خون
- در اختیار داشتن لیستی از اعضاء هر کمیته و شرح وظایف آنها توسط دبیر هر کمیته

وظایف کمیته های بیمارستانی

- تعیین خط مشی و زمینه های عملکرد بیمارستان برای تحقق اهداف بر اساس موازین و رهنمودهای وزارت / دانشگاه متبوع
- طراحی و بر نامه ریزی اجرایی جهت تحقق اهداف مزبور
- شناسایی مشکلات و معضلات اصلی در عملکرد بیمارستان و رضایت گیرندگان خدمت
- تلاش مستمر در جهت افزایش کیفیت و بهبود بیمارستان و رهیابی جهت حل آنها
- پیشنهاد اعضاء و ترکیب زیر کمیته های بیمارستانی بر اساس موازین و رهنمود های وزارت / دانشگاه متبوع و دستور العمل اجرائی ارزشیابی
- پیگیری روند ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی بیمارستان

کمیته های بیمارستانی در الگوی اعتبار بخشی

- برگزاری جلسات کمیته های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان
- برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستور العمل های ابلاغی
- تعیین دبیر اعضاء اصلی کمیته ها ، متناسب با وظایف و تخصص ها ی مورد نیاز توسط تیم مدیریت و رهبری
- تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان
- برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه و اهداف هر کمیته
- مصوبات کمیته ها شامل راه حل های واضح ، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب
- ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسهلا پیشین
- همفکری اعضاء و تصویب راه حل های واضح ، کاربردی و مشخص همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه
- مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسه و مشکلات شناسایی شده
- تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز
- تهیه صورت جلسات با رعایت فرمت ثابت و مصوب معاونت درمان دانشگاه

- بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته ها
- ارائه بازخورد به غائبین جلسه در رابطه با مصوبات کمیته
- نظارت ریاست جلسه بر نحوه نگارش صورت جلسه کمیته
- برگزاری الزامی دوره آموزشی نحوه نگارش صورت جلسه ، نحوه مدیریت جلسات ، نحوه استفاده از شیوه های بارش افکار و گفتگوی ساختارمند برای دبیران کمیته های بیمارستانی
- اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی بر اساس مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته ها
- ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها توسط دفتر بهبود کیفیت
- ارائه گزارش های حداقل فصلی از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفی
- مشخص شدن اینکه چه کسی ، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد (در صورت جلسات)
- برگزاری آموزش های لازم برای اعضاء ودبیران کمیته در خصوص ارائه راهکار جدید
- در نظر گرفتن اقدامات تشویقی جهت دبیران کمیته و اعضاء برای ارائه دهندگان ایده ها و نظرات جدید کاربردی
- نقش موثر کمیته های بیمارستانی در ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار
- مشارکت فعال کمیته های مرگ ومیر ، طب انتقال خون ، دارو درمان و سایر کمیته ها در موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارتقاء آن
- گزارش و ارائه حداقل فصلی اجرای مصوبات موثر بر کیفیت خدمات و ایمنی بیمار هر یک از کمیته ها به تیم مدیریت و رهبری

دستورالعمل کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

براساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان با توجه به تخصص و تجارب فراوان در عرصه مدیریتی و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند .

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

MD – Ph.D مدیریت اطلاعات سلامت و یا دکترای تخصصی (Ph.D) مدیریت اطلاعات سلامت، کارشناس ارشد و یا کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت (مسئول مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان) که براساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد .

دبیر کمیته

مسئول مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان

توالی برگزاری

ماهانه

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/ جانشین تام الاختیار ایشان – مدیریت بیمارستان – مسئول فنی- مدیریت پرستاری – مدیریت امور مالی – مدیریت منابع انسانی – سوپروایزر آموزشی – مسئول IT – مسئول پذیرش – مسئول بهبود کیفیت – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار – کارشناس هماهنگ کننده کمیته ها – دبیر کمیته – سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین می گردند .

نکته

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشند.
مسئول بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستور العمل پیشنهاد شده است ، سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند .

نکته

- حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته
- حضور سرپرستاران ومسئولین سایربخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.
دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته بصورت ماهیانه تشکیل شوند.

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان و دبیر رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های

کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورت جلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب ، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ، مهلت زمان اجرا مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضا حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود .

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورت جلسه و در جدولی که به همین طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شده مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثر بخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته قبلی (مشکل عمده ، اثر بخشی انجام مصوبه ، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده ، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته

نظارت بر ایجاد و تجهیز واحد بایگانی ، رفع نواقص پرونده ها و ارتقاء کیفیت نظام پرونده نویسی، نظارت بر نگهداری بهتر پرونده ها، از رده خارج کردن پرونده های قدیمی

اهداف کمیته

- اجرای استانداردهای مدارک پزشکی در اعتباربخشی
- اجرای استانداردهای فن آوری اطلاعات در اعتباربخشی
- پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان

- ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده (جزئیات وضعیت بیماران - تعامل بین بیماران و پرسنل درمانی - اطلاعات در مورد نتایج درمانی در پرونده)
- بررسی و ارزیابی پرونده نویسی و نحوه نگارش داده های پزشکی و درمانی بیماران
- بررسی نحوه ارائه خدمات الکترونیکی به مراجعین

شرح وظایف کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

۱. بررسی پرونده های بیمارستانی و نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و نحوه نگارش داده های پزشکی و درمانی بیماران .
۲. هماهنگی و پیگیری رفع نقایص اعلام شده از واحد های مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوطه در کل بیمارستان .
۳. تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحد ها و بخش ها .
۴. بررسی مشکلات بخش ها/ واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی .
۵. نظارت بر نحوه ورود و خروج پرونده ها و تکمیل بودن آنها در زمان پذیرش تا ترخیص بیمار .
۶. نظارت بر نحوه پاسخگویی به شکایات قانونی مرتبط با پرونده .
۷. نظارت بر نحوه صدور گواهی فوت و گواهی ولادت .
۸. درخواست و نظارت بر تهیه کلیه فرم های پرونده های بیمارستانی .
۹. نظارت بر درخواست پرونده از واحد های مختلف بیمارستان .
۱۰. بررسی نحوه تحویل پرونده جهت امور تحقیقاتی .
۱۱. تهیه و جمع آوری آمار مراکز درمانی و پاراکلینیک .
۱۲. تهیه و جمع آوری فعالیت آماری و شاخص های بیمارستان (تخت ثابت - تخت فعال - بیمار بستری و مرخص شده و.....) جهت تصمیم گیری های مدیریتی .
۱۳. ثبت دقیق اطلاعات هویتی و شناسایی بیماران در زمان پذیرش در فرم ها و برنامه HIS .
۱۴. نظارت بر گرد آوری ، استخراج تا آنالیز و تجزیه و تحلیل آمار بیمارستانی و شاخص های سلامت .

۱۵. نظارت و بررسی پرونده های بایگانی شده در جهت اصلاح سیستم بایگانی مدارک پزشکی مطلوب در جهت بازیابی سریع اطلاعات .
۱۶. نظارت و پیگیری امور مربوط به راکد نمودن پرونده ها طبق ضوابط و مقررات و به روز نگه داشتن سامانه های مرتبط با مدیریت اطلاعات سلامت پاسخگویی به مراجعین .
۱۷. بررسی نحوه ثبت عملکرد ویزیت پزشکان ، فعالیت و مراجعین بخش های بیمارستانی در سامانه آواب
۱۸. بررسی نحوه ارسال اطلاعات بیماران ثبت شده در HIS به سامانه سپاس .
۱۹. نظارت بر کد گذاری تشخیص ها ، اقدامات و علل خارجی صدمات و همچنین علل مرگ و میر بر اساس دستور العمل کد گذاری .
۲۰. در حین کد گذاری پرونده ها مجددا مورد بررسی قرار گرفته و در حد تخصص کد گذاری بررسی کیفی نیز انجام می شود .

دستورالعمل کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس بالینی بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

براساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان با توجه به تخصص و تجارب فراوان در عرصه مدیریتی و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

دکترای پرستاری، کارشناس ارشد و یا کارشناس پرستاری (سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان) با توجه به تجارب و تخصص و حسن رفتار حرفه ای فرد مورد نظر بر اساس دستورالعمل رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان

توالی برگزاری

ماهانه

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/ جانشین تام الاختیار ایشان - مدیریت بیمارستان - مسئول فنی- مدیریت پرستاری - مدیریت امور مالی - مدیریت منابع انسانی - سوپروایزر آموزشی - مسئول بهبود کیفیت - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- کارشناس هماهنگ کننده کمیته های بیمارستانی - دبیر کمیته - سایر اعضای کمیته بسته به دستورکار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته ، تعیین می گردند.

نکته :

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستور العمل پیشنهاد شده است ، سایر اعضا بر اساس صلاحدید جدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند .

نکته :

- حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته
- حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.
دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل هر ماه یکبار تشکیل شوند.

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان و دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های

کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب ، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده ، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثر بخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده ، اثر بخشی انجام مصوبه ، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده ، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته

نظارت بر اجرای صحیح تریاژ بیماران / نظارت بر تعیین تکلیف بیماران طبق دستورالعمل های ابلاغی / ارتقاء رضایتمندی مراجعین به اورژانس با رعایت و اجرای مراقبت های استاندارد

اهداف کمیته

- افزایش سرعت و دقت در تعیین تکلیف بیماران اورژانسی
- افزایش تعداد مراجعین که زیر ۶ ساعت تعیین تکلیف شده اند
- تسریع در انجام تریاژ و تعیین سطح بیماران در اورژانس ، شناسایی مشکلات، انجام صحیح تریاژ و تلاش در جهت رفع آن ها

- تحلیل نتایج حاصل از زمان سنجی بیماران و فرم های تریاژ تکمیل شده به منظور بهبود فرایندهای درمان اورژانس

- اتخاذ رویکردهای مناسب به منظور کاهش طول اقامت بیماران در بیمارستان

شرح وظایف کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس

۱. بررسی شاخص های اورژانس به منظور هماهنگی و بستر سازی مناسب جهت اجرای تریاژ بیمارستانی .
۲. هماهنگی و نظارت بر اجرای مرحله به مرحله ی سامانه تریاژ در مرکز .
۳. تحلیل نتایج حاصل از زمان سنجی بیماران و فرم های تریاژ تکمیل شده به منظور ارتقاء فرآیند های اورژانس .
۴. بررسی نحوه ارائه آموزش های لازم به پرستاران تریاژ و نظارت بر آموزش از طریق برگزاری آزمون های استاندارد ، اخذ اثر بخشی و ...
۵. بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راهکار با هماهنگی تیم مدیران اجرایی .
۶. نظارت بر اجرای تریاژ تنفسی طبق آخرین دستور العمل های ابلاغی از دانشگاه علوم پزشکی البرز .
۷. تعیین عوامل موثر بر تعیین تکلیف به موقع و صحیح بیماران بر اساس ضوابط ابلاغی و دستور العمل های مربوطه .
۸. کاهش طول اقامت بیماران بستری و اورژانس و عوارض ناشی از اقامت های طولانی .
۹. اجرا و نظارت مستمر بر دستور العمل های مرتبط با بیماران تنفسی و کووید ۱۹ .
۱۰. اجرا و نظارت مستمر بر استقرار استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان .
۱۱. پیش بینی و پیگیری ، تخصیص فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب جهت واحد تریاژ .
۱۲. ارتقاء رضایتمندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس .
۱۳. بررسی فرم های رضایت شخصی بیماران اورژانس و بررسی نتایج حاصله و اتخاذ راهکارهای مناسب .
۱۴. بررسی نحوه ارتقاء شاخص های مربوط به ایمنی بیمار .
۱۵. برنامه ریزی جهت ارتقاء فرآیند های بالینی اورژانس بیمارستان .

- ۱۶ . کاهش میزان مرگ و میر (Mortality) و ناتوانی (Morbidity) ناشی از دست رفتن زمان طلایی (Golden time) رسیدگی به بیماران .
- ۱۷ . بررسی مسائل مربوط در جریان بستری بیماران از ورود به بخش اورژانس تا بستری و ترخیص .
- ۱۸ . نظارت بر اجرای دقیق کلیه ضوابط و دستور العمل های مربوط به حوادث غیر مترقبه و سوانح و فوریت های پزشکی .
- ۱۹ . نظارت بر نحوه عملکرد خدمات آمبولانس بیمارستان .
- ۲۰ . بررسی مسائل مربوط به نحوه اعزام بیماران از بخش اورژانس به سایر مراکز درمانی .
- * بررسی مسائل مربوط به نحوه انتقال بیماران از بخش اورژانس به بخش های ویژه .**
- ۲۱ . نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل های استاندارد دارویی بخش اورژانس .
- ۲۲ . نظارت بر نحوه اجرای دستورالعمل احیای قلبی _ ریوی پایه پیشرفته (بزرگسال ، اطفال و نوزادان) ، برنامه کد احیاء ، شرح وظایف تیم احیاء و نحوه تکمیل فرم ثبت گزارش و نظارت بر عملیات احیاء .
- ۲۳ . نظارت بر اجرای دستورالعمل مقیمی طب اورژانس .
- ۲۴ . اقدام و برنامه ریزی های لازم در خصوص شناسایی خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات مورد نیاز اورژانس به صورت شبانه روزی و در اسرع وقت و با زمانبندی مشخص .
- ۲۵ . نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل مشاوره ها در اورژانس .
- ۲۶ . بررسی نحوه تعیین پست های نیروی انسانی در بخش اورژانس : ریاست بخش - گروه پزشکی (پزشک طب اورژانس، پزشک مقیم اورژانس، پزشک عمومی) - گروه پرستاری (سرپرستار، مسئول شیفت ، پرستاران) - منشی بخش _ کارکنان اداری (پذیرش ، ترخیص ، صندوق)
- ۲۷ . پیگیری انجام مصوبات کمیته قبل وارزیابی اقدامات انجام شده .

دستورالعمل کمیته آموزش

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، مدیر محترم پرستاری و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

کارشناس پرستاری یا کارشناس ارشد پرستاری و یا سایر گرایشهای پرستاری در مقطع ارشد رشته پرستاری که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر جلسه

سوپروایزر آموزش بیمارستان

توالی برگزاری جلسات

حداقل یکبار هر یک ماه

ترکیب اعضای کمیته

مدیر پرستاری- سوپروایزر آموزش - کارشناس هماهنگ کننده ی ایمنی بیمار- مسئول بهبود کیفیت- سوپروایزر کنترل عفونت- سرپرستاران بخش های بستری و کلینیک ، سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته تعیین می گردند.

نکته:

مدیریت پرستاری یا جانشین ایشان باید در تمام کمیته ها حضور داشته باشند . علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس کمیته تعیین می گردند. سرپرستاران بخش های بالینی و بخش های ویژه بر اساس موضوع کمیته و یا تعیین رئیس کمیته حضور می یابند.

اعضای موقت

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل هر یک ماه یکبار تشکیل می شود (با توجه به شرایط زمانی می تواند با هر فاصله زمانی پیشنهاد می گردد تشکیل شود)

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور دو سوم اعضا و حضور ریاست یا جانشین ایشان و دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم

صورتجلسه های کمیته ها

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد. و با توجه به تقسیم کار اعضا و مدت زمان تعیین شده در کمیته برای اقدامات، اجرای آنها توسط دبیر کمیته پیگیری خواهد شد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

ارزیابی عملکرد کمیته بر اساس شاخص های مصوب شامل: درصد جلسات برگزار شده هر کمیته طبق آیین نامه، درصد مصوبات تحقق یافته هر کمیته طبق مهلت زمانی تعیین شده ، میزان اثربخشی مصوبات تحقق یافته صورت می گیرد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و با توجه به پشتیبانی تیم مدیریتی و میزان تحقق مصوبات در راستای امکانات موجود، در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده میشود و کلیه مصوبات کمیته‌های بیمارستانی که اجرای آنها به تعویق افتاده و یا با مشکل مواجه می‌باشد در کمیته مدیریت اجرایی جهت حل مشکل مطرح شده و در صورت امکان ضمانت اجرایی می‌یابد.

رسالت کمیته

تقویت یادگیری و یادآوری و آموزش اثر بخش در ارتقاء سلامت کارکنان
تعیین ساختارهای آموزشی متناسب با نیازمندیها در راستای اعتلای آموزش و سلامت و نیز افزایش شاخص های رضایتمندی بیمار از کادر درمان.

اهداف کمیته

شناسایی و رفع عمده چالشهای ارتقاء آموزش و سلامت کارکنان و بیماران

اولویت قرار دادن بهبود سلامت در فرایندهای آموزشی

احترام و تکریم به بیمار در فرایند های آموزشی

مشارکت همه جانبه در فعالیت های توسعه آموزشی

تدرویج کار تیمی و آموزش بین حرفه ای

شرح وظایف کمیته آموزش

- برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت آموزش پزشکی بیمارستان در چارچوب سیاست ها و برنامه‌های بیمارستان

بازنگری برنامه‌های آموزشی اولویت بندی نیازهای آموزشی

- اصلاح روند ارزشیابی آموزشی، به کارگیری روش‌های جدید آموزشی و یادگیری و هدایت طرح‌های پژوهش در آموزش در حیطه آموزش بالینی.

- پایش مستمر عوامل مؤثر بر کیفیت آموزشی و ارائه بازخورد لازم به مراجع ذیربط.

- هدایت و نظارت بر فعالیت‌های آموزش بیمارستان
- تنظیم طرح‌های مربوط به تکنولوژی آموزشی و تدابیر لازم جهت کمبود تجهیزات آموزشی
- نظارت بر تنظیم برنامه‌های استفاده از فضای آموزشی (سالن کنفرانس، آمفی تئاتر و کلاس‌های درس)
- مشارکت فعال در جلسات کمیته آموزش
- مساعدت و همکاری با دبیر و رئیس جلسه جهت پیشبرد اهداف تعیین شده
- نظارت بر اجرای انجام برنامه‌ها و مقررات آموزشی در بخش‌ها و درمانگاه‌ها.
- پایش به موقع کمیته‌ها
- ارائه گزارش عملکرد فصلی واحد آموزش در کمیته‌ها
- ارائه گزارش شاخص‌های ماهانه در کمیته آموزش در کمیته‌ها

دستورالعمل کمیته اخلاق بالینی بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان رئیس کمیته اخلاق بالینی می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

دبیر کمیته اخلاق بالینی مستقیماً از سوی ریاست بیمارستان که رئیس کمیته اخلاق بالینی نیز می باشد، انتخاب می گردد. شرایط احراز دبیر کمیته کارشناس، کارشناس ارشد و یا دکتری پرستاری / مدیریت خدمات بهداشتی درمانی / روانشناسی می باشد.

دبیر کمیته:

مسئول حقوق گیرنده بیمارستان / رسیدگی به شکایات

توالی برگزاری:

حداقل ماهانه

ترکیب اعضای کمیته:

- ✓ مدیرعامل / رئیس بیمارستان
- ✓ مسئول فنی / مسئول ایمنی
- ✓ مدیر بیمارستان
- ✓ مدیر پرستاری
- ✓ مدیر بهبود کیفیت
- ✓ مدیر درمان
- ✓ مدیر مالی
- ✓ متخصص پزشکی قانونی
- ✓ متخصص اخلاق پزشکی و یا یکی از پزشکان نمونه مرکز
- ✓ نماینده پاراکلینیک ها
- ✓ سوپروایزر آموزشی
- ✓ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- ✓ مسئول مددکاری اجتماعی
- ✓ کارشناس ارتقا سلامت

اعضای موقت کمیته

در صورت صلاح دید ریاست کمیته و بر حسب نیاز از سایر پست های سازمانی در کمیته اخلاق بالینی ، بلاخص روانشناس مرکز دعوت به عمل خواهد آمد.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل ماهیانه تشکیل شوند. (باتوجه به شرایط بیمارستان می تواند با هر فاصله زمانی که پیشنهاد می گردد، تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا به شرط حضور ریاست و دبیر کمیته جلسه رسمیت خواهد داشت.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته

(حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه (به صورت الکترونیکی) که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد. ثبت و اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار رئیس کمیته اخلاق بالینی مرکز درمانی رسانده می شود.

در صورتی که مصوبه ای مرتبط با پیاده سازی سنجه های محور حقوق گیرنده خدمت، می بایستی در سایر کمیته ها مطرح گردد؛ دبیر کمیته اخلاق بالینی موارد را به اطلاع دبیر مربوطه رسانده و تا حصول نتیجه پیگیری نموده و نهایتاً در کمیته خود گزارش ارائه می نماید. (در صورت اجرایی نشدن مصوبه و نیاز به اخذ تصمیمات کلان، در کمیته مدیران اجرایی مطرح خواهد شد).

رسالت کمیته:

کمیته های اخلاق بالینی به عنوان نهاد سیاست گذار، ناظر و تصمیم ساز و با هدف افزایش میزان رعایت استانداردهای اخلاق حرفه ای و بالینی در ارائه خدمات سلامت در محیط های بالینی به ویژه بیمارستان ها تشکیل می شوند. فلسفه وجودی کمیته های اخلاق بالینی، تأمین، حفظ و ارتقاء اعتماد میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت و پاسداری از حقوق بیمار و ارائه کنندگان خدمت و ارتقاء اخلاق سازمانی است. این کمیته ها تلاش می کنند تا با ترکیبی متنوع، رسالت خود را به صورت همه جانبه به انجام برسانند.

اهداف:

اهم اهداف این کمیته ها شامل توجه به اصول و ارزش های انسانی اسلامی در ارائه خدمات سلامت، آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت های اجتماعی، پاس داشت کرامت انسانی و حقوق بیماران مندرج در منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران و پایش، نظارت و ارزیابی آن در چارچوب نظام سامان مند کمک به حل چالش های اخلاقی در محیط های بالینی بیمارستان، ارتقاء آگاهی و حساسیت اخلاقی همه ذی نفعان نسبت به جنبه های اخلاقی ارائه خدمات سلامت، تأمین، حفظ و ارتقاء اعتماد متقابل بین گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت، حفظ اعتبار و شهرت بیمارستان به عنوان یک نهاد اجتماعی اخلاق مدار و ترویج مفاهیم تعهد حرفه ای است.

شرح وظایف کمیته اخلاق بالینی

به منظور تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان در سه حیطه شرح وظایف مرتبط با بیمار، همکاران و جامعه تدوین شده است .

گام اول در مسیر تحقق این استاندارد، شناسایی مبانی اخلاق حرفه ای در تمامی گروه های شغلی و برنامه ریزی جهت ارتقای آن در همه سطوح سازمان می باشد. تمامی مشاغل در ارتباط مستقیم با بیماران و مراجعین در گروه های پزشکی و غیر پزشکی می بایستی در اولویت برنامه ریزی و اقدام قرار گیرند.

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای بالینی در ارتباط با بیمار عبارت است از:

۱. بررسی میزان مشارکت بیمار در تصمیم گیری های مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و موانع موجود در اجرایی شدن این بند. در این خصوص آموزش توسط پزشک و پرستار درمورد نوع عمل جراحی انجام و رضایت آگاهانه طبق تشخیص و نوع عمل جراحی از بیمار اخذ می گردد.

۲. بررسی میزان رعایت احترام به بیمار و همراه وی، رعایت احترام به عقاید بیمار و رعایت حریم خصوصی و موانع موجود در اجرایی شدن این بند. (ارائه خدمت به مراجعان بدون در نظر گرفتن نژاد و ملیت و دین که جهت اجرایی شدن آن، کلاس های آموزشی ارتباط موثر و نحوه رعایت حقوق گیرنده خدمت سالیانه برگزار می شود. همچنین در راستای نظارت بر رضایت گیرندگان خدمت نظرسنجی پس از ترخیص می بایستی صورت پذیرد).

۳. بررسی میزان اجرایی شدن دستورالعمل بیمارستان درمعاینه بیماران غیرهم جنس. (رعایت انطباق جنسیتی و ارائه خدمت توسط پرسنل همگن و یا حضور کارکنان همگن در هنگام معاینه یا ارائه خدمت).

۴. ارائه گزارشات مرتبط با ارائه آموزش کافی به بیمار. (آموزش به بیماران در تمامی مراحل شامل بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص می بایستی صورت پذیرد).

۵. ارائه گزارشات مرتبط با رعایت حقوق بیمار درآموزش و پژوهش (بیمارستان های دانشگاهی)

۶. ارائه گزارشات مرتبط با دریافت وجه خارج از صندوق بیمارستان

۷. ارائه گزارشات آماری مرتبط با تعداد و درصد شکایات (به تفکیک نوع و قسمت مربوطه) و نهایتا تحلیل ریشه ای شکایات و در نظر گرفتن مصوباتی در راستای ممانعت از تکرار شکایات

۸. ارائه گزارشات ناشی از تحمیل هزینه بی مورد و تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار توسط تمامی پرسنل

۹. بررسی موارد عدم رعایت راهنماهای طبابت بالینی توسط گروه درمان و اجرای کوریکولوم های پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک

۱۰. ارائه گزارشات آماری در راستای رضایت سنجی از گیرندگان خدمت (بیماران و همراهان)

۱۱. ارائه گزارشات متناقض با ایمنی بیمار

۱۲. ارائه گزارشات مرتبط با میزان صداقت تیم پزشکی با بیمار، ارائه اطلاعات مناسب و بروز به بیمار، رعایت مسائل اخلاقی و قانونی آموزش اخلاق بالینی از سوی کارکنان (پزشکان، پرستاران)

۱۳. بررسی موارد نقض منشور حقوق بیمار در بیمارستان

۱۴. اطمینان از وجود ایستگاه اطلاعات و راهنمایی بیماران در درمانگاه ها (با سائز بزر با تشخیص کمیته اخلاق بالینی)

۱۵. تبیین روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی (کمیته اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس دستورالعملی مدون در خصوص روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی تدوین نماید. همچنین افراد/مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار/قیم قانونی وی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آنها برنامه ریزی لازم به عمل آید). در خصوص نحوه جبران خسارت وارده، به صورت موردی در کمیته اخلاق بیمارستان تصمیم گیری خواهد شد. بدیهی است بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط با آن اعم از هتلینگ، دارو و لوازم و ... مسئولیتی نخواهد داشت. باید توجه داشت که بیمار بابت طولانی شدن مدت بستری و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته هزینه ای پرداخت ننماید. استفاده از ظرفیت های بیمه مسئولیت حرفه ای می تواند در این زمینه کمک کننده باشد. کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران/مراجعین هستند لازم است در خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه در خصوص برقراری ارتباط با بیمار آموزش دیده، در این خصوص مهارت لازم را دارند. سایر کارکنان که درگیر بروز آسیب به بیماران/مراجعین نیستند نیز در خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه و پس از آن در خصوص برقراری ارتباط با بیمار آموزش دیده، در این خصوص مهارت لازم را داشته باشند.

➤ تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان و حداقل شامل موارد ۱۵ گانه وقایع تهدید کننده حیات است

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۲. واکنش ناشی از تزریق خون ناسازگار
۳. آسیب حین تولد نوزاد
۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۷. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی

۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مر یا عارضه پایدار
 ۹. خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 ۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیماران بستری
 ۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار
 ۱۲. تکرار موارد منجر به مر یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
 ۱۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مر یا عوارض پایدار
 ۱۴. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مر یا عارضه پایدار
 ۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار منجر به مر یا عارضه پایدار
- دسته بندی ذیل از منظر میزان و شدت آسیب وارده به بیمار / مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته می باشد که می تواند در تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد.

- مخاطرات (وضعیت / شرایطی) که دارای ظرفیت خطا بوده اند.
- خطایی که به بیمار نرسیده است
- خطایی که به بیمار رسیده است اما سبب صدمه نشده است.
- خطایی که به بیمار رسیده است و نیازمند پایش به منظور بررسی و تایید این موضوع است که آسیبی به بیمار وارد نشده است.
- آسیبهای موقت، نیازمند مداخله
- آسیبهای موقت، نیاز به بستری یا طولانی کردن بستری
- آسیب دائمی به بیمار
- مداخله برای حفظ زندگی

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای بالینی در ارتباط با همکاران عبارت است از:

۱. بررسی میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از طریق نظارت مدیر درمان / مسئول فنی بیمارستان صورت می پذیرد و گزارشات موارد نقض به تیم رهبری و مدیریت داده می شود.
۲. بررسی شکایات و موارد نارضایتی همکاران از پزشک و یا پرستار مربوطه
۳. تصمیم گیری در رابطه با پزشکانی که برنامه مقیمی و آنکالی خود را رعایت نمی نمایند.
۴. تصمیم گیری در رابطه با پزشکانی در محدوده زمانی تعیین شده به عنوان پزشک معالج، مشاور، مقیم و آنکال بر بالین بیماران حاضر نمی شوند.
۵. تصمیم گیری در رابطه با پرستارانی که اخلاق حرفه ای را رعایت نمی نمایند و در رابطه با حضور در شیفت بی نظمی می نمایند.

***نکته:** به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سو رفتار حرفه ایی کارکنان توسط کمیته اخلاق بیمارستانی تعیین گردد.

۶. طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای توسط پرسنل مرتبط

۷. تصمیم گیری در راستای نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان بیمارستان

۸. تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند توضیح به مراجعین/ بیمار/ همراهان را انجام دهند.

۹. تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند اظهار پشیمانی و عذرخواهی از مراجعین/ بیمار/ همراهان را انجام دهند.

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای بالینی در ارتباط با جامعه عبارت است از:

۱. تصمیم گیری در رابطه با فعالیت های آموزشی در راستای توسعه فرهنگ اخلاق حرفه ای و بیمار محوری در بیمارستان
۲. همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی با هدایت دبیر کمیته مدیریت خطر و حوادث بلایا صورت می گیرد و کارکنان در این خصوص آموزش های لازم را دریافت می نمایند.
۳. به منظور بهبود در دسترسی به خدمات اطلاع رسانی خدمات پزشکی و کلینیک ها در سایت، تلگرام و اینستاگرام بیمارستان انجام می شود.
۴. به منظور ارائه صادقانه گزارش ها و گواهی های پزشکی تایید پزشک معتمد بیمارستان برای تمامی استعلاجی های کارکنان بیمارستان وجود دارد.
۵. رعایت شان حرفه پزشکی در شبکه های اجتماعی ارائه گزارش ها و خبرها در تلگرام، سایت و اینستاگرام با رعایت شئون اسلامی و قانونی صورت می پذیرد.
۶. برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی به تمامی پرسنل در کلاس های رعایت حقوق گیرنده خدمت آموزش داده می شود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، بر پیاده سازی این استاندارد نظارت دارد. عدم افشای بیماری عفونی و رفتاری مددجو در زمان بستری بودن وی و رعایت حریم بیمار در تمامی مراحل درمان و همچنین حفظ محرمانگی بیماران دچار بیماری های خاص (ایدز- هپاتیت و ...) در بیمارستان صورت می پذیرد.

نکته ۱: در این موارد می بایستی از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

نکته ۲: در مجموع دبیر کمیته اخلاق بالینی می بایستی نسبت به اجرایی شدن سنجه های محور حقوق گیرنده خدمت اهتمام ورزد و گزارشی از وضعیت میزان اجرایی شدن سنجه ها در کمیته اخلاق بالینی ارائه نماید.

دستور العمل کمیته پری ناتال بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، رئیس بیمارستان به عنوان رئیس کمیته و جانشین منتخب ایشان مدیر گروه زنان می باشد

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

یک نفر کارشناس مسلط و آگاه مامایی یا پرستاری که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد

دبیر کمیته

رابط مرگ ومیر پری ناتال – ماما مسئول بلوک زایمان- سرپرستار بخش نوزادان – NICU

توالی برگزاری

جلسات ماهیانه تشکیل می گردد (در بیمارستان هایی که فاقد بلوک زایمان و بخش نوزادان می باشند به صورت فصلی تشکیل می گردد)

ترکیب اعضاء کمیته

رئیس بیمارستان / رئیس کمیته
رئیس بخش / مدیر گروه زنان
پزشک متخصص اطفال
مدیر پرستاری
ماما مسئول بلوک زایمان
رابط مرگ ومیر پری ناتال
سر پرستار اتاق عمل / کارشناس ارشد بیهوشی
مسئول بهبود کیفیت ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، سوپروایزر
آموزشی

اعضاء موقت کمیته

طبق دستور کار جلسه اعضاء مرتبط به صورت مهمان در جلسه حضور دارند و دبیر کمیته مسئول دعوت و پیگیری مصوبات می باشد

برنامه زمانی تواتر جلسات کمیته

ماهانه

نحوه به رسمیت شناختن کمیته

جلسه با حضور رئیس جلسه/جانشین منتخب ایشان و نصف دیگر اعضا رسمیت پیدا خواهد کرد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات

- ۱- صورت جلسات در فرم طراحی شده طبق استاندارد اعتباربخشی (ارسالی از دانشگاه) ثبت می گردد
 - ۲- پس از اتمام هر جلسه، دبیر کمیته موظف است مصوبات و نکات مورد نیاز را در فرم صورتجلسه به صورت دستی و خوانا ثبت کند و امضاء اعضاء را در فرم حضور غیاب تهیه کرده و در نهایت صورتجلسه را به امضاء ریاست بیمارستان برساند.
 - ۳- دبیر کمیته مستندات نوشته شده را حداکثر تا یک هفته بعد از تشکیل جلسه جهت تایپ و تهیه فایل الکترونیکی به مسئول هماهنگی کمیته ها تحویل خواهد داد
- در صورت تحویل مستندات دبیر کمیته موظف به تهیه فایل الکترونیکی از صورتجلسه خواهد بود. از امضاء افراد حاضر در جلسه یک نسخه کپی در دفتر مسئول هماهنگی کمیته ها بایگانی خواهد شد و نسخه اصلی در اختیار دبیر کمیته خواهد بود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورتجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها می باشد

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

- ۱- مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته ها دبیر همان کمیته می باشد دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیریهای لازم و مستمر را انجام دهد و در جلسه یا

جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات رابه تیم مدیریت اجرایی ارائه کند و تیم اجرایی در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته ها

۱- ارزیابی عملکرد کمیته ها باتدوین فرم ارزیابی عملکردی با شاخص های

تعداد جلسات -تعداد مصوبات-درصد مصوبات اجرا شده ودر حال اجرا-اجراننده- درصد حضور اعضا و غائبین در بازه زمانی سه ماهه انجام خواهد شد

۲- ارزیابی کیفی کمیته ها (مصوبات اجرا نشده و علت آن) در بازه زمانی سه ماهه انجام خواهد شد

پایش اثربخشی کمیته ها

پایش اثربخشی کمیته ها با توجه به بررسی مشکلات اجرای مصوبه ها و مداخلات اصلاحی و میزان دسترسی به اهداف در بازه زمانی سه ماهه انجام خواهد شد

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

۱- کارشناس بهبود کیفیت (دبیر کمیته سنجش وپایش) که به عنوان مسئول کمیته ها نقش مهمی در شرایط برگزاری کمیته ها ایفای کند علاوه بر دبیری کمیته مذکور، مسئول هماهنگی و برگزاری دیگر کمیته ها میباشد. این امر در تعامل هرچه بهتر کمیته ها مسمثر خواهد بود

۲- جلسات تیم مدیریت اجرایی نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده و دبیر آن، مسئول هماهنگی کمیته ها، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئول دفتر بهبود کیفیت نیز می باشد. همپوشانی این مسئولیت ها تعامل و ارتباط بین کمیته های بیمارستانی را افزایش دهد.

۳- برگزاری جلسات با دبیران کمیته باعث تعامل موثر بین کمیته ها خواهد شد

رسالت کمیته پری ناتال :

۱- شکل کمیته پری ناتال طبق برنامه زمان بندی و حضور اعضا براساس دستورکار تعیین شده می باشد

۲- تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی در موضوع مهم خطاهای پزشکی مرتبط با پری ناتال

۳- کاهش مرگ و میر پری ناتال

۴- مرگ و میر پری ناتال به عنوان شاخص سلامت و مراقبت‌های بهداشتی زمان تولد مورد استفاده قرار می‌گیرد. آگاهی از علل عمده و عوامل مؤثر بر مرگ و میر پری ناتال در برنامه‌ریزی صحیح جهت تقویت سیستم‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان و نوزادان در جامعه نقش عمده‌ای دارد

هدف اصلی کمیته پری ناتال :

ارتقاء سلامت نوزادان و کاهش مرگ و میر آنها

اهداف اختصاصی کمیته پری ناتال:

۱- گسترش امکان دسترسی مادران و نوزادان به خدمات تشخیصی و درمانی

۲- توسعه مراکز مراقبت‌های نوزادان و در دسترس بودن مراقبت‌های ویژه برای نوزادان پرخطر

۳- استفاده بهینه از منابع و امکانات (ساختاری-تجهیزاتی-نیروی انسانی)

۴- شناسایی مشکلات دوران بارداری

۵- ارائه خدمات متناسب با مشکلات مادران و نوزادان

۶- ارتقاء سطح آگاهی کارکنان و مادران در زمینه آموزش

۷- پیشگیری از خطاهای پزشکی مرتبط با مرگ پری ناتال

۸- کاهش مرگ و میر پری ناتال با بررسی علل دقیق مرگ و میر پری ناتال

شرح وظایف کمیته پری ناتال :

۱- بحث و بررسی لیست پیشنهادی مداخله‌ها مرگ پری ناتال ، استخراج شده از نتایج بررسی و جدول نرخ

مرگ بر حسب وزن و علل مرگ

۲- مصوب کردن مداخله‌ها بر اساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان

۳- تعیین بخش یا سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله

۴- ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده

۵- تعیین مسئولین اجرای پایش و ارزیابی برچگونگی اجرای مداخله‌ها تصویب شده در بیمارستان.

علاوه بر وظایف اصلی

- ۶- پیگیری مدیریتی و ارتقاء کمیته های بیمارستانی در حوزه مامایی با پیگیری یک ناظر مدیریتی در دفاتر پرستاری
- ۷- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال به صورت محرمانه به دانشگاه
- ۸- برخورد با مواردیکه قصور یا تقصر اتفاق افتاده در حدود اختیارات بیمارستان
- ۹- با توجه به تجربیات کمیته پیشگیری از مرگ های ناشی از خطای نیروی انسانی
- ۱۰- شناسایی کمبود تجهیزات پزشکی که آسیب زا هستند و گزارش جهت تهیه تجهیزات مورد نظر
- ۱۱- برگزاری دوره های آموزشی مرتبط به مورتالیتته و مورییدیتی و مرتبط با موضوعات کمیته
- ۱۲- پیگیری مشکلات اعزام یا درخواست انجام برخی از موارد از طریق معاونت درمان، اداره اورژانس استان و فوریت های پزشکی

نکته

کمیته پری ناتال زیر کمیته مرگ ومیر،عوارض ،آسیب شناسی ونسوج می باشد

دستورالعمل کمیته تریاژ بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان رئیس کمیته تریاژ (زیر مجموعه کمیته اورژانس) می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

دبیر کمیته تریاژ مستقیماً از سوی ریاست بیمارستان که رئیس کمیته تریاژ نیز می باشد، انتخاب می گردد. شرایط احراز دبیر کمیته کارشناس، کارشناس ارشد پرستاری با حداقل ۵ سال سابقه فعالیت در اورژانس که ۱ سال آن در واحد تریاژ است، می باشد.

دبیر کمیته:

سرپرستار اورژانس / پرستار تریاژ

توالی برگزاری:

ماهانه / در مراکز تک تخصصی فصلی

ترکیب اعضای کمیته:

- ✓ مدیرعامل / رئیس بیمارستان
- ✓ مسئول فنی / مسئول ایمنی
- ✓ مدیر بیمارستان
- ✓ مدیر پرستاری
- ✓ مدیر بهبود کیفیت
- ✓ مدیر درمان
- ✓ رئیس بخش اورژانس
- ✓ متخصص طب اورژانس (برای بیمارستان های با ورودی بالای ۳۰۰۰۰ در سال)
- ✓ سوپروایزر بالینی
- ✓ سوپروایزر آموزشی
- ✓ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

اعضای موقت کمیته

در صورت صلاح دید ریاست کمیته و بر حسب نیاز از سایر پست های سازمانی در کمیته تریاژ دعوت به عمل می آید. بلاخص پزشکان متخصصی که با توجه به نوع فعالیت بیمارستان و بار مراجعان بیشترین ویزیت را در اورژانس به عنوان پزشک مشاور/معالج دارند. دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده مسئول برگزاری کمیته های بیمارستانی می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته ماهانه تشکیل شوند. (تواتر جلسات کمیته برای بیمارستان های تک تخصصی فصلی می باشد.)

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا به شرط حضور ریاست و دبیر کمیته جلسه رسمیت خواهد داشت.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته

(حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه (به صورت الکترونیکی) که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط مسئول برگزاری کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد. ثبت و اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

- نتایج حاصل از شاخص های میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح تریاژ ، درصد رضایت شخصی اورژانس (به همراه تحلیل دلایل آن) و میزان رضایتمندی بیماران از واحد تریاژ میزان اثربخشی مصوبات کمیته را نشان خواهد داد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار رئیس کمیته اورژانس/تریاز مرکز درمانی رسانده می شود.

دستور کار کمیته تریاژ بر اساس دستورالعمل کشوری تریاژ بخش اورژانس بیمارستانی، ویرایش چهارم، زمستان ۹۹ می باشد و در صورتی که مصوبه ای مرتبط با پیاده سازی سنجه های اعتباربخشی و دستورالعمل مذکور می بایستی در سایر کمیته ها مطرح گردد؛ دبیر کمیته تریاژ موارد را به اطلاع دبیر

مربوطه رسانده و تا حصول نتیجه پیگیری نموده و نهایتاً در کمیته خود گزارش ارائه می نماید. (در صورت اجرایی نشدن مصوبه و نیاز به اخذ تصمیمات کلان، در کمیته مدیران اجرایی مطرح خواهد شد.)

رسالت کمیته:

تریاز، یک سیستم اولویت بندی جهت مدیریت پذیرش بیماران در بخش اورژانس بیمارستان می باشد که با تنظیم زمان یا تخصیص منابع و تسهیلات مورد نیاز برای هر بیمار، به جستجوی راه های مراقبت از بیماران در حداقل زمان انتظار، می پردازد. مفهوم تریاز در ابتدا به منظور تخصیص منابع و مراقبت های پزشکی در موارد بالا و حوادث با مصدومین انبوه ایجاد شد. اما از آنجایی که شلوغی بیش از حد در بخش اورژانس، به دلیل محدودیت منابع موجود از جمله نیروی انسانی، فضا و تجهیزات، موجب کاهش کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار و افزایش هزینه های مراقبت گردید، امروزه در کشورهای توسعه یافته، دستورالعمل تریاز بیمارستانی جهت کاهش میزان خطای مراقبتی و درمانی و با هدف ارتقای کیفیت و ایمنی بیماران در نظر گرفته شده است. آیین نامه حاضر بر اساس کمیته تخصصی کشوری تریاز اورژانس بیمارستان در اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی و با لحاظ نمودن شرایط جاری کشور در اپیدمی های عفونی به ویژه کووید-۱۹ و لزوم تسهیل در ارائه خدمات تخصصی و تقسیم بندی بیماران عفونی و غیر عفونی، تدوین گردیده است. امید است با مدیریت منابع و بهره گیری از الگوهای ابلاغی در دستورالعمل حاضر، گام موثری در ارائه خدمات بهنگام در بخش اورژانس بیمارستان های کشور برداشته شود.

اهداف:

هدف از برگزاری کمیته تریاز در بخش اورژانس پاسخگویی به این سؤال است که "آیا اولویت بندی بیماران و هدایت مناسب جهت تعیین تکلیف بیماران در تریاز به درستی صورت می پذیرد؟" در هر بخش اورژانس، برای راه اندازی موفق سیستم تریاز، داشتن الگوی عملی مشخص و مناسب تریاز، همراه با دستورالعمل های کاربردی امری حیاتی است. راه اندازی فرآیند علمی و سامانه تریاز و حصول نتایج مطلوب فقط با حمایت و همکاری همه جانبه بخش اورژانس، مدیران و مسئولان بیمارستان میسر خواهد شد.

شرح وظایف کمیته تریاز

در کمیته تریاز جهت سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت های بهداشتی و ارزشیابی خدمات در سه حیطه ذیل بررسی ها به عمل می آید:

الف: ساختاری (فضای فیزیکی، تجهیزات، نیروی انسانی)

ب: فرآیندی (دسته بندی تشخیصی و درمانی، رهبری و مدیریت مراقبت بیماران)

ج: برآیندی (پایش)

ساختار به معنای زمینه ای است که خدمات در آن ارایه می شود، فرآیند به معنای مراحل ارائه خدمات و برآیند به معنای تأثیر خدمات بر وضعیت سلامت بیماران و مردم است. بنابراین شرح وظایف این کمیته شامل:

۱. فرهنگ سازی و ایجاد بستر مناسب برای اجرای تریاژ در بیمارستان
۲. پیش بینی و پیگیری تخصیص فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استانداردهای واحد تریاژ
۳. تعیین تیم پرستاری خبره و کارآمد ویژه تریاژ
۴. انجام هماهنگی با کارگروه راهبردی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه در خصوص اجرای برنامه های آموزشی تریاژ
۵. نظارت بر نحوه آموزش پرستاران از طریق برگزاری آزمون های استاندارد
۶. راه اندازی سامانه تریاژ الکترونیک
۷. نظارت بر نحوه ی ثبت اطلاعات توسط پرستار تریاژ
۸. معرفی سامانه تریاژ به سایر کارکنان مرتبط بر حسب نیاز
۹. ارزیابی عملکرد تریاژ از طریق پایش و ارزیابی منظم توسط اعضا کمیته، مدرسان تریاژ و سوپروایزر آموزشی
۱۰. تشکیل جلسات منظم تریاژ در کمیته اورژانس بیمارستانی و ارائه گزارش عملکرد به کارگروه راهبردی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه مربوطه
۱۱. بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ صحیح و ارائه راهکار با هماهنگی اعضای کمیته
۱۲. برنامه ریزی جهت حفظ آمادگی دائمی بیمارستان جهت مشارکت فعال و مؤثر و همه جانبه در حیطه تریاژ بیماران در موارد وقوع حوادث غیر مترقبه

دستورالعمل کمیته هدایت پرستاری بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، مدیر پرستاری به عنوان رئیس کمیته انتخاب می گردد

جانشین منتخب ایشان سوپروایزر آموزشی می باشد

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

یک نفر کارشناس مسلط و آگاه پرستاری که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد

دبیر کمیته

سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - سرپرستار - کارشناس پرستاری - منشی دفتر پرستاری

توالی کمیته

جلسات ماهیانه تشکیل می گردد

اعضاء کمیته

مدیر پرستاری

مدیر بیمارستان

سوپروایزر آموزشی

سر پرستاران بخش ها

سوپروایزران یا سوپروایزر ارشد بیمارستان

مسئول بهبود کیفیت ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - سوپروایزر کنترل عفونت - کارشناس اخلاق حرفه

ای - سوپروایزر ارتقاء سلامت و مراقبت در منزل

اعضاء موقت کمیته

طبق دستور کار جلسه اعضاء مرتبط به صورت مهمان در جلسه حضور دارند ودعوت وپیگیری حضور اعضاء موقت توسط دبیر کمیته انجام می شود

برنامه زمانی تواتر جلسات کمیته

ماهانه

نحوه به رسمیت شناختن کمیته

جلسه با حضور رئیس جلسه/جانشین منتخب ایشان و نصف دیگر اعضا رسمیت پیدا خواهد کرد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات

- ۱- صورت جلسات در فرم طراحی شده طبق استاندارد اعتباربخشی (ارسالی از دانشگاه)ثبت می گردد
 - ۲- پس از اتمام هر جلسه، دبیر کمیته موظف است مصوبات و نکات مورد نیاز را در فرم صورتجلسه به صورت دستی و خوانا ثبت کند و امضاء اعضاء را در فرم حضور غیاب تهیه کرده و در نهایت صورتجلسه را به امضاء ریاست بیمارستان برساند.
 - ۳- دبیر کمیته مستندات نوشته شده را حداکثر تا یک هفته بعد از تشکیل جلسه جهت تایپ و تهیه فایل الکترونیکی به مسئول هماهنگی کمیته ها تحویل خواهد داد
- در صورت تحویل مستندات دبیر کمیته موظف به تهیه فایل الکترونیکی از صورتجلسه خواهد بود. از امضاء افراد حاضر در جلسه یک نسخه کپی در دفتر مسئول هماهنگی کمیته ها بایگانی خواهد شد و نسخه اصلی در اختیار دبیر کمیته خواهد بود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورتجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها میباشد

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

- ۱-مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته ها دبیر همان کمیته می باشد

۲- دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیریهای لازم و مستمر را انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات را به تیم مدیریت اجرایی ارائه کند و تیم اجرایی در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته ها

۱- ارزیابی عملکرد کمیته ها باتدوین فرم ارزیابی عملکردی با شاخص های

تعداد جلسات -تعداد مصوبات-درصد مصوبات اجرا شده ودر حال اجرا-اجرائشده- درصد حضور اعضا و غائبین در بازه زمانی سه ماهه انجام خواهد شد

۲- ارزیابی کیفی کمیته ها (مصوبات اجرا نشده و علت آن) در بازه زمانی سه ماهه انجام خواهد شد

پایش اثربخشی کمیته ها

پایش اثربخشی کمیته ها با توجه به بررسی مشکلات اجرای مصوبه ها و مداخلات اصلاحی و میزان دسترسی به اهداف در بازه زمانی سه ماهه انجام خواهد شد

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

۱- کارشناس بهبود کیفیت (دبیر کمیته سنجش و پایش) که به عنوان مسئول کمیته ها نقش مهمی در شرایط برگزاری کمیته ها ایفای کند علاوه بر دبیری کمیته مذکور، مسئول هماهنگی و برگزاری دیگر کمیته ها می باشد. این امر در تعامل هرچه بهتر کمیته ها مسموثر خواهد بود

۲- جلسات تیم مدیریت اجرایی نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده و دبیر آن، مسئول هماهنگی کمیته ها، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئول دفتر بهبود کیفیت نیز می باشد. همپوشانی این مسوئولیت ها تعامل و ارتباط بین کمیته های بیمارستانی را افزایش دهد.

۳- برگزاری جلسات با دبیران کمیته باعث تعامل موثر بین کمیته ها خواهد شد

رسالت کمیته هدایت پرستاری :

۱- تشکیل کمیته هدایت پرستاری طبق برنامه زمان بندی و حضور اعضا براساس دستور کار تعیین شده می باشد

۲- هدایت کارکنان پرستاری برای ارائه فعالیت های پرستاری طبق استانداردهای تعیین شده معاونت پرستاری دانشگاه و وزارت متبوع

۳- توانمند سازی کارکنان پرستاری با برگزاری برنامه های آموزشی و پژوهشی

هدف اصلی کمیته هدایت پرستاری :

کنترل و تضمین خدمات پرستاری در بیمارستان است.

اهداف اختصاصی کمیته هدایت پرستاری:

۱- ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری طبق استاندارد

۲- ارتقاء سطح ایمنی بیماران و سطح سلامت و کاهش خطاهای پرستاری

۳- ارتقاء سطح ایمنی و سلامت کارکنان (حفاظت درمقابل بیماری های عفونی- معاینات ادواری- بهداشت حرفه ای)

۴- رعایت حقوق بیماران طبق منشور حقوق بیماران و برنامه ریزی آموزشی و خومراقبتی

۵- رعایت حقوق کارکنان پرستاری طبق منشور حقوق کارکنان پرستاری

۵- ارتقاء سطح رضایتمندی بیماران و برقراری امکانات رفاهی جهت بیماران

۶- ارتقاء سطح رضایتمندی کارکنان و برقراری امکانات رفاهی جهت کارکنان

۷- ارتقاء سطح آگاهی و عملکردی کارکنان پرستاری و با برنامه ریزی آموزشی و پژوهشی

۸- استفاده بهینه از منابع موجود

۹- ارتقاء انتقال اطلاعات به مسئولین ذیربط (گزارش دهی)

۱۰- استفاده از اطلاعات و فن آوری ها طبق آخرین دستاوردها

شرح وظایف کمیته هدایت پرستاری :

۱- تعیین دستور کار کمیته هدایت پرستاری با توجه های شاخص های مورد نظر

- ۲- بررسی بودجه از نظر تخمین تامین بودجه جهت برنامه های پرستاری و آموزشی
- ۳- شناسایی مشکلات و معضلات عملکرد امور پرستاری و رهیابی جهت حل آنها
- ۴- طراحی برنامه ریزی اجرایی جهت تحقق اهداف
- ۵- برنامه ریزی در خصوص حوادث در بلایا و تشکیل تیم اضطراری ، آمادگی و پاسخ دهی به حوادث و بلایا (با حضور مسئول بحران بیمارستان در کمیته)
- ۶- تلاش مستمر در جهت بهبود کیفیت و بهبود عملکرد کارکنان پرستاری با استفاده از ابزارهای استاندارد (تعیین تیم ارزیابی- شناسایی فرایندها- تدوین چک لیست ها- کنترل و نظارت بر عملکرد کارکنان- اقدامات اصلاحی)
- ۷- سنجش رضایتمندی بیماران درباره های زمانی تعیین شده از ارائه خدمات پرستاری و بررسی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رضایتمندی بیماران در کمیته و انجام مداخلات اصلاحی
- ۸- سنجش رضایتمندی کارکنان درباره های زمانی تعیین شده و بررسی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رضایتمندی بیماران در کمیته و انجام مداخلات اصلاحی
- ۹- تعیین خط مشی ها دستورالعمل ها و روش ها اجرایی با هماهنگی واحد بهبود کیفیت
- ۱۰- بررسی قصور و خطاهای پرستاری کارکنان پرستاری و برنامه ریزی اصلاحی جهت کاهش خطاها
- نظارت بر حسن اجرای پرونده نویسی و ثبت و گزارشات پرستاری
- ۱۱- برآورد نیروی انسانی بخش ها و تعیین نیاز بخش ها به نیروی انسانی و تامین نیروی بخش ها
- ۱۲- برنامه ریزی آموزشی و آشناسازی نیروهای جدیدالورود
- ۱۳- تعیین صلاحیات نیروهای جدیدالورود و نیروهای شاغل
- ۱۴- پرورش نیروی انسانی و بهسازی نیرو و برنامه ریزی جهت تربیت نیروی انسانی جهت پست های کلیدی (تشکیل بانک نیروی انسانی و جانشین پروری)
- ۱۵- بررسی بیماری های عفونی و اپیدمی بیماری ها (با اولویت کووید ۱۹) و رعایت احتیاطات استاندارد و بهداشت دست و دریافت گزارش از سوپروایزر کنترل عفونت در کمیته

۱۶- بررسی برنامه ریزی ماهیانه بخش ها (استفاده از نرم افزار ارتقاء بهره وری - متوازن بودن برنامه - همگن بودن برنامه - و.....)

۱۷- بررسی مشکلات نتایج بازدیدهای درون بخشی و برنامه ریزی در جهت رفع مشکلات

۱۸- بررسی مشکلات نتایج بازدیدهای برون بخشی و برنامه ریزی در جهت رفع مشکلات

۱۹- ارزشیابی کارکنان طبق حدود انتظار و شرح وظایف تعریف شده و بررسی نتایج ارزشیابی در کمیته پرستاری

۲۰- برنامه ریزی درخصوص برگزاری روزهای خاص (روز پرستار-ماما و....)

دستور العمل کمیته اقتصاد درمان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

دبیر این کمیته داروساز بالینی (در صورت وجود) / ناظر دارویی (در صورت وجود) / مسئول بخش دارویی (در صورت مدیریت توسط دانشگاه یا بیمارستان) / مهندس تجهیزات پزشکی

دبیر کمیته :

ناظر دارویی بیمارستان و مسئول تجهیزات پزشکی

توالی برگزاری :

ماهانه

ترکیب اعضاء :

رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر بیمارستان - مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - مسئول حراست - رئیس واحد بهبود کیفیت - سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول فن آوری اطلاعات - مسئول فنی داروخانه - ناظر دارویی - مسئول تجهیزات پزشکی - کارشناس امور مالی - رابط کمیته های بیمارستانی / مسئول واحد بهبود کیفیت - سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین می گردد.

نکته :

- رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات کمیته ها حضور داشته باشد .

- نماینده دفتر بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.
- علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است ، سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

اعضای موقت کمیته :

- بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردد.
- دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

جلسات کمیته هر ماه یکبار با توجه به دستورالعمل های اعتباربخشی تشکیل شوند.

نحوه رسمیت یافتن کمیته :

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم

صورتحلله های کمیته):

صورتحللهات توسط دبیر کمیته در فرم صورتحلله که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب ، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی ، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده ، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتحلله امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسات و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته :

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده ، اثربخشی انجام مصوبه ، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند .

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی :

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده ، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده می شود . مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید .

رسالت :

۱. ارائه خدمات سلامت منطبق با نیازهای مراجعین با رعایت بهبود مستمر کیفیت خدمات

۲. توجه به آموزش مداوم ، مهارت آموزی پرسنل و تامین نیروی انسانی در راستای ایمنی بیمار

۳. تقویت روحیه همبستگی و علاقه به خدمت رسانی به بیماران در میان پرسنل

۴. بیمارمحوری و جلب رضایتمندی مراجعین

۵. ایجاد رفاه و افزایش رضایتمندی پرسنل

۶. استقرار سنجه های اعتباربخشی

۷. ایجاد تعامل سازنده با سازمانهای ذینفع در راستای ایجاد عدالت در سلامت

۸. بهره گیری از دانش و تجارب ارزشمند کادر درمانی مجرب در درمان بیماران نیازمند

اهداف:

ارتقای مستمر کیفیت ارائه خدمات از طریق استقرار و بکارگیری استانداردهای اعتباربخشی

شرح وظایف کمیته اقتصاد دارو، درمان و تجهیزات پزشکی:

- حیطه فعالیت کمیته های بیمارستانی شامل گروه خدمات شایع و گروه خدمات نادر و گران قیمت می باشد (گروه خدمات شایع به خدماتی گفته می شود که به طور شایع در بیمارستانها ایجاد هزینه می نماید. به عنوان مثال کالاهای و یاد داروهای مصرفی، درخواستهای تصویربرداری و آزمایشات تشخیصی و نیز پروسیجرهای شایع، و همچنین گروه خدمات نادر و گران قیمت به پروسیجرها و یا اعمال جراحی الکتیو و غیر روتین که در آنها وسیله مصرفی پزشکی گران قیمت (مجموع قیمت وسایل پزشکی مصرفی در یک عمل جراحی یا یک مداخله درمانی معادل ده میلیون تومان و بالاتر) استفاده می شود.
- ۱. ارائه راهکارهای مناسب جهت تعیین، تهیه و خرید منطقی و اثربخش داروهای حیاتی و گروه خدمات شایع، نادر و گران قیمت
- ۲. رسیدگی به کمبودها، کاستی ها و مشکلات دارو در بیمارستان و ارائه راه حل های مناسب
- ۳. نظارت بر تجویز منطقی دارو و گزارش موارد عدم انطباق به معاون آموزشی و درمان مرکز
- ۴. اتخاذ رویکرد مناسب برای برنامه ریزی خرید دارو با توجه به نیازسنجی آن براساس تقسیم بندی داروهای استراتژیک کاربردی و قابل دسترس در مرکز
- ۵. نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر در بیمارستان و بررسی میزان مصرف آن در مرکز و ارائه گزارش به کمیته
- ۶. نظارت بر نحوه تأمین دارو و نگهداری علمی و صحیح آن ها
- ۷. طراحی فرآیندهای علمی و فنی جهت مدیریت هزینه های غیر ضروری در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی
- ۸. ارائه راهکارهای مناسب جهت تعیین، تهیه و خرید منطقی تجهیزات پزشکی و کالاهای مصرفی
- ۹. بررسی و نیازسنجی واحدهای مختلف نسبت به تهیه تجهیزات مورد نیاز سرمایه ای و مصرفی در کلیه رشته ها و رده ها با در نظر گرفتن اولویتهای مرکز و بودجه در اختیار
- ۱۰. برآورد هزینه های نیازهای تجهیزاتی آتی در انتهای هر سال جهت کسب بودجه الزم برای تهیه آنها
- ۱۱. مشخص نمودن شاخصهای ارزش گذاری به ازاء دسته بندی های دارو و لوازم مصرفی، حیاتی و پرخطر
- ۱۲. خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و مصرفی
- ۱۳. شناسایی و علت یابی حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان بیمارستان در امور تشخیصی و درمانی شایع را با استفاده از روشهای آماری بررسی و موارد خارج از بازه های معمول

۱۴. نظارت بر نحوه عملکرد پزشکانی که به صورت معنی داری مداخلت تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند

۱۵. آموزش، اجرا و رعایت کلیه دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمان های بالادستی مربوط به این کمیته (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

۱۶. نظارت بر اجرا و پیاده سازی کلیه استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

نکته / تبصره : کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته اقتصاد درمان ، دارو و تجهیزات پزشکی بر اساس سنجه های نسل چهارم اعتباربخشی می تواند هم به صورت مستقل و هم به صورت مشترک با یکدیگر برگزار گردد.

دستور العمل کمیته طب انتقال خون

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

یک نفر پاتولوژیست / دکتر علوم آزمایشگاهی / کارشناس آزمایشگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته :

یک نفر پاتولوژیست / دکتر علوم آزمایشگاهی / کارشناس آزمایشگاه

توالی برگزاری :

کمیته ها همراه یکبار تشکیل شوند (برای مراکز درمانی با مصرف کمتر از ۲۰۰ واحد فرآورده های خونی در ماه به فواصل حداقل ۲ یا ۳ ماه یکبار می باشد و در صورت بروز مشکل و خطاهای انسانی چه در بخش ها و چه در آزمایشگاه بلافاصله جلسه برگزار گردد).

ترکیب اعضاء :

رئیس بیمارستان /جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر بیمارستان - معاون درمان/معاون آموزشی - مدیر پرستاری - مسئول واحد حراست - متخصص جراحی - پزشک ارشد هموویزیلانس - رئیس آزمایشگاه/مسئول فنی آزمایشگاه - مدیر اطلاعات سلامت و فناوری -مسئول بانک خون - رابط کمیته های بیمارستانی / مسئول واحد بهبود کیفیت - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - بر حسب دستور جلسه و ضرورت از مسئولین بخشهای اتاق عمل ،داخلی، جراحی، بیهوشی و جهت شرکت در کمیته دعوت بعمل می آید.

نکته :

- رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد
- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند
- علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این آیین نامه پیشنهاد شده است، سایر اعضاء بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند .

- در مراکزی که آزمایشگاه به بخش خصوصی واگذار شده است باید ناظر دانشگاهی نیز در کمیته ها حضور داشته باشد.

اعضای موقت کمیته :

- بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردد.
- دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (برای مراکز درمانی با مصرف کمتر از ۲۰۰ واحد فرآورده های خونی در ماه به فواصل حداقل ۲ یا ۳ ماه یکبار می باشد و در صورت بروز مشکل و خطاهای انسانی چه در بخش ها و چه در آزمایشگاه بلافاصله جلسه برگزار گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته :

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های

کمیته):

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب ، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی ، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده ، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات :

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسات و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته :

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده ، اثربخشی انجام مصوبه ، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند .

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی :

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده ، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده می شود . مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید .

رسالت :

۹. ارائه خدمات سلامت منطبق با نیازهای مراجعین با رعایت بهبود مستمر کیفیت خدمات

۱۰. توجه به آموزش مداوم ، مهارت آموزی پرسنل و تامین نیروی انسانی در راستای ایمنی بیمار

۱۱. تقویت روحیه همبستگی و علاقه به خدمت رسانی به بیماران در میان پرسنل

۱۲. بیمارمحوری و جلب رضایتمندی مراجعین

۱۳. ایجاد رفاه و افزایش رضایتمندی پرسنل

۱۴. استقرار سنجه های اعتباربخشی

۱۵. ایجاد تعامل سازنده با سازمانهای ذینفع در راستای ایجاد عدالت در سلامت

۱۶. بهره گیری از دانش و تجارب ارزشمند کادر درمانی مجرب در درمان بیماران نیازمند

اهداف :

ارتقای مستمر کیفیت ارائه خدمات از طریق استقرار و بکارگیری استانداردهای اعتباربخشی

شرح وظایف کمیته طب انتقال خون:

- فراهم نمودن زمینه های لازم جهت استقرار سیستم هموویزیلانس و مدیریت خون بیمار در مراکز درمانی و تداوم عملکرد موثر این سیستم در مرکز درمانی
- تدوین برنامه کار و دستورالعملهای مرتبط با فرآیندهای کاری در بخشها و بانک خون مستند به احکام این آیین نامه و خود ارزیابی مرکز درمانی با استفاده از چک لیست های خودارزیابی و چگونگی اجرای دستورالعملهای مربوطه که توسط سازمان انتقال خون در اختیار مرکز درمانی قرار می گیرد
- بررسی و ارزیابی موارد تزریق خون در مرکز درمانی شامل اندیکاسیون مصرف ، مقدار مصرف و گزارش میزان موارد کراس مچ شده به تزریق خون (C/T) به تفکیک بخشهای مصرف کننده خون و توصیه های لازم به پزشکان در مواردی که انتقال خون الزامی نبوده است

- بررسی مواردی از عدم مصرف خون و فرآورده های مورد درخواست پزشکان که منجر به غیرقابل مصرف شدن آنها شده باشد (پلاسمای ذوب شده ،خون شسته شده و پلاکت)
- تشکیل جلسات منظم علمی به منظور آموزش کادر پزشکی مرکز درمانی و نیروهای تازه وارد در خصوص طب انتقال خون و آشنایی با فرآورده های نوین و خصوصا استقرار نظام مراقبت از خون (مراقبت از خون (هموویژیلانس))
- رسیدگی و ثبت مواردی که عارضه ای در اثر تزریق خون و فرآورده های آن به وجود آمده است و یا اشتباهات قریب الوقوع (Near Miss) و اشتباهات انسانی و تکنیکی و اتخاذ تدابیری به منظور جلوگیری از تکرار آنها با کمک پزشک ارشد مراقبت از خون (هموویژیلانس) و در صورت نیاز با کمک سازمان انتقال خون
- بررسی و اطمینان از تامین تمامی منابع مورد نیاز از جمله منابع انسانی ، تجهیزات ، روشهای عملکردی استاندارد ، برنامه های نرم افزاری مورد نیاز و سایر موارد قید شده به اتکاء آیین نامه های سازمان انتقال خون
- اطمینان از قابلیت ردیابی خون و فرآورده های مصرف شده در مرکز درمانی ترجیحا از طریق استفاده از نرم افزار مناسب
- اطمینان از وجود جایگزین های خون آلوژن در مرکز درمانی و استفاده از آنها به منظور کاهش مصرف خون و فرآورده های خونی
- تهیه صورتجلسه کمیته ها و ارسال آن به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و همچنین پایگاه انتقال خون ذیربط
- نکته: نظارت بر اجرا و پیاده سازی کلیه استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

دستور العمل کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

براساس دستورالعمل کمیته ها و اعتبار بخشی ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

کارشناس و یا کارشناس ارشد مامایی بر اساس دستور رییس کمیته و با ابلاغ رسمی از طرف ایشان انتخاب می گردد.

دبیر کمیته :

مسئول و یا رابط تغذیه با شیر مادر و یا یک نفر از کادر مامایی در هر مرکز

توالی برگزاری :

با توجه به شرایط مراکز و امار زایمان ها و مراجعین به کلینیک زنان و آمار بستری نوزادان و اطفال زیر دو سال و مصوبه ی کمیته اجرایی در هر مرکز از ماهیانه تا فصلی قابل تغییر می باشد.

ترکیب اعضای کمیته :

اعضا شامل افراد ثابت و موقت می باشند که افراد ثابت در این کمیته شامل:

*رییس بیمارستان

*مدیر بیمارستان

*مدیریت پرستاری و مامایی

*کارشناس ایمنی بیمار

*کارشناس بهبود کیفیت

*سوپروایزر آموزشی

*مسئول زایشگاه

*کارشناس رابط تغذیه با شیر مادر

*مدیر گروه زنان

*کارشناس تغذیه

*مسئول کمیته های بیمارستان

*سرپرستار بخش نوزادان و اطفال

*متخصص اطفال

اعضای موقت کمیته :

بنا بر دستور و موضوع جلسه و با نظر ریاست بیمارستان و پیگیری جهت اجرای مصوبات از بخش های درمانی و غیر درمانی، انتخاب می شوند.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

برنامه زمانی در بیمارستان های ریفرال زنان و نوزادان ماهانه توصیه می شود ولی با توجه به شرایط مراکز و هماهنگی با کارشناس مسئول کمیته ها در معاونت درمان ، کارشناس مربوطه در اداره امور مامایی و مصوبه کمیته اجرایی تا تواتر فصلی نیز قابل تغییر می باشد.

نحوه رسمیت یافتن کمیته :

با حضور ۲/۳ از اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان و دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات (حداقل های مورد انتظار در فرم صورت جلسه

های کمیته ها):

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب ، نتایج پیگیری مصوبات قبلی ، شرح مصوبات و اقدامات مباحث

مطرح شده ، مسئول اجرا و پیگیر مصوبات ، مهلت زمان اجرا و دستور کار جلسه آینده می باشد که می بایست صورت جلسه به رویت اعضای حاضر و همچنین غایب در جلسه نیز رسانده شود و یک نسخه نزد مسئول کمیته ها نگهداری گردد.

نحوه پیگیری مصوبات:

مصوبات هر کمیته توسط دبیر کمیته پیگیری خواهد شد و با توجه به تقسیم کار اعضا ، اجرای اقدامات توسط دبیر کمیته پیگیری خواهد شد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

وضعیت اجرایی شدن مصوبه ، علل عدم تحقق مصوبات و روند اجرایی شدن مصوبات در قسمت پیگیری مصوبات جلسه قبل در فرمت کمیته ها نگارش می گردد و در ابتدای هر جلسه توسط دبیر کمیته برای حاضرین ایراد می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته :

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی و اقدامات اصلاحی انجام شده و پیشنهادی در کمیته را ثبت می کند و در کمیته اتی مطرح می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

مصوبات معوقه و تکراری که حائز اهمیت می باشند و به دلایل مختلف اجرایی نشده اند در کمیته مدیران اجرایی مطرح گردند تا پس از توافق نهایی تعیین تکلیف گردند و چالش های عملیاتی نشدن آنها مشخص گردد و از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری به عمل آید.

رسالت کمیته :

بهبود روند تغذیه نوزادان با شیر مادر با ارتقا سطح آگاهی مادران و کارکنان در بخش های مرتبط با نوزادان و ارتقا فرهنگ آگاهی از ارزش غذایی تغذیه با شیر مادر در جامعه

اهداف کمیته :

هدف از تشکیل این کمیته اجرای صحیح و اصولی تغذیه با شیر مادر مطابق با دستورالعمل های ابلاغی مرتبط ، ارتقا ایمنی مادران و نوزادان ، ارتقا سطح علمی کارکنان و مراجعین در خصوص شیر مادر ، شیردهی راحت و صحیح مادران

شرح وظایف کمیته :

- بررسی شاخص های سلامت مادر و نوزاد
- تهیه نشریات آموزشی برای مادران
- تلاش در جهت پیاده سازی استاندارد های اعتبار بخشی مرتبط با موضوع کمیته مذکور
- ارائه بازخورد مناسب به کارکنان (ماماها و متخصصین)
- هدایت فعالیت های بیمارستانی بر اساس ضوابط بیمارستان دوستدار مادر و کودک
- اجرای برنامه های آموزشی در سطح بیمارستان جهت کارکنان مرتبط با مراقبت مادر و کودک و توجیه کارکنان جدید الورود
- تلاش در جهت تشکیل گروه های حمایت کننده از مادر و نوزاد
- ارسال صورت جلسات با توجه به تواتر کمیته ها و شرایط موجود در مراکز
- گنجاندن مطالب آموزش شیر مادر در برنامه آموزشی بیمارستان و آموزش کارکنان به صورت کارگاه و یا با توجه به شرایط حاکم به صورت غیر حضوری
- نظارت بر مراقبت های مادران در دوران بارداری و شیر دهی در کلینیک های زنان

- نظارت بر آموزش های ارائه شده به مادران مراجعه کننده بویژه جهت رفع مشکل شیر دهی و رفع مشکلات شیر دهی آن ها

- نظارت بر ترخیص همزمان مادر و نوزاد

- فراهم آوردن تسهیلات لازم جهت اقدامات مادرانی که شیر خوارشان در بخش بستری هستند.

- شرکت اعضا در دوره های باز آموزی و وبینار ها و کنفرانس های برگزار شده از طرف دانشگاه که مرتبط با موضوع کمیته می باشد.

- تلاش در جهت تشکیل گروه های حامی مادران شیرده

- بازدید و نظارت مستمر و منظم توسط یکی از اعضای کمیته از بخش های مرتبط به منظور اجرای اقدامات ده گانه ، نحوه آموزش مادران و آرایه رهنمود ها جهت رفع نواقص

- نظارت بر نحوه آرایه شیر خشک و منع تبلیغات شر خشک و پستانک

- انجام و نظارت بر پایش های داخل بیمارستانی و پیگیری دریافت نتایج و برنامه ریزی برای انجام مداخلات لازم

- تهیه بروشور های آموزشی جهت مادران و مراجعین باردار

- همکاری در جهت فعال سازی و آرایه مطالب آموزشی جهت سایت بیمارستان

نکته :

با توجه به مباحث مطرح شده در جلسات ، مدیر گروه سایر تخصص ها و یا مسئول فنی داروخانه و سایر سرپرستاران به دعوت دبیر کمیته شرکت خواهند کرد . این کمیته با توجه به زمانبندی صورت گرفته شده علاوه بر ارسال به کارشناس مسئول کمیته ها در امور بیماری ها به اداره امور مامایی نیز می بایست ارسال گردد، همچنین با توجه به سنجه های اعتبار بخشی این کمیته با توجه به شرایط مراکز به صورت مشترک با کمیته تغذیه با شیر مادر و یا مستقل تشکیل خواهد شد.

دستورالعمل کمیته مدیران اجرایی بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان رئیس کمیته اجرایی می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

دبیر کمیته اجرایی مستقیماً از سوی ریاست بیمارستان که رئیس کمیته اجرایی نیز می باشد، انتخاب می گردد.

شرایط احراز دبیر کمیته کارشناس، کارشناس ارشد و یا دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می باشد.

(در صورتی که مرکز از دانش آموختگان رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بهره نگرفته باشد، طبق نظر رئیس مرکز، از پست هایی با سابقه اجرایی و تحصیلات / گرایشات مشابه می توان بهره گرفت.)

دبیر کمیته:

مدیر بهبود کیفیت بیمارستان

توالی برگزاری:

حداقل ماهانه

ترکیب اعضای کمیته:

✓ مدیرعامل / رئیس بیمارستان

✓ مسئول فنی / مسئول ایمنی

✓ مدیر بیمارستان

✓ مدیر پرستاری

✓ مدیر بهبود کیفیت

✓ مدیر درمان

✓ مدیر مالی

* کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار از اعضای ثابت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بوده، به تشخیص مسئول فنی / ایمنی بیمار در جلسات مربوط حضور فعال دارد.

اعضای موقت کمیته

در صورت صلاح دید ریاست کمیته و بر حسب نیاز از مسئول منابع انسانی، سوپروایزر آموزشی، مسئول فناوری اطلاعات و یا سایر پست های اجرایی دعوت به عمل خواهد آمد. دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل ماهیانه تشکیل شوند. (باتوجه به شرایط بیمارستان می تواند با هر فاصله زمانی پیشنهاد می گردد، تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا به شرط حضور ریاست و دبیر کمیته جلسه رسمیت خواهد داشت. نکته: با توجه به اهمیت کمیته اجرایی توصیه اکید می شود که تمامی اعضا در تمامی جلسات حاضر باشند.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد و به رابط کمیته ها تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نکته: با توجه به اهمیت اجرایی شدن مصوبات کمیته اجرایی دبیر کمیته موظف به پایش میدانی نیز می باشد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده می شود.

رسالت:

از آنجائیکه بیمارستان سازمانی پیچیده و پر خطر است و اداره موفق آن وابسته به مدیریت و رهبری هوشمند، ترویج کار گروهی و استفاده از خرد جمعی می باشد، تشکیل تیم مدیریت اجرایی، تقویت سامانه های تصمیم سازی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده به جایگزینی مدیریت امری و مبتنی بر تجربه های فردی بسیار اهمیت دارد.

تیم مدیریت اجرایی براساس استانداردهای اعتباربخشی و با مشارکت کمیته های بیمارستانی در تعیین نقش های اجرایی هریک از مدیران، مسئولان بخشها / واحدها برنامه ریزی و نظارت می نماید.

هدف:

- ✓ اجرای سیاست های کلان سازمان که توسط تیم رهبری و مدیریت تعیین گردیده است.
- ✓ ارائه راهکار در کلیه خدمات قابل ارائه در بیمارستان به کلیه مراجعین کمک به برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت های بیمارستانی بهبود عملکرد و ایجاد زمینه جهت مشارکت فعال همه کمیته های بیمارستان در جهت سیاست های کلان مرکز
- ✓ استفاده از مصوبات کمیته های بیمارستانی در تصمیمات اجرایی شناسایی مشکلات عملکردی بیمارستان و ارائه راهکار جهت حل آنها تلاش مستمر در جهت ارتقای کیفیت و بهبود عملکرد بیمارستان و رضایت گیرندگان خدمت پایش روند ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی بیمارستان طراحی و برنامه ریزی اجرایی بر ای تحقق اهداف بیمارستانی

✓ ایجاد و تقویت سیستم و نظام انگیزشی در مسئولین و کارکنان ایجاد تحول در یک بخش تخصصی و اجرایی بیمارستان ارائه خدمات اجرایی و حمایتی در زمینه های راهبرد های تیم رهبری و مدیریت

✓ اتخاذ رویکرد مناسب و هماهنگ و یکپارچه برای نظارت در حیطه های درمان، آموزش، پژوهش، توسعه و پیشگیری می باشد برنامه ریزی و اجرای تصمیمات اخذ شده در کمیته های بیمارستانی و ارائه بازخوردهای الزام به کمیته پایش و سنجش کیفیت

✓ تقویت سامانه های تصمیم سازی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده ایجاد یکپارچگی و وحدت رویه در فرایندهای اجرایی و پشتیبانی با توجه به سیاست های کلان مرکز و مرتفع ساختن چالش های پیشرو در اجرا ارزیابی مستمری از نتایج تصمیمات اخذ شده را از نظر دستیابی به اهداف و اثربخش بودن آنها به عمل آورده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی بررسی نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار

شرح وظایف کمیته اجرایی

اهم وظایف کمیته مدیریت اجرایی برنامه ریزی و بررسی موارد ذیل:

- ✓ مدیریت منابع در مسیر کارایی بیشتر
- ✓ پاسخگویی به ذینفعان
- ✓ ارتقای کیفی خدمات
- ✓ بهبود ایمنی بیماران
- ✓ فرآیندهای مهم ایمنی بیمار، مدیریت منابع انسانی، اقتصاد درمان، مدیریت مالی و سایر ابعاد مدیریت اجرایی نیز در دستور کار مستقیم تیم مدیریت اجرایی است.
- ✓ بررسی برنامه ها و پیشنهادهای ارائه شده از سوی سایر کمیته های بیمارستان
- ✓ کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاستگذار
- ✓ کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه ها و آیین نامه های داخلی سازمان
- ✓ کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان بیمارستان
- ✓ کسب اطمینان از تأمین و تخصیص مناسب منابع جهت انجام برنامه های مصوب
- ✓ کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه ریزی شده در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار حیطه گیرندگان خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جامعه از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه

- ✓ کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه ریزی شده در جهت حفظ و سالم سازی محیط زیست
- ✓ کسب اطمینان از وجود ساختار سازمانی مستند و شفاف که روابط و سطوح مسئولیت ها و اختیارات را مشخص کرده باشد .
- ✓ کسب اطمینان از وجود برنامه های مناسب برای استخدام، انتصاب، ابقا، توجیه، آموزش و توسعه مستمر تمام کارکنان (از جمله اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان)
- ✓ کسب اطمینان از استفاده بهینه منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان
- ✓ کسب اطمینان از بازنگری منظم آیین نامه ها، دستورالعمل ها و خط مشی های داخلی بیمارستان (حداقل سالانه)
- ✓ بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان (حداقل سالیانه)
- ✓ تخصیص منابع به بخش ها و واحدها به منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان .
- ✓ تعیین و تخصیص بودجه در کل بیمارستان جهت اجرای برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان
- ✓ نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آنها در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده
- ✓ کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم درخصوص گزارش های ارزیابی و یا سازمان های قانون گذار از جمله اعتباربخشی
- ✓ کسب اطمینان از اجرایی شدن برنامه های عملیاتی
- ✓ جستجو و شناسایی مشکلات، نارسائی ها و کمبودها در بیمارستان
- ✓ جستجو، شناسایی و ارائه نقاط قوت بیمارستان و استفاده از آنها در جهت رفع مشکلات
- ✓ شناسایی و جمع آوری افراد باتجربه و کارشناس و استفاده از پیشنهادات، انتقادات، مشاوره ها و راه کارهای ارائه شده توسط ایشان
- ✓ پایش و ارزیابی عملکرد واحد های مختلف بیمارستان و تلاش مستمر جهت ارتقاء کیفیت خدمات و بهینه کردن فعالیت ها
- ✓ ارائه گزارش از سایر مصوبات کمیته های بیمارستان
- ✓ ارائه گزارش شاخص های کلیدی و عملکردی
- ✓ ارائه گزارش مشکلات و چالش های سازمانی
- ✓ ارائه گزارش از شکایات و موارد نارضایتی پرسنل
- ✓ ارائه گزارش از شکایات و موارد نارضایتی بیماران و همراهان

- ✓ تنظیم دستور کار جلسات و ارسال برای اعضا حداقل تا یک روز پیش از کمیته
- ✓ پیگیری مصوبات جلسه از مسئول پیگیری در طول مدت زمان مقرر و اعلام گزارش پیگیری در جلسه بعدی
- ✓ مساعدت و همکاری با رئیس کمیته
- ✓ در جریان گذاشتن پرسنل و مسئولین از امور جاری و ارائه آمارهای مختلف
- ✓ هماهنگی با مسئول برگزاری کمیته ها جهت برگزاری کمیته های بیمارستانی بر اساس تقویم

دستور العمل کمیته مرگ و میر ۱-۵۹ ماهه

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

شرایط احراز: سابقه سه سال فعالیت در بیمارستان ، تسلط بر امور مربوط به کمیته
نحوه انتخاب دبیر کمیته های بیمارستانی بر عهده تیم مدیریت اجرایی بیمارستان است که پس از بررسی و احراز صلاحیت فرد معرفی می گردد

دبیر کمیته:

سرپرستار بخش PICU (اطفال) که با تأیید مدیریت اجرایی و ابلاغ ریاست بیمارستان بعنوان دبیر کمیته انتخاب گردیده است.

توالی برگزاری کمیته:

حداقل هر ماه یکبار تشکیل و مستندات نگهداری می گردد
تذکر : در مراکز زیر ۶۴ تخت فعال تا دو برابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته نسبت به آیین نامه قابل قبول است

ترکیب اعضای کمیته:

- * رئیس بیمارستان
- * مسئول فنی بیمارستان
- * مدیر پرستاری
- * مسئول واحد بهبود کیفیت و دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان
- * کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
- * معاون درمان
- * مسئول فنی آزمایشگاه بالینی
- * متخصص پزشکی قانونی
- * مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
- * مسئول آمار
- * رئیس بخش PICU (اطفال)

* سرپرستار بخش PICU (اطفال)

* پزشک کارشناس بررسی مرگ و میر

* پزشک مقیم PICU (اطفال)

* پزشک فلوشیپ PICU (اطفال)

اعضاء موقت کمیته:

* پزشکان مرتبط با پرونده های مطرح شده

* بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

برنامه زمانی تواتر جلسات کمیته:

برنامه زمان بندی کمیته های بیمارستانی در ابتدای سال توسط دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول دفتر ریاست و دبیر کمیته ۱-۵۹ ماهه تدوین و در برنامه اعلام شده تواتر جلسات هر کمیته مشخص است. لازم بذکر است در موارد اورژانس خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل و به پرونده مربوطه رسیدگی می گردد

نحوه به رسمیت شناختن کمیته:

با حضور دو سوم اعضاء و حضور ریاست و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد. در غیر این صورت به زمان دیگری موکول می گردد

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته:

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات، مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ، مهلت زمان اجرای مصوبات میباشد تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاشده توسط رابط کمیته ها نگهداری میشود. مستند سازی سوابق کمیته های بیمارستان بر عهده دبیر کمیته مربوطه است.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته:

مصوبات کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

جهت ارزیابی و اطمینان از عملکرد کمیته ها ، برنامه پایش مدون و دوره ای توسط واحد بهبود کیفیت تدوین و از پیگیری مصوبات کمیته اطمینان و گزارش آن در کمیته تیم مدیریت اجرایی بیان می نمایند

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

دبیر کمیته مسائل ومشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی را مشخص نموده تادر کمیته بعدی مطرح می کند. در صورتی که هر یک از مصوبات در زمان تعیین شده انجام نشده باشند ، مجددا در دستور کار قرار گرفته و راه کار های جدید آن تصویب می گردد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

جهت تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی جلسه ایی با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت هر سه ماه یکبار (بصورت فصلی) در بیمارستان برگزار و دبیران کمیته گزارش عملکرد سه ماهه کمیته و تعداد مصوبات اجرا شده و تعداد مصوبات اجرا نشده با ذکر علت بیان می نمایند.

مصوبات مشترک بین دو یاچند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها وتوافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت وهزینه جلوگیری بعمل آید

رسالت کمیته:

کاهش میزان مرگ ومیر و عوارض قابل پیشگیری از طریق کشف علل و بهبود کیفیت فرایندهای تشخیصی و درمانی در کودکان ۵۹ – ۱ ماه

اهداف کمیته:

- تعیین علت مرگ در صورت بروز با هدف کاهش مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه
- اتخاذ تدابیری به منظور جلوگیری از مرگ و میر ۵۹ – ۱ ماه در بیمارستان

شرح وظایف کمیته :

- بررسی عوامل موثر برمرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه دربیمارستان.
- شناسایی روند خطای انسانی که منجر به مرگ و میر و یا آسیب به بیمار میگردد
- تدوین مداخلات براساس اطلاعات بدست آمده دربیمارستان.
- نظارت وپیگیری نحوه ی اجرای مداخلات تصویب شده دربیمارستان
- ارجاع گزارش علت مرگ و میر های شناسایی شده به سازمان های مربوطه
- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال به دانشگاه
- برخورد با موارد قصور یا تقصیر اتفاق افتاده در حدود اختیارات بیمارستان
- بررسی و پیشگیری از عوارض مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

دستورالعمل کمیته بهداشت محیط بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان ، رئیس کمیته میباشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

کارشناس بهداشت محیط که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته :

کارشناس بهداشت محیط بیمارستان

توالی برگزاری :

یکبار در هر ماه

ترکیب اعضای کمیته:

رئیس بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر بیمارستان - معاون درمان/ معاون آموزشی - کارشناس بهداشت محیط مسئول بهبود کیفیت- کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- مسئول خدمات- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - رابط کمیته های بیمارستانی / مسئول واحد بهبود کیفیت - سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

واحد مالی یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشند .

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است، سایر اعضا بر اساس صلاحدید

رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته هر ماه یکبار تشکیل شوند .

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۳/۴ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم

صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت،

دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث

مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به

امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می

شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد. و با توجه به تقسیم کار اعضا و مدت زمان تعیین شده در کمیته برای اقدامات، اجرای آنها توسط دبیر کمیته پیگیری خواهد شد..

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

ارزیابی عملکرد کمیته ها بر اساس شاخص های مصوب شامل: درصد جلسات برگزار شده هر کمیته طبق آیین نامه، ، درصد مصوبات تحقق یافته هر کمیته طبق مهلت زمانی تعیین شده ، میزان اثربخشی مصوبات تحقق یافته صورت می گیرد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و با توجه به پشتیبانی تیم مدیریتی و میزان تحقق مصوبات در راستای امکانات موجود، در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

کلیه مصوبات کمیته های بیمارستانی که اجرای آنها به تعویق افتاده و یا با مشکل مواجه می باشد در کمیته مدیریت اجرایی جهت حل مشکل مطرح شده و در صورت امکان ضمانت اجرایی می یابد.

رسالت کمیته:

کمیته بهداشت محیط همگام با سایر واحدهای درمانی و پشتیبانی در راستای تحقق مأموریت بهداشتی درمانی ایجاد بستر بهداشتی جهت انجام خدمات درمانی بیمارستان بوده که اقدامات درمانی صورت گرفته در بیمارستان با رعایت نکات بهداشتی همواره به حصول بهترین نتیجه برای بیماران بیانجامد .

اهداف کمیته:

ارتقاء سطح بهداشتی بیمارستان

حفاظت از کارکنان در برابر آلودگی های محیط و خطرات وابسته به آن

جلوگیری از انتشار آلودگی ها در بیمارستان

شرح وظایف کمیته بهداشت محیط

- نظارت بر وجود تصویر گواهینامه دوره ویژه بهداشت عمومی برای تمام کارکنان مرتبط
- . نظارت بر وجود تصویر کارت بهداشتی برای تمام کارکنان مرتبط
- گزارش نتایج ارزیابی بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی براساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، و نظارت
بر اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت
- گزارش نتایج ارزیابی بیمارستان بر اساس چک لیست بهداشت محیط بیمارستان، در کمیته بهداشت
محیط
- . ارائه نتایج ارزیابی بر اساس چک لیست تهویه بخشها/واحدها و نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه
بهبود کیفیت
- نظارت، ارائه نتایج و اجرای اقدامات اصلاحی کمیته بهداشت محیط بر اجرای استانداردهای بهداشت
محیط
- تدوین کتابچه راهنمای گندزدایی
- تدوین دستورالعمل ها ، روش اجرایی و خط مشی های بهداشت محیط طبق استانداردهای بهداشتی
- نظارت و پی گیری وجود محل مشخصی در بخش ها برای تی شویی، نگهداری و شستشوی وسایل
نظافت مستقل از اتاق کثیف
- نظارت بر نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات سردخانه متوفیان بر اساس دستورالعمل توسط کارکنان
- نظارت بر تطابق شرایط مدیریت فاضلاب بیمارستان با تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت
- نظارت بر تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط
زیست
- نظارت بر کنترل حشرات و جانوران موزی با استفاده از روشهای تلفیقی با تاکید بر آشپزخانه،
رختشویخانه و واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیتهای ساختمانی

- نظارت بر وجود شرح وظایف مسئول فیزیک بهداشت مطابق ضوابط انرژی اتمی بصورت فایل الکترونیک و آگاهی ایشان از شرح وظایف خود
- کنترل کیفی آب استریلیزاسیون مرکزی مطابق دستورالعمل راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
- نظارت بر نحوه کار نظافتی خدمات

دستور العمل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

مسئول فنی و مدیر عامل بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشد.

– شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

کارشناس و یا کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای (مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان) که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته :

مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان

توالی برگزاری کمیته:

حداقل هر دو ماه یکبار

ترکیب اعضای کمیته:

مسئول فنی و مدیر عامل بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان - مسئول بهداشت حرفه ای - مسئول بهبود کیفیت - مدیر پرستاری - مدیر بیمارستان - سوپروایزر کنترل عفونت - مسئول بهداشت محیط - مسئول تاسیسات - مسئول تغذیه - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

اعضای موقت کمیته :

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند. دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

جلسات کمیته هر دو ماه یکبار تشکیل می گردد.

نحوه به رسمیت شناختن کمیته :

با حضور ۲/۳ نفر از اعضاء و حضور ریاست بیمارستان و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته :

- مسئول بهبود کیفیت فرم صورتجلسه طراحی شده از سوی معاونت درمان دانشگاه را در اختیار تمامی دبیران کمیته ها قرار داده است.
- صورت جلسات ظرف مدت یک هفته تا ۱۰ روز کاری از تاریخ تشکیل کمیته باید توسط دبیر کمیته تنظیم و فایل الکترونیکی آن را به دفتر بهبود کیفیت تحویل نماید.
- وجود امضا رئیس کمیته موید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها می باشد.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته :

- برای هر یک از مصوبات توسط رئیس کمیته مسئول پیگیری و مسئول اقدام تعریف می شود.
- مسئول پیگیری موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری های لازم و مستمر را انجام داده و گزارش خود را به دبیر کمیته اعلام نماید.
- چنانچه در اجرای مصوبه مورد نظر اشکال و یا مانعی جهت اجرا وجود داشته باشد، توسط فرد مسئول، پیگیری و تا حد امکان برطرف و در غیر اینصورت در جلسه بعدی مطرح می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

- میزان اجرا و یا عدم اجرای مصوبات کمیته ها توسط مسئول هماهنگی کمیته ها به صورت فصلی بر اساس شاخص های فصلی کمی و کیفی پایش می شوند:
- میزان اجرای کلیه کمیته ها بر طبق تقویم کمیته ها کنترل و پایش می شود.
- کلیه مصوبات کمیته ها بررسی می شود و میزان اجرای مصوبات و دلایل عدم تحقق مصوبات برای هر کمیته به صورت فصلی پایش می شود.
- نتایج ارزیابی پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم اجرایی ارائه خواهد شد و این تیم اقدام اصلاحی را جهت ارتقاء عملکرد کمیته ها انجام خواهد داد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

- میزان اثربخشی مصوبات کمیته ها به صورت شاخص های کمی و کیفی به صورت فصلی پایش و اندازه گیری می شود.
- مسئول هماهنگی کمیته ها ۶ ماهه کلیه مصوبات کمیته ها را از حیث علت عدم تحقق بررسی ، دسته بندی و طی گزارشی تحلیلی برای مدیریت ارسال می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

- مهم ترین مصوبات و یا مصوبات اجرا نشده، در کمیته مدیریت اجرایی جهت تصمیم گیری مطرح می شود.
- مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیران کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت جلوگیری نماید.

رسالت کمیته:

- شناسایی خطرات و عوامل زیان آور محیط کار
- برنامه ریزی جهت کنترل و یا برطرف کردن عوامل زیان آور محیط کار

اهداف کمیته:

- نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
- حفظ و ارتقاء سطح سلامت و ایمنی کارکنان
- پیشگیری از بیماریهای ناشی از کار
- استفاده بهینه از توان نیروی کار و تامین رفاه کارکنان
- همکاری و تشریک مساعی با کارشناسان بهداشت حرفه ای و بازرسان کار جهت اجرای مقررات حفاظتی و بهداشت کار در بیمارستان

شرح وظایف کمیته:

- اجرای استانداردهای ایمنی و بهداشت حرفه ای بر اساس استاندارد اعتباربخشی
- تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای

- اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
- تهیه و تنظیم شناسنامه شغلی
- تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت کاهش عوامل زیان آور محیط کار
- تصویب و اجرایی نمودن دستورالعمل های اجرایی ایمنی و بهداشت حرفه ای در بیمارستان
- نیازسنجی لوازم حفاظت فردی در بیمارستان و برنامه ریزی نحوه توزیع آن در بیمارستان
- بررسی کیفیت لوازم حفاظت فردی در حال استفاده در بیمارستان
- بررسی میزان استفاده پرسنل از لوازم حفاظت فردی و میزان رضایت ایشان از لوازم حفاظت فردی
- بررسی گزارش حادثه /شبه حادثه و تعیین علل به وجودآورنده و تعریف راهکارهای اصلاحی و پیشگیرانه
- تدوین و تنظیم برنامه عملیاتی سالانه با رویکرد حفاظت فنی و بهداشت کار
- شناسایی پیمانکار جهت انجام معاینات طب کار و سنجش عوامل زیان آور محیط کار
- برنامه ریزی اجرای معاینات طب کار و آنالیز گزارشات و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- برنامه ریزی سنجش عوامل زیان آور محیط کار و آنالیز گزارشات و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- شناسایی خطرات و ارزیابی ریسک های موجود در محیط کار و تصویب اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- برنامه ریزی جهت ارزیابی ریسک فاکتورها یارگونومی و تحلیل آن و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- شناسایی مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان و ارزیابی ریسک مواد شیمیایی
- تدوین و تنظیم شناسنامه مواد شیمیایی موجود در بیمارستان (MSDS)
- تدوین کتابچه حفاظت فنی و بهداشت کار
- بررسی میزان استرس شغلی پرسنل و تحلی گزارشات آن و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- مقتضی
- نظارت مستمر بر اجرای الزامات حفاظت فنی و بهداشت کار در سطح بیمارستان

دستور العمل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

– شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

مسئول فنی و مدیر عامل بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشد.

– شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

کارشناس و یا کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای (مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان) که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

– دبیر کمیته :

مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان

– توالی برگزاری کمیته:

حداقل هر دو ماه یکبار

– ترکیب اعضای کمیته:

مسئول فنی و مدیر عامل بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان- مسئول بهداشت حرفه ای- مسئول بهبود کیفیت- مدیر پرستاری- مدیر بیمارستان- سوپروایزر کنترل عفونت - مسئول بهداشت محیط - مسئول تاسیسات - مسئول تغذیه - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

– اعضای موقت کمیته :

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند. دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

– برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

جلسات کمیته هر دو ماه یکبار تشکیل می گردد.

– نحوه به رسمیت شناختن کمیته :

با حضور ۲/۳ نفر از اعضاء و حضور ریاست بیمارستان و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

– نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته :

- مسئول بهبود کیفیت فرم صورتجلسه طراحی شده از سوی معاونت درمان دانشگاه را در اختیار تمامی دبیران کمیته ها قرار داده است.
- صورت جلسات ظرف مدت یک هفته تا ۱۰ روز کاری از تاریخ تشکیل کمیته باید توسط دبیر کمیته تنظیم و فایل الکترونیکی آن را به دفتر بهبود کیفیت تحویل نماید.
- وجود امضا رئیس کمیته موید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها می باشد.

– نحوه پیگیری مصوبات کمیته :

- برای هر یک از مصوبات توسط رئیس کمیته مسئول پیگیری و مسئول اقدام تعریف می شود.
- مسئول پیگیری موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری های لازم و مستمر را انجام داده و گزارش خود را به دبیر کمیته اعلام نماید.
- چنانچه در اجرای مصوبه مورد نظر اشکال و یا مانعی جهت اجرا وجود داشته باشد، توسط فرد مسئول، پیگیری و تا حد امکان برطرف و در غیر اینصورت در جلسه بعدی مطرح می گردد.

– نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

- میزان اجرا و یا عدم اجرای مصوبات کمیته ها توسط مسئول هماهنگی کمیته ها به صورت فصلی بر اساس شاخص های فصلی کمی و کیفی پایش می شوند:
- میزان اجرای کلیه کمیته ها بر طبق تقویم کمیته ها کنترل و پایش می شود.
 - کلیه مصوبات کمیته ها بررسی می شود و میزان اجرای مصوبات و دلایل عدم تحقق مصوبات برای هر کمیته به صورت فصلی پایش می شود.
 - نتایج ارزیابی پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم اجرایی ارائه خواهد شد و این تیم اقدام اصلاحی را جهت ارتقاء عملکرد کمیته ها انجام خواهد داد.

– پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

- میزان اثربخشی مصوبات کمیته ها به صورت شاخص های کمی و کیفی به صورت فصلی پایش و اندازه گیری می شود.
- مسئول هماهنگی کمیته ها ۶ ماهه کلیه مصوبات کمیته ها را از حیث علت عدم تحقق بررسی ، دسته بندی و طی گزارشی تحلیلی برای مدیریت ارسال می نماید.

– نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

- مهم ترین مصوبات و یا مصوبات اجرا نشده، در کمیته مدیریت اجرایی جهت تصمیم گیری مطرح می شود.
- مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیران کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت جلوگیری نماید.

– رسالت کمیته:

- شناسایی خطرات و عوامل زیان آور محیط کار
- برنامه ریزی جهت کنترل و یا برطرف کردن عوامل زیان آور محیط کار

– اهداف کمیته:

- نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
- حفظ و ارتقاء سطح سلامت و ایمنی کارکنان
- پیشگیری از بیماریهای ناشی از کار
- استفاده بهینه از توان نیروی کار و تامین رفاه کارکنان
- همکاری و تشریک مساعی با کارشناسان بهداشت حرفه ای و بازرسان کار جهت اجرای مقررات حفاظتی و بهداشت کار در بیمارستان

– شرح وظایف کمیته:

- اجرای استانداردهای ایمنی و بهداشت حرفه ای بر اساس استاندارد اعتباربخشی

- تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای
- اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
- تهیه و تنظیم شناسنامه شغلی
- تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت کاهش عوامل زیان آور محیط کار
- تصویب و اجرایی نمودن دستورالعمل های اجرایی ایمنی و بهداشت حرفه ای در بیمارستان
- نیازسنجی لوازم حفاظت فردی در بیمارستان و برنامه ریزی نحوه توزیع آن در بیمارستان
- بررسی کیفیت لوازم حفاظت فردی در حال استفاده در بیمارستان
- بررسی میزان استفاده پرسنل از لوازم حفاظت فردی و میزان رضایت ایشان از لوازم حفاظت فردی
- بررسی گزارش حادثه /شبه حادثه و تعیین علل به وجودآورنده و تعریف راهکارهای اصلاحی و
پیشگیرانه
- تدوین و تنظیم برنامه عملیاتی سالانه با رویکرد حفاظت فنی و بهداشت کار
- شناسایی پیمانکار جهت انجام معاینات طب کار و سنجش عوامل زیان آور محیط کار
- برنامه ریزی اجرای معاینات طب کار و آنالیز گزارشات و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- برنامه ریزی سنجش عوامل زیان آور محیط کار و آنالیز گزارشات و صدور اقدامات اصلاحی و
پیشگیرانه
- شناسایی خطرات و ارزیابی ریسک های موجود در محیط کار و تصویب اقدامات اصلاحی و
پیشگیرانه
- برنامه ریزی جهت ارزیابی ریسک فاکتورها یارگونومی و تحلیل آن و صدور اقدامات اصلاحی و
پیشگیرانه
- شناسایی مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان و ارزیابی ریسک مواد شیمیایی
- تدوین و تنظیم شناسنامه مواد شیمیایی موجود در بیمارستان (MSDS)
- تدوین کتابچه حفاظت فنی و بهداشت کار

- بررسی میزان استرس شغلی پرسنل و تحلی گزارشات آن و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه مقتضی

- نظارت مستمر بر اجرای الزامات حفاظت فنی و بهداشت کار در سطح بیمارستان

دستور العمل کمیته RCA

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

Ph.D- پرستاری ، کارشناس و یا کارشناس ارشد پرستاری که بر اساس دستور ریاست بیمارستان انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

کارشناس ایمنی بیمار

توالی برگزاری

ماهانه

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان – مدیر اجرایی بیمارستان – مدیر پرستاری – سوپروایزر آموزشی- مسئول واحد بهبود کیفیت- کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول فنی بیمارستان-افراد دخیل در وقایع ناخواسته

سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است، سایر اعضاء بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

- حضور مدیر گروه های تخصصی های مختلف بر اساس موضوع کمیته
- حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.
دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته ماهیانه تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان میتواند با هر فاصله زمانی پیشنهاد می گردد، تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور 2/3 اعضاء و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه

های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه و جلسه آتی، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات و نتایج جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء و منابع مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل وضعیت اجرایی شدن مصوبه، علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به مسئول واحد بهبود کیفیت تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار مدیریت اجرایی مرکز درمانی رسانده میشود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته:

کمیته RCA جهت ترویج و ایجاد فرهنگ سازمانی عادلانه، ایمن و عاری از خطا و وقایع ناخواسته ، پیشگیری از وقوع مجدد آن ها فعالیت می نماید

اهداف کمیته:

وقایع و اتفاقات ناخواسته در سطح بیمارستان

وقوع miss Near و خطاهای ناخواسته Events Adverse مشتمل بر ترسیم فرآیندها، تدوین خط مشی و روشها، طراحی فرمها و چک لیستها با رویکرد تصحیح، کاهش و حذف خطرات

شرح وظایف کمیته RCA

۱. برنامه ریزی و ارتقا گزارش وقایع ناخواسته
۲. نظارت بر ایجاد و چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان

۳. تحلیل ریشه ای وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار
۴. اقدام اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان
۵. طرح موارد مربوط به RCA و درس آموخته ها
۶. ایجاد برنامه به منظور کاهش میزان خطا
۷. بررسی کلیه گزارشات وقایع ناخواسته

دستور العمل کمیته احیاء نوزادان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

کارشناس ارشد یا کارشناس پرستاری که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

پرستار بخش ویژه نوزادان

توالی برگزاری

یکبار در ماه باید برگزار گردد

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان /جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر بیمارستان - مسئول فنی بیمارستان - معاون درمان - معاون آموزشی- مدیر پرستاری- رئیس بخش پاتولوژی - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری- کارشناس رابط کمیته های بیمارستانی/ مسئول واحد بهبود کیفیت -کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- متخصص پزشکی قانونی - کارشناس مسئول کنترل عفونت بیمارستان- رئیس بخش نوزادان - سرپرستار بخش نوزادان و سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته تعیین می گردند.

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت برعهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته می تواند با هر فاصله زمانی پیشنهادی تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضاء و حضور ریاست و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم

صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی ، شرح مصوبات و اقدامات،مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ،مهلت زمان اجرای مصوبات و منابع میباشد، تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضا شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود و یک نسخه در اختیار واحد بهبود کیفیت قرار می گیرد.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به رابط کمیته ها تحویل داده میشود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل ومشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده ، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده ودر کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده میشود . مصوبات مشترک بین دو یاچند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها وتوافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت وهزینه جلوگیری بعمل آید .

رسالت کمیته

- حفظ و ارتقاکیفیت مراقبتها وخدمات درمانی به نوزادان
- حفظ و ارتقا سطح سلامت نوزادان بعنوان یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه بر اساس دستورالعملهای استاندارد
- ایجاد زمینه مناسب جهت مشارکت اساتید ، صاحبان فرایند و کلیه پرسنل در تصمیم سازی ، برنامه ریزی ، سازماندهی و هماهنگی فعالیتهای بیمارستانی

اهداف کمیته

- . کاهش میزان بروزمرگ ومیربیمارستانی گروه های آسیب پذیر(نوزادان...)
- . کاهش میزان بروزمرگ ومیربیمارستانی ناشی ازعوامل قابل اجتناب

. اتخاذ تدابیر لازم به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان
نظارت بر اجرا و پیاده سازی کلیه استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

. شناسایی عوامل اجتناب ناپذیر در هر مرگ

. تعیین عوامل خطر مرتبط با مرگ

. طراحی و اجرای مداخلات متناسب برای بهبود شاخصهای سلامت نوزادان

. شناسایی مشکلات و معضلات اصلی در عملکرد ارائه خدمات به نوزادان

. برنامه ریزی جهت حل مشکلات و جلوگیری از وقوع مرگهای مشابه

شرح وظایف کمیته احیاء نوزاد

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر در مورد مرگهای غیر منتظره

- پیگیری تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر حداکثر تا ۷۲ ساعت و
گزارش به دانشگاه

- انجام تحلیل ریشه ای با مشارکت متخصص پزشکی قانونی، مسئول فنی، هماهنگ کننده ایمنی بیمار و
سایر اعضای مرتبط

- اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پیگیری اقدامات قانونی

- تشکیل کمیته مرگ و میر و تمامی زیر کمیته های تخصصی حداکثر طی ۲۴ ساعت در موارد مرگ و میر
غیر منتظره

- پیگیری اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان

- بررسی و پیگیری بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان

- پیگیری برگزاری دوره های آموزشی و کنفرانسهای مرتبط

- پیگیری گزارش نمونه های بیوپسی، اتوپسی و نکروپسی

- پیگیری ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی

- اجرای دستورالعملها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزادان در بیمارستان

- اساس کار چک لیستهای ارایه شده توسط کمیته های منطقه ای و کشور می باشد
- در صورت لزوم بر اساس نیازهای بیمارستانی ابزارهای پایشی فراتر از ابزارهای تعیین شده، طراحی و اطلاعات بدست آمده از اجرای آن به سطوح بالاتر ارسال می گردد
- دریافت هزینه ها از منابع حمایت کننده
- برگزاری دوره های بازآموزی احیاء نوزادان بر اساس سنجه های محور مادر و نوزاد

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این آیین نامه پیشنهاد شده است، سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

حضور مدیر گروههای تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته

حضور سرپرستاران و ماما ها و مسئولین سایر بخشها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

دستور العمل کمیته ارتقاء سلامت

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

Ph.D- پرستاری ، کارشناس و یا کارشناس ارشدپرستاری (سوپروایزر ارتقاء سلامت و مراقبت در منزل) که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

سوپروایزر ارتقاء سلامت و مراقبت در منزل

توالی برگزاری

حداقل هر دو ماه یکبار

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر اجرائی بیمارستان- مسئول تغذیه بالینی- مدیر پرستاری- مسئول بهداشت محیط- سوپروایزر آموزشی- مسئول واحد بهبود کیفیت- کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول فنی بیمارستان

سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است، سایر اعضای بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

- حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها ازجمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

-اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند. دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل هر ۲ ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان میتواند با هر فاصله زمانی پیشنهاد می گردد، تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور 2/3 اعضاء و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم

صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه و جلسه آتی ، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات و نتایج جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء و منابع مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل وضعیت اجرایی شدن مصوبه، علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به مسئول واحد بهبود کیفیت تحویل داده می شود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار مدیریت اجرایی مرکز درمانی رسانده میشود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته:

کمیته ارتقای سلامت بابتکارگیری شیوه های نوین مدیریتی بامحوریت ارتقای سطح سلامت جامعه و اثربخشی آموزش به بیماران، مراجعین و کارکنان بارعایت اصول حرفه ای در قالب استانداردهای ارتقای سلامت بااستفاده از منابع انسانی کارآزموده و بابت بهره گیری از تجهیزات نوین آموزشی فعالیت می نماید.

اهداف کمیته:

اجرای دستورالعمل های ارتقاء سلامت کارکنان و بیماران

ارتقاء سطح سلامت جامعه

شرح وظایف کمیته ارتقاء سلامت

- بررسی شاخص های سه ماهه واحد ارتقاء سلامت ، برنامه ریزی جهت دستیابی به موقع و صحیح به شاخص ها و ارتقاء آن و نظارت بر نحوه اجرای دستورالعمل های ارتقاء سلامت و آموزش به بیمار در کلیه بخش های درمانی در بیمارستان
 - اجرا و نظارت مستمر بر استقرار استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان
 - برقراری تعامل تیم درمان با واحد ارتقاء سلامت جهت استقرار ضوابط مربوط به ارتقاء سلامت و آموزش به بیمار
 - تاکید ویژه بر آموزش مستمر بیماران و همراهان و تامین نیازهای آموزشی در بیماران مبتلا به کووید
- 19
- نظارت بر اجرای دستورالعمل ارتقاء سلامت و آموزش به بیمار ابلاغی از وزارت در خصوص بیماران کرونایی
 - اجرا و نظارت مستمر بر شناسایی بیماران نیازمند به مراقبت در منزل از طریق فرم های ابلاغ شده وزارت متبوع
 - اجرا و نظارت مستمر بر رضایتمندی بیماران ارجاعی به مراکز طرف قرارداد از طریق فرم های ابلاغ شده
 - اجرا و نظارت مستمر بر فرآیند اثربخشی آموزش به بیمار
 - اجرای نیازسنجی آموزشی از بیماران و مراجعین و تدوین برنامه های جامع آموزشی و همگانی و گروهی مطابق با تقویم سلامت.
 - اجرای نیازسنجی آموزشی از پرسنل و تدوین برنامه جامع آموزش کارکنان منطبق با تقویم سلامت.
 - اجرای برنامه های آموزشی کارکنان در خصوص پیشگیری و درمان بیماری کوید-۱۹
 - نظارت مستمر بر رعایت پروتکل های بهداشتی استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی توسط کلیه کارکنان

- اجرا و نظارت مستمر بر اجرای برنامه های آموزش همگانی و گروهی طبق تقویم سلامت
- اجرا و نظارت مستمر بر عملکرد کلیه بخش های بستری، اورژانس و کلینیک در خصوص نحوه اجرای برنامه های ارتقاء سلامت
- اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء میزان رضایتمندی بیماران از آموزش های داده شده.
- اجرا و نظارت مستمر بر اجرای برنامه های آموزشی زمان ترخیص طبق چک لیست ترخیص
- اجرا و نظارت مستمر بر عملکرد پرستار ترخیص و ارزیابی اثربخشی آموزش های ترخیص
- ارزیابی و بررسی گزارش های عدم انطباق در خصوص شاخص اثربخشی آموزش به بیمار
- به روز رسانی دستور العمل های خودمراقبتی
- بررسی موردی عدم دریافت آموزش هایی موثر و ضروری زمان ترخیص با استفاده از پیگیری تلفنی بیماران پس از ترخیص
- بررسی موردی عدم ارجاع بیماران نیازمند خدمات مراقبت در منزل
- ارزیابی، تحلیل و گزارش عملکرد اجرای برنامه های ارتقاء سلامت و آموزش به بیمار بصورت فصلی
- بررسی موردی موارد بستری مجدد بدلیل دریافت ناکافی آموزش های زمان ترخیص
- بررسی موردی هر گونه مداخله جهت ارائه خدمات در منزل بدون هماهنگی با واحد مراقبت در منزل
- بررسی موردی هرگونه دریافت خدمات در منزل از مراکزی که طرف قرارداد با بیمارستان نمی باشند.
- تاکید ویژه بر ممنوعیت ارائه خدمات به بیماران بدون هماهنگی با سوپروایزر مراقبت در منزل
- اجرا و نظارت مستمر بر آموزش همگانی کارکنان طبق برنامه جامع آموزشی تدوین شده
- برگزاری دوره های معاینات ادواری کارکنان بصورت سالیانه
- آموزش های مورد نیاز کارکنان با استفاده از روش های مجازی طبق دستورالعمل های ارتقاء سلامت کارکنان
- تهیه برنامه منسجم برای خود ارزیابی عملکرد مدیریتی ارتقاء سلامت و آموزش به بیمار و تدوین اقدامات اصلاحی با توجه به نتایج خودارزیابی با سوپروایزر آموزشی کنترل عفونت و مدیریت پرستاری

- تبادل نظر در خصوص اجرای برنامه آموزش و ارتقاء سلامت کارکنان و بیماران با سوپروایزر آموزشی
کنترل عفونت و مدیریت پرستاری
- ارزیابی رضایت مندی بیماران و کارکنان از کیفیت آموزش های داده شده

دستور العمل کمیته ایمنی بیمار

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

Ph.D- پرستاری ، کارشناس و یا کارشناس ارشد پرستاری که بر اساس دستور ریاست بیمارستان انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

کارشناس ایمنی بیمار

توالی برگزاری

ماهانه

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان – مدیر اجرایی بیمارستان – مدیر پرستاری – سوپروایزر آموزشی- مسئول واحد بهبود کیفیت- کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- سوپروایزر کنترل عفونت- مسئول فنی بیمارستان سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد. نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند. علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است، سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

– حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته

– حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.
دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

سرپرستاران بخش ها

سوپروایزر آزمایشگاه

سوپروایزر و مسئول فنی داروخانه

سوپروایزر تصویربرداری

مسئول کلینیک

مسئول تاسیسات

کارشناس تغذیه

مسئول بهداشت محیط

مسئول بهداشت حرفه ای

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته ماهیانه تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان میتواند با هر فاصله زمانی پیشنهاد می گردد، تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور 2/3 اعضاء و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه

های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه و جلسه آتی ، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات و نتایج جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء و منابع مصوبات می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل وضعیت اجرایی شدن مصوبه ، علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به مسئول واحد بهبود کیفیت تحویل داده می شود .

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار مدیریت اجرایی مرکز درمانی رسانده میشود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته:

کمیته ایمنی بیمار جهت تامین، حفظ و ارتقا ایمنی بیمار در راستای ارائه خدمات تشخیصی درمانی و ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار در کلیه رده های کارکنان با رعایت اصول حرفه ای و در محیطی مبتنی بر رعایت اصول ایمنی بیمار فعالیت می نماید

اهداف کمیته:

- تضمین همه جانبه ایمنی بیمار
- التزام به ایمنی بیمار و رعایت آن توسط کلیه پرسنل
- ارتقا استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان

- ترویج ایجاد فرهنگ سازمانی عادلانه، ایمن و عاری از خطا.
- تبیین و تدوین اهداف معین و شفاف در ارتباط با موضوع ایمنی بیمار در بیمارستان و تاکید بر روی اجرای آنها
- ایجاد سیستمها و فرآیندهای مناسب برای شناسایی و ارزیابی مخاطرات در بیمارستان
- ارتقا سیستم گزارش دهی وقایع ناخواسته و اطمینان به کارکنان از سهولت و آسانی گزارش دهی وقایع و اتفاقات ناخواسته در سطح بیمارستان
- ایجاد و ترویج روشهای برقراری ارتباط باز و آزادانه با عموم مردم و جامعه و توجه به صیبتهای بیماران
- تشویق کارکنان به کسب تجربه در خصوص نیوه و چگونگی و علت وقوع اتفاقات ناخواسته با بکارگیری آنالیز علیتی
- نهادینه نمودن تجارب کسب شده در فرآیند گزارش دهی وقایع و اتفاقات ناخواسته با ایجاد تغییر در نیوه ارائه خدمات فرآیندها و سیستمها
- همکاری در بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن
- استقرار نظام ارزیابی و کاهش خطاهای پزشکی
- ایجاد سیستم گزارش وقوع خطاهای پزشکی
- ایجاد و آموزش چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان
- راهبری و مدیریت خطر موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار
- ایجاد نگرش سیستمیک در قبال بروز وقایع ناخواسته
- توجه به جلب مشارکت و تعامل با بیماران و همراهان در بیمارستان
- ایجاد برنامه مشخص و ویژهای برای ارتقاء حرفهای کارکنان در زمینه ایمنی
- شناسایی شاخصهای ایمنی بیمار، تعیین دادههای مورد نیاز، بررسی و آنالیز اطلاعات به دست آمده، تدوین و اجرای استراتژیها و برنامه های بهبود بر اساس شاخصها، ارزیابی و پایش آنها
- طراحی سیستم گزارش دهی خطاها از قبیل رویدادهای غیر منتظره Events Sentinel، نزدیک به وقوع miss Near و خطاهای ناخواسته Events Adverse مشتمل بر ترسیم فرآیندها، تدوین خط مشی و روشها، طراحی فرمها و چک لیستها با رویکرد تصحیح، کاهش و حذف خطرات
- شناسایی تکنولوژیها و فناوریهای نوین در جهت ارتقاء ایمنی بیمار
- نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی

- ظرفیت سازی کارکنان و مشارکت خدمت گیرندگان در سطح بیمارستان و اجرای الزامات ایمنی بیمار با رویکرد ایمنی بیمار
- نیازسنجی دوره های آموزشی به منظور ارتقاء درک و بصیرت کارکنان از استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار
- بستر سازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار
- نظارت مستمر بر اجرای دستورالعمل های ایمنی
- اتخاذ تدابیر به منظور کاهش خطا ها در بیمارستان
- ارتقا آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف
- درنظر گرفتن محوریت بیمار در برنامه ریزی ها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان
- ممانعت از هرگونه تاثیر منفی سیاستهای مالی، درآمذایی و صرفه جوییها بر ایمنی بیمار

شرح وظایف کمیته ایمنی بیمار

۱. هماهنگی برنامه ایمنی بیمار با مدیران ارشد بیمارستان
۲. تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارائه خدمات بهینه
۳. بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن
۴. ارائه موارد مطرح شده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پی گیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان
۵. بررسی مخاطرات و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و اجرای راهکارها بر مبنای آن
۶. نظارت بر ایجاد و چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان
۷. تحلیل ریشه ای وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار
۸. اقدام اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان
۹. اجرای استاندارد های ایمنی بیمار
۱۰. اجرای برنامه های ایمنی بیمار
۱۱. طرح موارد مربوط به واک راند های ایمنی
۱۲. طرح مشکلات ایمنی بیمارستان اعم از ایمنی بیمار، تاسیسات و ...
۱۳. ایجاد برنامه به منظور کاهش میزان خطا
۱۴. برنامه ریزی در بیمارستان به منظور رعایت ایمنی بیمار
۱۵. اجرای استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

۱۶. تدوین برنامه های ارتقاء سطح فرهنگ ایمنی در پرسنل مطابق با اعتقادات، باورها، ارزشها، اصول و شیوههای رفتاری، تعریف هنجارها و ناهنجارها مبتنی بر ایمنی بیمار با رویکرد فرهنگ بدون سرزنش
۱۷. شناسایی خطرات هر بخش و ارزیابی درجه ریسک و تدوین استراتژی جهت کاهش / حذف و یا انتقال خطر
۱۸. نظارت بر ترخیص ایمن بیمار
۱۹. هدایت فعالیت های بیمارستانی در جهت بیمارستان دوستدار ایمنی
۲۰. بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه /برنامه بهبود در صورت لزوم
۲۱. حمایت تیم رهبری و مدیریت از کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار
۲۲. بررسی ۲۰ پرونده در ماه و استخراج ترایگر های سلامت و طرح در کمیته و RCA آن

آیین نامه کمیته پایش و سنجش کیفیت

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

یک نفر پزشک / کارشناس مسلط و آگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته:

کارشناس مسئول بهبود کیفیت یا کارشناس بهبود کیفیت بیمارستان

توالی برگزاری:

حداقل هر دو ماه یکبار

ترکیب اعضای کمیته:

رئیس مرکز، مدیر مرکز، مدیر پرستاری، معاون درمان، کارشناس مسئول بهبود کیفیت، کارشناس بهبود کیفیت، مسئول کمیته های مرکز، مسئول امور مالی، سوپروایزر آموزشی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، کارشناس مسئول فناوری اطلاعات، کارشناس مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

اعضای موقت کمیته:

براساس دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند. دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته:

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان می تواند دوماه یکبار تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته:

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه های کمیته):

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، رئیس جلسه، دبیر جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی (مصوبات اجرا نشده جلسات قبل)، شرح مصوبات و اقدامات، مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجرای مصوبات و منابع مورد نیاز جهت اجرای هر مصوبه می باشد، تنظیم می گردد و امضاء امضاء در قسمت افراد حاضر و غایب تهیه شده و در نهایت صورتجلسه به امضاء ریاست بیمارستان رسانده می شود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورتجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها

می باشد. یک نسخه صورتجلسه امضا شده توسط مسئول کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات:

مصوبات توسط دبیر کمیته پیگیری می گردد. دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری های لازم و مستمر را انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات را به تیم مدیریت اجرایی ارائه کند و تیم اجرایی در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه وارد می گردد. ارزیابی کمی عملکرد هر کمیته به صورت فصلی در جدولی شامل تعداد جلسات، تعداد مصوبات، تعداد و درصد مصوبات اجرا شده، تعداد و درصد مصوبات اجرا نشده، درصد شرکت اعضای اصلی در کمیته و درصد برگزاری جلسات طبق تقویم زمان بندی انجام می پذیرد. سپس در جدولی که به منظور ارزیابی عملکرد کمیته ها طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات، وضعیت اجرایی شدن مصوبه و علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی را در جدولی که به همین منظور طراحی شده (در راستای مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند. در صورت اجرایی شدن از صورت جلسات بعدی حذف خواهد شد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

جهت تعامل کمیته پایش و سنجش بهبود کیفیت با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی تمهیدات ذیل به کار رفته است:

- مصوبات اجرا نشده به استحضار تیم مدیریت اجرایی مرکز رسانده می شود.
- مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری به عمل آید.

رسالت کمیته:

کمیته پایش و سنجش کیفیت مسئول پیشبرد هماهنگ و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت و ارتقاء ایمنی بیمار در راستای اعتباربخشی ملی بیمارستان های کشور می باشد.

اهداف کمیته:

- آموزش های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
- ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
- سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخش ها/واحدها و مدیریت بیمارستان • هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیتهای بهبود کیفیت در کل بیمارستان • تدوین فهرست اولویتهای و شاخصهای بهبود کیفیت بیمارستان
- بررسی نتایج تحلیل های کلی و اقدامات اصلاحی در جهت بهینه سازی بیمارستان
- نظارت بر اجرای مصوبات بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی جهت ارتقاء بیمارستان
- بهبود عملکرد کلیه فرایندهای بیمارستانی اعم از اصلی، مدیریتی، پشتیبانی با استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی های درونی و بیرونی سازمان های بالا دستی و شخص ثالث
- افزایش رضایتمندی مشتریان بیرونی (بیرونی، همراهان) و داخلی (اعم از پزشکان، پرستاران، اداری، مالی، فراگیران)
- پایش میزان پیشرفت اجرای برنامه های بهبود بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای ایمنی بیمار

شرح وظایف کمیته پایش و سنجش کیفیت:

- فرایند های اصلی بیمارستان را شناسایی، تصویب، بازنگری و ابلاغ می نماید.
- نظارت بر تدوین و بازنگری برنامه استراتژیک، عملیاتی، بهبود کیفیت و کلیه برنامه های مربوط به بیمارستان مسئول
- بهبود کیفیت بعنوان نماینده تیم مدیریت اجرایی بامشارکت سایر اعضا و مسئولین بالینی و غیر بالینی فرایندهای اصلی بیمارستان را شناسایی نماید.
- دفتر بهبود کیفیت بامشارکت مسئولین بخش ها/واحدها شاخص های سنجش فرایندهای اصلی بیمارستان را تعیین و نسبت به پایش و اندازه گیری آنها در بازه زمانی معین اقدام و تحلیل نتایج ارزیابی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه نماید.
- تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرایند نسبت به اقدام اصلاحی /تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت و در صورت لزوم بازنگری فرایندها اقدام نماید.
- تیم مدیریت اجرایی شاخص های برنامه ای و مسئول پایش و اندازه گیری میزان پیشرفت هر یک از برنامه های عملیاتی /بهبود کیفیت را تعیین نموده و بر روند پایش و ارزیابی آنها نظارت نماید.
- مسئولان پایش برنامه ها نتایج پایش و ارزیابی برنامه های عملیاتی /بهبود کیفیت مربوط را به صورت فصلی در کمیته پایش و سنجش کیفیت گزارش و پس از بررسی نتایج به تیم مدیریت اجرایی گزارش کنند.

- تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه های عملیاتی درخصوص هر یک از برنامه ها در صورت لزوم اقدام اصلاحی تدوین و ابلاغ نمایند و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آنها نظارت کند.
- دفتر بهبود کیفیت بامشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئولین بالینی و غیر بالینی شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد کنند.
- دفتر بهبود کیفیت بامشارکت مسئولان ارزیابی هریک از شاخصهای عملکردی نتایج را در فواصل زمانی تعیین شده از بخشهای بیمارستان دریافت و پس از تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش نماید.
- پیگیری و مداخله جهت حل نقاط قابل بهبود که توسط مسئولان بخشها واحدهای بیمارستان با همکاری کارکنان شناسایی شده اند و پس از اولویت بندی، این کمیته با همکاری مسئولین مربوطه باید برنامه ریزی لازم جهت انجام اقدامات اصلاحی در قالب برنامه های بهبود کیفیت عملیاتی را انجام دهد.
- گزارش دبیر کمیته های بیمارستانی در خصوص میزان اجرای شدن مصوبات هر کمیته به تفکیک درصد برگزاری کمیته (بر اساس دستورالعمل ابلاغی) و میزان حضور اعضاء طرح مصوبات سایر کمیته ها که نیاز به مداخله تیمی و همفکری با مدیران ارشد دارند.
- دفتر بهبود کیفیت برنامه های بهبود کیفیت پیشنهادی بخش ها/واحدها در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولان بر پیشرفت اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی گزارش نماید.
- نظارت بر تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی در سطح مرکز
- نظارت بر استخراج عدم انطباق های مرتبط با فرایندهای موجود در بخش ها و واحد های مرکز
- پیگیری آموزش دستورالعمل ها و استانداردهای اعتباربخشی به کلیه کارکنان مرکز

نکات:

- رئیس بیمارستان یا جانشین تام الختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.
- کارشناس مسئول بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشد .
- علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این آیین نامه پیشنهاد شده است، سایر اعضاء بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.
- مدیر گروه های تخصصی های مختلف بر اساس موضوع کمیته حضور داشته باشند.
- مدت زمان جلسه حداکثر ۲ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
- در صورت غیبت اعضای ثابت به صورت ۳ جلسه متوالی، بررسی های لازم جهت تعیین عضو جدید با تشخیص ریاست جلسه انجام می گیرد.

دستورالعمل کمیته تجهیزات پزشکی

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند. (ریاست جلسات کمیته های موسسه خدمات درمانی البرز بر عهده بالاترین مقام مسئول اجرایی موسسه) مدیر عامل موسسه) می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

دکترای تخصصی مهندسی پزشکی، کارشناس و یا کارشناس ارشد مهندسی پزشکی که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد. (مسئولیت دبیر کمیته بر عهده ی کارشناس فنی و متخصص مرتبط با هر کمیته است که با تایید ریاست کمیته تعیین می گردد).

دبیر کمیته

مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان

توالی برگزاری

حداقل هر ماه یکبار

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان - معاون درمان - مدیر پرستاری - معاون امور مالی و اداری سوپروایزر آموزش - مسئول واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت - کارشناس مسئول کمیته های بیمارستانی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول تجهیزات پزشکی - کارشناس تجهیزات پزشکی - مسئول تدارکات - سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته، تعیین میگردند.

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است، سایر اعضا بر اساس صلاحدید

رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته

حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های

مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل هر ماه یکبار تشکیل شوند.

نحوه به رسمیت شناختن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه

های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور

کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات، مباحث مطرح شده

مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات و منابع مالی می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء

اعضای حاضر در

جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط مسئول کمیته ها نگهداری می شوند.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده ثبت می گردد و با توجه به بازه زمانی درج شده در صورتجلسه توسط دبیر کمیته پیگیری، در صورت عدم تحقق دلایل در کمیته آتی طرح می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند. - پایش و اثربخشی مصوبات کمیته به صورت فصلی توسط مسئول کمیته ها به واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت ارائه می گردد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده میشود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته

*تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی

*ترویج فرهنگ مدیریت مشارکتی

*ترویج کار گروهی در حل مشکلات بیمارستان

*گردش اطلاعات و ایجاد درک متقابل ما بین کارکنان و مدیران ارشد

*اخذ مشارکت پزشکان در برنامه های بهبود کیفیت و ایمنی بیماران

اهداف کمیته

تحقیق، بررسی، جایگزینی یا اصلاح فرآیند ها-تشخیص، پایش، جبران یا به تعویق انداختن آسیب - تشخیص، پایش، پیشگیری و پیش بینی -حمایت یا پشتیبانی از ادامه فرآیند حیات-کنترل کیفیت تجهیزات پزشکی جهت ارائه خدمات درمانی متناسب با نیاز بیماران و برنامه ریزی جهت توسعه و نگهداری تجهیزات پزشکی

رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته

حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های

مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل هر ماه یکبار تشکیل شوند.

نحوه به رسمیت شناختن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضاء و حضور ریاست و یا جانشین ایشان دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم صورتجلسه

های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور

کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات، مباحث مطرح شده

مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجراء مصوبات و منابع مالی می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء

اعضای حاضر در

جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط مسئول کمیته ها نگهداری می شوند.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

دستورالعمل کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

براساس دستورالعمل کمیته ها و اعتبار بخشی ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

کارشناس و یا کارشناس ارشد مامایی بر اساس دستور رییس کمیته و با ابلاغ رسمی از طرف ایشان انتخاب می گردد.

دبیر کمیته :

مسئول زایشگاه و یا یک نفر از کادر مامایی در هر مرکز

توالی برگزاری :

با توجه به شرایط مراکز و امار زایمان ها و مراجعین به کلینیک زنان و مصوبه ی کمیته اجرایی در هر مرکز از ماهیانه تا فصلی قابل تغییر می باشد.

ترکیب اعضای کمیته :

اعضا شامل افراد ثابت و موقت می باشند که افراد ثابت در این کمیته شامل:

*رییس بیمارستان

*مدیر بیمارستان

*مدیریت پرستاری و مامایی

*کارشناس ایمنی بیمار

*کارشناس بهبود کیفیت

*سوپروایزر آموزشی

*مسئول زایشگاه

* مدیر گروه زنان

*مسئول کمیته های بیمارستان

*سرپرستار بخش نوزادان و اطفال

*متخصص اطفال

* دبیر کمیته

اعضای موقت کمیته :

بنا بر دستور و موضوع جلسه و با نظر ریاست بیمارستان و پیگیری جهت اجرای مصوبات از بخش های درمانی و غیر درمانی، انتخاب می شوند.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

برنامه زمانی در بیمارستان های ریفرال زنان و نوزادان ماهانه توصیه می شود ولی با توجه به شرایط مراکز و هماهنگی با کارشناس مسئول کمیته ها در معاونت درمان ، کارشناس مربوطه در اداره امور مامایی و مصوبه کمیته اجرایی تا تواتر فصلی نیز قابل تغییر می باشد.

نحوه رسمیت یافتن کمیته :

با حضور ۲/۳ از اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان و دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات (حداقل های مورد انتظار در فرم صورت جلسه های

کمیته ها):

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات قبلی، شرح مصوبات و اقدامات مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیر مصوبات، مهلت زمان اجرا و دستور کار جلسه آینده می باشد که می بایست صورت جلسه به رویت اعضای حاضر و همچنین غایب در جلسه نیز رسانده شود و یک نسخه نزد مسئول کمیته ها نگهداری گردد.

نحوه پیگیری مصوبات:

مصوبات هر کمیته توسط دبیر کمیته پیگیری خواهد شد و با توجه به تقسیم کار اعضا اقدامات پیگیری خواهد شد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

وضعیت اجرایی شدن مصوبه، علل عدم تحقق مصوبات و روند اجرایی شدن مصوبات در قسمت پیگیری مصوبات جلسه قبل در فرمت کمیته ها نگارش می گردد و در ابتدای هر جلسه توسط دبیر کمیته برای حاضرین ایراد می گردد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته :

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی و اقدامات اصلاحی انجام شده و پیشنهادی در کمیته را ثبت می کند و در کمیته آتی مطرح می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

مصوبات معوقه و تکراری که حائز اهمیت می باشند و به دلایل مختلف اجرایی نشده اند در کمیته مدیران اجرایی مطرح گردند تا پس از توافق نهایی تعیین تکلیف گردند و چالش های عملیاتی نشدن آنها مشخص گردد و از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری به عمل آید.

رسالت کمیته :

افزایش امار زایمان های طبیعی و بدون عارضه در مادر و نوزاد و حذف کامل سزارین های انتخابی و الکتیو

اهداف کمیته :

هدف از تشکیل این کمیته افزایش تعداد موالید از طریق زایمان طبیعی ، کاهش میزان سزارین های الکتیو ، ارتقا مدیریت درد ، پایش انطباق عملکرد بلوک زایمان با دستورالعمل های ابلاغی مرتبط ، ارتقا ایمنی مادران و نوزادان می باشد.

شرح وظایف کمیته :

- بررسی شاخص های سلامت مادر و نوزاد
- بررسی علل زایمان های انجام شده از طریق سزارین با مرور پرونده های مربوطه
- طراحی مداخلات جهت کاهش سزارین های انتخابی و بدون اندیکاسیون و افزایش موالید از طریق زایمان طبیعی
- تهیه نشریات آموزشی برای مادران
- تلاش در جهت پیاده سازی استاندارد های اعتبار بخشی
- ارائه بازخورد مناسب به کارکنان (ماماها و متخصصین)
- هدایت فعالیت های بیمارستانی بر اساس ضوابط بیمارستان دوستدار مادر و کودک

- اجرای برنامه های آموزشی در سطح بیمارستان جهت کارکنان مرتبط با مراقبت مادر و کودک و توجیه کارکنان جدید الورد
- تلاش در جهت تشکیل گروه های حمایت کننده از مادر و نوزاد
- ارسال صورت جلسات با توجه به تواتر کمیته ها و شرایط موجود در مراکز
- نظارت بر مراقبت های مادران در دوران بارداری
- نظارت بر ترخیص همزمان مادر و نوزاد
- شرکت اعضا در دوره های باز آموزی و وبینار ها و کنفرانس های برگزار شده از طرف دانشگاه که مرتبط با موضوع کمیته می باشد.
- بازدید و نظارت مستمر و منظم توسط یکی از اعضای کمیته از بخش های مرتبط به منظور نحوه آموزش مادران و ارائه رهنمود ها جهت رفع نواقص
- انجام و نظارت بر پایش های داخل بیمارستانی و پیگیری دریافت نتایج و برنامه ریزی برای انجام مداخلات لازم
- تهیه بروشور های آموزشی جهت مادران و مراجعین باردار
- همکاری در جهت فعال سازی و ارائه مطالب آموزشی جهت سایت بیمارستان

نکته :

با توجه به مباحث مطرح شده در جلسات، مدیر گروه سایر تخصص ها و یا مسئول فنی داروخانه و سایر سرپرستاران به دعوت دبیر کمیته شرکت خواهند کرد . این کمیته با توجه به زمانبندی صورت گرفته شده علاوه بر ارسال به کارشناس مسئول کمیته ها در امور بیماری ها به اداره امور مامایی نیز می بایست ارسال گردد، همچنین با توجه به سنجه های اعتبار بخشی این کمیته با توجه به شرایط مراکز به صورت مشترک با کمیته تغذیه با شیر مادر و یا مستقل تشکیل خواهد شد.

دستور العمل کمیته تعیین تکلیف بیماران

BED MANAGER

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

براساس دستور العمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان با توجه به تخصص و تجارب فراوان در عرصه مدیریتی و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

دکترای پرستاری ، کارشناس ارشد و یا کارشناس پرستاری (سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان) با توجه به تجارب و تخصص و حسن رفتار حرفه ای فرد مورد نظر بر اساس دستور العمل رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان

توالی برگزاری

ماهانه

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان/ جانشین تام الاختیار ایشان - مدیریت بیمارستان - مسئول فنی بیمارستان - رئیس بخش اورژانس - مسئول BED MANAGER بیمارستان - مدیریت پرستاری - مدیر طب اورژانس مدیریت منابع انسانی - سوپروایزر آموزشی - مسئول بهبود کیفیت - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

بیمار- کارشناس هماهنگ کننده کمیته های بیمارستانی - دبیر کمیته - سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید ریاست کمیته تعیین می گردند .

نکته :

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستور العمل پیشنهاد شده است ، سایر اعضا بر اساس صلاحدید جدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند .

نکته :

- حضور مدیر گروه های تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته

- حضور سرپرستاران و مسئولین سایر بخش ها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

اعضای موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته حداقل هر ماه یکبار تشکیل شوند

نحوه رسمیت یافتن کمیته

باحضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان و دبیر جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته

- مسئول بهبود کیفیت فرم صورتجلسه طراحی شده از سوی معاونت درمان دانشگاه را در اختیار تمامی دبیران کمیته ها قرار داده است.
- صورت جلسات ظرف مدت یک هفته تا ۱۰ روز کاری از تاریخ تشکیل کمیته باید توسط دبیر کمیته تنظیم و فایل الکترونیکی آن را به دفتر بهبود کیفیت تحویل نماید.
- وجود امضا رئیس کمیته موید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها می باشد.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

- برای هر یک از مصوبات توسط رئیس کمیته مسئول پیگیری و مسئول اقدام تعریف می شود.
- مسئول پیگیری موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری های لازم و مستمر را انجام داده و گزارش خود را به دبیر کمیته اعلام نماید.
- چنانچه در اجرای مصوبه مورد نظر اشکال و یا مانعی جهت اجرا وجود داشته باشد، توسط فرد مسئول پیگیری و تا حد امکان برطرف و در غیر اینصورت در جلسه بعدی مطرح می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

- میزان اجرا و یا عدم اجرای مصوبات کمیته ها توسط مسئول هماهنگی کمیته ها به صورت فصلی بر اساس شاخص های فصلی کمی و کیفی پایش می شوند:
- میزان اجرای کلیه کمیته ها بر طبق تقویم کمیته ها کنترل و پایش می شود.
- کلیه مصوبات کمیته ها بررسی می شود و میزان اجرای مصوبات و دلایل عدم تحقق مصوبات برای هر کمیته به صورت فصلی پایش می شود.
- نتایج ارزیابی پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت به تیم اجرایی ارائه خواهد شد و این تیم اقدام اصلاحی را جهت ارتقاء عملکرد کمیته ها انجام خواهد داد.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

- میزان اثربخشی مصوبات کمیته ها به صورت شاخص های کمی و کیفی به صورت فصلی پایش و اندازه گیری می شود.
- مسئول هماهنگی کمیته ها ۶ ماهه کلیه مصوبات کمیته ها را از حیث علت عدم تحقق بررسی ، دسته بندی و طی گزارشی تحلیلی برای مدیریت ارسال می نماید.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده ، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده می شود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته BED MANAGER

ارتقای بخش اورژانس و کاهش علل ایجاد ازدحام در بخش اورژانس در خارج این بخش و افزایش ظرفیت پاسخگویی بخش اورژانس و در پی آن بیمارستان باید هماهنگی و همکاری تنگاتنگی میان بخش اورژانس و سایر بخش های بیمارستان ایجاد نماید

اهداف کمیته BED MANAGER

- ۱- کاهش طول اقامت بیماران بستری و اورژانس و عوارض ناشی از اقامت بی دلیل
- ۲- بررسی علل اقامت بیش از اندازه بیماران در بخش های بستری بیمارستان
- ۳- بررسی علل و عوارض بوجود آمده از اقامت بی دلیل بیماران
- ۴- برخورد با مواردی (دستور اقامت و بستری بیمار بدون توجیه علمی) که بطور مکرر توسط پزشک اعمال میگردد و در حدود اختیارات بیمارستان است
- ۵- اتخاذ رویکرد مناسب به منظور کاهش طول اقامت بیماران در بیمارستان
- ۶- تعیین پروتکل های لازم به ازای هر رشته برای به حداقل رساندن مدت اقامت بیماران
- ۷- دقت ویژه به تخلیه اورژانس و تعیین تکلیف بیماران زیر ۶ ساعت
- ۸- تسهیل روند رسیدگی به بیماران
- ۹- اطمینان از عدم وجود زمان ازدست رفته جهت انجام اقدامات ضروری
- ۱۰- افزایش بهره وری

۱۱- کاهش اشغال غیر ضروری تخت های بیمارستان

۱۲- افزایش ظرفیت پاسخگویی بیمارستان

۱۳- فراهم کردن فضای درمانی مورد نیاز برای بیماران اورژانسی بر اساس اولویت اعلام شده

۱۴- نظارت بردلی انتقال بیماران به بخش های مربوطه در آماده سازی تخت در بخش تا قرار گیری بیمار در آن تخت

روند تعیین تکلیف و ترخیص بیماران از بخش ها

۱۵- تسریع در انجام اقدامات پاراکلینیک بیماران از بخش ها

۱۶- اولویت بندی انجام اقدامات پاراکلینیک

۱۷- انعطاف در اختصاص تخت های بخش بستری به بیماران نیازمند

۱۸- نظارت بر روند ترخیص به موقع بیماران

شرح وظایف کمیته BED MANAGER

۱- ریاست بیمارستان روند بستری بیماران در بخش های اورژانس را بطور روزانه مورد پایش قرار میدهد

۲- کمیته BED MANAGER موظف است که پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش

اورژانس و سایر بخش های بیمارستان را تدوین و بر حسن اجرای آن نظارت نماید

۳- مدیر BED MANAGER تعریف و با ابلاغ ریاست بیمارستان معرفی گردد

این مدیر مسئول نظارت بر جریان بستری بیماران از ورود به بخش اورژانس تا بستری و ترخیص از

بخش های بستری میباشد

۴- در بیمارستان های دارای طب اورژانس تعیین تکلیف بیماران و تصمیم گیری در مورد گروه های تخصصی

مسئول و بخش بستری بیمار بر عهده متخصص طب اورژانس مقیم آن شیفت است

۵- موانع موجود جهت بستری بیماران بصورت دقیق موشکافی و در کمیته تعیین تکلیف مطرح می گردند .

آیین نامه کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلایا

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

بر اساس دستورالعمل کمیته ها، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

کارشناسی / کارشناسی ارشد و بالاتر رشته های مدیریت با کلیه گرایش های بیمارستان (که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد)
احراز صلاحیت بر اساس اطلاعات در برنامه مدیریت خطر و حوادث و بلایا
بر اساس سابقه کارکرد در بیمارستان
آشنایی با برنامه مدیریت خطرو حوادث و بلایا

دبیر کمیته

کارشناس بحران و بلایای بیمارستان

توالی برگزاری کمیته

حداقل هر ماه یکبار (ماهانه)

ترکیب اعضای کمیته

رئیس بیمارستان (یا نماینده تام الاختیار)

مدیر بیمارستان

مدیر خدمات پرستاری

سوپروایزر آموزشی

سوپروایزر بالینی

مسئول ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

مسئول بهبود کیفیت

مسئول تاسیسات

مسئول حراست

بهداشت حرفه ای

بهداشت محیط

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.
نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.
علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این دستورالعمل پیشنهاد شده است، سایر اعضای بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

اعضای موقت کمیته

رئیس امور مالی

رئیس امور اداری

مسئول تجهیزات پزشکی

مسئول فنی اورژانس

سرپرستار اورژانس

مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی/پزشکان

بسته به دستور جلسه و با نظر ریاست کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت بر عهده دبیر کمیته می باشد

برنامه زمانی تواتر جلسه

جلسات کمیته به صورت ماهانه تشکیل می شود.

نحوه رسمیت یافتن جلسات

جلسات کمیته ها بر اساس برنامه ی تنظیم شده و با حضور حداقل دو سوم اعضای کمیته تشکیل یافته و مصوبات با رای موافق حداکثر اعضای حاضر در جلسه قابل اجرا خواهد بود.

در صورتی که هر یک از اعضاء بنا به دلایلی بیش از سه جلسه متوالی و یا پنج جلسه متناوب بدون اطلاع قبلی در جلسات حضور نیابد مراتب کتباً از طرف دبیر کمیته به ریاست بیمارستان اعلام شده تا نسبت به انتخاب و معرفی فرد جایگزین اقدام گردد.

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، مکان، تاریخ جلسه آتی، رئیس جلسه، دبیر جلسه، دستور کار جلسه، دستور کار جلسه آتی، مباحث مطرح شده توسط اعضاء، مصوبه، مسئول اقدام، مسئول پیگیری، مهلت زمان اجراء، منابع، عنوان، علت عدم تحقق، لیست اعضاء حاضر و غایب در کمیته می باشد که تنظیم گردیده و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضاء شده توسط رابط کمیته ها نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کمیته های بیمارستانی توسط دبیر کمیته ها در پایان هر فصل در جدولی که شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و پایش شده و نتیجه پایش به دفتر بهبود کیفیت ارسال می شود. میزان اثر بخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته ها و پایش کمیته ها توسط دفتر بهبود کیفیت ارزیابی شده و نتایج به کمیته مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش شده و اقدام اصلاحی لازم به عمل می آید

پایش اثر بخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیران اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز درمانی رسانده میشود. مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها و توافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

رسالت کمیته

کمیته بحران و بلایا به منظور آماده سازی بیمارستان برای مقابله با بحرانها و بلایای طبیعی و انسان ساخت و مدیریت آن به منظور کاهش عوارض و تبعات ناشی از آنها و ایجاد آمادگی مداوم در مرکز می باشد

اهداف کمیته

افزایش آگاهی کلیه کارکنان مرکز در مقابله با بحران ها و حوادث غیرقابل پیش بینی و آموزش کارکنان
برنامه ریزی جهت حفظ آمادگی دائمی بیمارستان جهت مشارکت فعال و موثر و همه جانبه در موارد وقوع حوادث غیرمترقبه

تقویت عملکرد و تجهیز بیمارستان در رابطه با بحران های درون و برون سازمانی
نظارت و ارزیابی عملکرد بیمارستان در خصوص آمادگی و مواجهه با شرایط اضطراری

شرح وظایف کمیته

بررسی و تعیین بحران و بلایای محتمل در منطقه و تدوین برنامه مستند بیمارستان جهت مقابله با

بحران

تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا

تدوین برنامه فراخوانی اعضا ۶ تیم پاسخ اضطراری و جانشین های تعیین شده

نظارت بر انجام وظایف مسئولیت ها و اختیارات اعضا ۶ تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران

فعال سازی برنامه در زمان بحران

نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، آتش نشانی و تخلیه

نظارت بر آموزش تمامی کارکنان بیمارستان به تناسب نقش ها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه

شناسایی مخاطرات بیمارستان

دستورالعمل کمیته دارو درمان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته :

بر اساس دارا بودن شرایط : سوابق کاری مرتبط ، قدرت بیان و همکاری ، توانایی مدیریت کمیته ، تسلط کامل به ماموریت و هدف کمیته ، انگیزه ، پیگیری جهت اجرایی نمودن مفاد کمیته می باشد همچنین میتواند با پیشنهاد اعضاء کمیته و تایید نهایی تیم مدیریت ورهبری انتخاب شود .

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته :

نحوه انتخاب دبیر کمیته ها بر اساس دارا بودن شرایط : سوابق کاری مرتبط ، قدرت بیان و همکاری ، توانایی مدیریت کمیته ، تسلط کامل به ماموریت و هدف کمیته ، انگیزه ، پیگیری جهت اجرایی نمودن مفاد کمیته می باشد همچنین میتواند با پیشنهاد اعضاء کمیته و تایید نهایی تیم مدیریت ورهبری انتخاب شود.

دبیر کمیته :

۱. هماهنگی با مسئول برگزاری کمیته ها
۲. هماهنگی زمان تشکیل جلسات کمیته ها مربوط با افراد جلسه و تعیین تواتر برقراری جلسات طبق جدول زمانبندی کمیته ها
۳. اطلاع رسانی جلسات و ارسال دعوتنامه به دفتر ریاست ، مدیریت ، و اعضاء اصلی و مدعو
۴. انشاء صورتجلسات در فرمت مخصوص ، ثبت افراد حاضر ، وغائبین و ارسال نسخ آن نزد مسئول برگزاری کمیته های مرکز پس از هر پایان جلسه حداکثر تا ۴۸ ساعت
۵. ثبت مصوبات جلسه ، تعیین مسئول پیگیری ، طول زمان مقرر ، مسئول اقدام با در نظر گرفتن منابع مورد نیاز مصوبات در صورتجلسه و اعلام در جلسه بعدی
۶. پیگیری مصوبات جلسه از مسئول پیگیری در طول زمان مقرر و اعلام گزارش پیگیری تا یک هفته بعد از تشکیل جلسه به ریاست مرکز
۷. هدایت جلسه در راستای اهداف جلسه و دستور کار جلسه
۸. تعامل عادلانه با کلیه اعضاء
۹. اطلاع رسانی مصوبات و تصمیمات متخذه در جلسه با سایر پرسنل و اعضاء در صورت تصمیم بر تغییر روند یا تاکید از ابلاغیه برای اطلاع رسانی مصوبات اقدام نماید

۱۰. تلاش مستمر در جهت افزایش کیفیت و بهبود عملکرد بیمارستان با اجرای مصوبات
۱۱. در صورت عدم حصول نتیجه مسا ئل مطروحه در هر کمیته انحصاراً "همان موضوع در کمیته مدیریت اجرایی مرکز مطرح و نتیجه آن در مصوبات جلسات بعدی کمیته مربوطه ثبت گردد
۱۲. تصمیمات متخذه در جلسات ، در پایان هر فصل پیگیری شوند و تحقق یا عدم تحقق مصوبات مشخص شود .
۱۳. پایش و ارزیابی عملکرد کمیته ها سه ماهه وارسال آن به مسئول بر گزاری کمیته ها
۱۴. -هماهنگی زمان تشکیل جلسات با اعضاء جلسه
۱۵. - صدور و ابلاغ صورتجلسات به واحدهای مربوطه
۱۶. - پیگیری مصوبات کمیته و وظایفی که برای اعضاء کمیته تعیین شده است.

توالی بر گزاری کمیته :

این کمیته به صورت ماهانه برگزار میگردد .

ترکیب اعضاء کمیته :

اعضای ثابت و اعضاء اصلی کمیته دارو که متناسب با وظایف و تخصص مورد نیاز توسط تیم مدیریت رهبری انتخاب میشوند . که عبارتند از

- ریاست مرکز _مدیریت مرکز _معاونت درمان _معاونت آموزشی مرکز _مدیریت پرستاری مرکز
- ناظر دارویی _مسئول تجهیزات پزشکی مرکز _مسئول فنی داروخانه _متخصص طب اورژانس
- رئیس امور مالی _سوپر وایزر آموزشی _مسئول بهبود کیفیت _ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی _مسئول بر گزاری کمیته ها _نماینده سرپرستاران بخش های ویژه _و اورژانس _ کارشناس it-

اعضای موقت کمیته :

اعضای موقت و مدعو بر اساس مقتضیات کمیته توسط دبیر جلسه دعوت و اطلاع رسانی می گردد .

برنامه ریزی تواتر جلسات کمیته :

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی و الزامات درون و برون سازمانی، کمیته های بیمارستانی حداقل در فواصل زمانبندی کمیته که تنظیم شده برگزار میشود و در صورت لزوم و بنا به دستور رئیس کمیته، جلسات میتواند به صورت فوق العاده نیز برگزار شود فاصله زمانی برگزاری جلسات (حداکثر زمان طول زمان هر جلسه) یک ساعت می باشد.

نحوه به رسمیت شناختن کمیته :

نحوه به رسمیت شناختن کمیته با حضور حداقل اعضاء نصف + ۱ نفر از اعضا کمیته می باشد. در صورت غیبت بیش از سه بار در جلسه فرد از حضور در جلسه محروم میشود و نفر بعدی به انتخاب دبیر و اعضای مدیریت اجرایی تعیین میگردد.

نحوه مستند سازی صورتجلسات کمیته :

نحوه مستند سازی سوابق جلسات: نسخه اصلی صورتجلسات و ارزیابی و پایش کمیته ها توسط مسئول برگزاری کمیته ها در واحد ایشان و دفتر بهبود کیفیت نگهداری و در فولدر اطلاع رسانی به صورت الکترونیک اطلاع رسانی میشود.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته :

نحوه پیگیری مصوبات باتعیین مسئول اجرا مصوبات و تعیین بازه زمانی جهت اجرا تعیین می گردد و نتایج حاصل از تمامی بندهای صورتجلسات در کمیته بعدی توسط مسئولین معین شده گزارش و ثبت می گردد. تصمیمات متخذه در جلسات در پایان هر فصل پیگیری شوند و تحقق یا عدم تحقق مصوبات قبلی کمیته ها مشخص شوند و مصوبات کمیته ها دارای نتیجه مشخص باشد. در صورت عدم حصول نتیجه مسائل مطروحه در هرکمیته انحصارا همان موضوع در کمیته هیئت اجرایی مرکز مطرح و نتیجه به آن در مصوبات جلسات بعدی کمیته مربوطه ثبت گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته :

دستور کار کلیه کمیته ها در همان کمیته مورد بحث و تحلیل قرار می گیرد در صورت عدم حصول نتیجه مطلوب مشکل مربوطه به کمیته تیم مدیریت اجرایی انتقال داده می شود تا راهکار نهایی جهت اجرایی شدن امر

مربوطه با در نظر گرفتن اولویت مسائل مطرح و مورد بررسی قرار می گیرد . در پایان هر جلسه کمیته چک لیست کمی و کیفی کمیته ها توسط دبیر کمیته جمع بندی و خود ارزیابی می گردد و نهایتاً نتایج ارزیابی چک لیست کمیته ها توسط مسئول برگزاری کمیته تحویل دفتر بهبود ارائه میگردد . ارزیابی و پایش کمیته ها توسط مسئول برگزاری کمیته ها در واحد ایشان و دفتر بهبود کیفیت نگهداری و در فولدر اطلاع رسانی به صورت الکترونیک اطلاع رسانی میشود .

پایش اثربخشی مصوبات کمیته :

نحوه ارزیابی کمیته ها به صورت فصلی و در طی سال ۴ بار انجام می گردد که در آن شرح ، مصوبات ، و شاخص های کمیته ها و بندهای نیاز مند برنامه اصلاحی مشخص و پیگیری می گردد ، . ارزیابی و پایش کمیته ها توسط مسئول برگزاری کمیته ها در واحد ایشان و دفتر بهبود کیفیت نگهداری و در فولدر اطلاع رسانی به صورت الکترونیک اطلاع رسانی میشود و به دبیر کمیته مورد نظر اطلاع رسانی میگردد پایش و اثر بخشی برخی کمیته ها و همچنین مصوبات انجام نشده کمیته های بیمارستانی در این کمیته مدیریت اجرایی مطرح و تصمیم گیری به اطلاع اعضاء رسانده میشود .

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

دبیر کمیته تیم مدیریت اجرایی نقش مهمی در تعیین و شرایط برگزاری کمیته ها ایفا میکند و پایش و اثر بخشی برخی کمیته ها و همچنین مصوبات انجام نشده کمیته های بیمارستانی در این کمیته مطرح و تصمیم گیری میشود و به دبیر کمیته مورد نظر اطلاع رسانی میگردد . همچنین برگزاری کلاس توجیهی برای تمامی دبیران کمیته ها در جهت توجیه شرح وظایف آنها بر اساس آخرین تغییرات استاندارد ده های اعتبار بخشی نقش مهمی در تحقق اهداف کمیته ها ایفا میکند .

رسالت کمیته :

تجهیز بیمارستان از نظر نیاز به دارو تجهیزات دارویی مورد نیاز مرکز

اهداف کمیته :

۱. تضمین خدمات درمانی در مجموعه بیمارستان و به ویژه فوریت ها و اورژانس
۲. کنترل کیفیت و کمیت داروها و تجهیزات
۳. اجرای دستورالعمل تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها در مراکز درمانی طبق ضوابط و بخشنامه های مربوط
۴. درمان بیماران با تجویز مناسب آنتی بیوتیک ها

شرح وظایف کمیته :

۱. رسیدگی به کمبود ها، کاستی ها و مشکلات درمان و دارو در بیمارستان و ارائه راه حل های مناسب
۲. نظارت بر تجویز غیر مجاز دارو و برخورد با این موارد
۳. نظارت بر احتمال مصرف غیر منطقی داروها به ویژه آنتی بیوتیک ها و برخورد با این موارد
۴. نظارت بر احتمال تجویز داروهای ممنوع و برخورد با این موارد
۵. نظارت بر موارد تجویز غیر منطقی ترکیبات دارویی
۶. نظارت بر موارد احتمالی مراعات نکردن غیر موجه لیست داروهای موجود در بیمارستان
۷. نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر در بیمارستان
۸. نظارت بر عوارض داروها و سرم ها و انتقال فرآورده های خون
۹. پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان
۱۰. پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی
۱۱. ترویج شیوه های علمی درمان و دارو در سطح بیمارستان و آشنا سازی پزشکان و سایر پرسنل درمانی با تازه های درمان و دارو
۱۲. همکاری با سایر کمیته ها به ویژه کمیته های مرگ و میر، آسیب شناسی و نسوج همچنین ترویج مشاوره های پزشکی در سطح بیمارستان
۱۳. ایجاد هماهنگی و شرایط مطلوب در همکاری های متقابل بین پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمانی و تشخیص و بازتوانی بیمارستان
۱۴. ایجاد هماهنگی و شرایط مطلوب در زمینه همکاری های مستمر بین کادر درمان و داروی بیمارستان با مدیریت، همکاران اداری و خدماتی
۱۵. همکاری و ارتباط مستقیم با مسئولین بیمارستان و دانشگاه
۱۶. بررسی علل کسورات از طریق واحد اقتصاد بر سلامت و بررسی راهکارهای تعدیل کسورات
۱۷. ارائه گزارشات مربوط به کسورات به واحد های مربوطه
۱۸. بررسی و تحلیل وضعیت موجود مدیریت منابع مالی
۱۹. طراحی شاخص های اقتصاد درمان (کار آیی - بهره‌وری - تحلیل هزینه ها)
۲۰. بستر سازی استفاده از نرم افزار های معین در مدیریت اقتصادی مرکز
۲۱. استفاده از روشهای نوین مدیریت منابع درآمدی، بودجه، سلامت، هزینه های سلامت و بهره‌وری و کار آیی در بیمارستانهای سلامت محور
۲۲. انجام مشاوره عفونی طبق بخشنامه ها و تایید فرمهای مربوطه توسط متخصصین عفونی و جلوگیری از اعمال کسورات بیمه ای
۲۳. انجام آنتی بیو گرام و کشت طبق ضوابط مربوطه و وجود مستندات در پرونده بیماران

۲۴. هماهنگی و همکاری متخصصین با ناطرین دارویی در خصوص کمبود دارویی
۲۵. آموزش به کلیه گروههای هدف هر سه ماه یکبار ر و ارزیابی اثربخشی آن با بررسی آماری
۲۶. رعایت دستورالعمل مربوط به تلفیق دارویی و بررسی کلیه بیماران در ۲۴ ساعت اول توسط داروساز
۲۷. ارسال چالشها و اقدامات اصلاحی به معاونت محترم در مان

دستورالعمل کمیته کنترل عفونت

شرایط و نحوه انتخاب رییس کمیته

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

سوپر وایزر کنترل عفونت یا کارشناس پرستاری مسلط و آگاه که طی حکمی از سوی ریاست بیمارستان انتخاب می شود .

دبیر کمیته

سوپر وایزر کنترل عفونت

توالی برگزاری کمیته

کمیته هرماه یکبار تشکیل می شود با توجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دوماه یکبار هم تشکیل گردد.

ترکیب اعضاء کمیته

- رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان
- معاون درمان / معاون آموزشی
- مدیر بیمارستان
- مدیر پرستاری
- مدیر بهبود کیفیت
- متخصص عفونی
- سوپر وایزر کنترل عفونت
- مسئول بهداشت محیط
- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- رئیس آزمایشگاه / مسئول فنی آزمایشگاه
- داروساز بالینی در صورت وجود یا مسئول فنی داروخانه

اعضاء موقت کمیته

بسته به دستور جلسه و با مشورت رییس کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند از جمله متخصص جراحی - متخصص داخلی-ناظر دارویی-متخصص کودکان- اپیدمیولوژیست- سرپرستار جراحی - سرپرستار داخلی - در صورت لزوم مسئولین واحدهای دیگر شامل: مسئول خدمات-امور اداری و مالی -امور فنی-تجهیزات پزشکی - مسئول بهداشت حرفه ای-کارشناس امور دارویی بیمارستان.

نکته:

-اگر بیمارستان متخصص عفونی نداشته باشد پزشک کنترل عفونت یکی از متخصصین داخلی خواهد بود.

برنامه زمانی تواتر جلسات کمیته

کمیته هرماه یکبار تشکیل می شود با توجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته میتواند دوماه یکبار هم تشکیل گردد.

لازم بذکر است در موارد اورژانس همچون طغیان عفونت های بیمارستانی یا بروز بیماریهای واگیردار، خارج از زمان تعیین شده کمیته تشکیل و به پرونده مربوطه رسیدگی می شود.

نحوه به رسمیت شناختن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستندسازی صورتجلسات کمیته

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت ، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی ، شرح مصوبات و اقدامات،مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ،مهلت زمان اجرای مصوبات میباشد تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و بعد از ۴۸ ساعت دبیر کمیته موظف به تهیه فایل الکترونیکی از صورتجلسه خواهد بود و یک نسخه صورتجلسه توسط مسئول کمیته ها و یک نسخه هم نزد دبیر کمیته نگهداری می شود.

نحوه پیگیری مصوبات کمیته

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن کمیته پیگیری می گردد، کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - و علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری می گردد و به مسئول کمیته ها تحویل داده می شود.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

دبیر کمیته موظف است در پایان هر سه ماه آمار مصوبات کمیته های تشکیل یافته و مداخلات انجام شده یا نشده (تعداد مصوبات اجرا شده، تعداد مصوبات حذف شده و تعداد مصوبات در دستور کار) از نظر کمی و کیفی بررسی و به مسئول کمیته های بیمارستانی اعلام نماید و در نظر داشته باشد که مستندات مربوطه می بایست در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت حفظ شوند.

- آیا کمیته طبق شرح وظایف در طول سال برگزار و مصوبات آن اجرا شده است؟
- آیا تجزیه و تحلیل و RCA داده ها و شاخص های کنترل عفونت در کمیته انجام شده است؟
- آیا برگزاری کمیته باعث بهبود وضعیت/شاخص/عملکرد و فرایند پیشگیری و کنترل عفونت شده است؟

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل و مشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی را در جدولی که به همین منظور طراحی شده (در راستای مشکل عمده، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) ثبت نموده و در کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم اجرایی

جهت تعامل کاراتر و مؤثرتر بین کمیته های مختلف و تیم مدیریت اجرایی تمهیدات ذیل اندیشیده شده است:

- دبیر کمیته پایش و کیفیت که همان مسئول بهبود کیفیت و مسئول کمیته های مرکز است، نقش مهمی در تعیین شرایط برگزاری کمیته ها ایفا میکند علاوه بر دبیری کمیته مذکور، مسئول هماهنگی و برگزاری دیگر کمیته ها می باشد. این امر در تعامل هرچه بهتر کمیته ها اثربخش خواهد بود و تعامل با سایر کمیته ها از طریق ایشان انجام می شود.

-جلسات تیم مدیریت اجرایی نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده و دبیر آن، مسئول هماهنگی کمیته ها، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئول دفتر بهبود کیفیت نیز میباشد. انتظار میرود همپوشانی این مسئولیتها تعامل و ارتباط بین کمیته های بیمارستانی را افزایش دهد.

-توالی ماهانه جلسات تیم مدیریت اجرایی (کمیته تیم مدیریت اجرایی) سبب همزمانی ادواری این کمیته مهم با سایر کمیته های بیمارستانی و در نتیجه تعامل بیشتر خواهد شد.

رسالت کمیته

تصمیم گیری و کاهش عفونت بیمارستانی و آموزش و نظارت در زمینه بکارگیری محلولهای ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب و نظارت بر رعایت حفاظت فردی کارکنان و پیگیری از شیوع بیماریهای فصلی و انجام واکسیناسیون به موقع در راستای ارتقاء سلامت کارکنان و بیماران می باشد.

اهداف کمیته

- جلوگیری از ایجاد و شیوع عفونت های بیمارستانی
- اطمینان بخشی به کارکنان و بیماران در خصوص رفع هرگونه عفونت های واگیر و غیرواگیر
- ایجاد و برقراری محیطی استریل در بیمارستان
- جلوگیری از انتقال بیماری از بیمار به پرسنل یا بالعکس و همچنین پخش بیمار

شرح وظایف کمیته

- تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیک داده های عفونت های بیمارستانی و ارائه آن به وزارت بهداشت و مسئولین بخش های بیمارستان و طراحی اقدامات مداخله ای در جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی.
- بررسی و تصویب برنامه عملیاتی سالیانه برای فعالیت های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت
- تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیک داده های مواجهات کارکنان با خون و ترشحات، ابزار آلوده، محیطهای آلوده و ارائه آمار مواجهات به وزارت بهداشت و مسئولین بخش های بیمارستان و طراحی اقدامات مداخله ای در جهت کاهش موارد مواجهه و بررسی اثربخشی آموزشی کارکنان در این زمینه.
- تدوین برنامه های آموزشی برای همه کارکنان (پزشکان، پرستاران، اداری، خدمات، دانشجویان و) به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با استفاده از تکنیک های ضدعفونی و استریلیزاسیون.

- بررسی مستمر میکروارگانیسم های موجود و بررسی حساسیت و مقاومت این ارگانیسم ها در مقابل داروهای آنتی میکروبیال و ایجاد تدابیر لازم جهت عدم گسترش عفونت بیمارستانی (مدیریت استفاده از آنتی بیوتیک ها).
- نظارت بر کشت گیری از محیط های بالینی و ابزار و تجهیزات طبق شرایط و صلاحدید اعضاء کمیته.
- مشارکت پژوهشی در زمان بروز اپیدمی
- همکاری و هماهنگی با سایر کمیته های بیمارستانی در زمینه اهداف مشترک
- تجزیه و تحلیل شاخص های وزارتی کنترل عفونت از جمله بهداشت دست، نحوه و میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی و...، طراحی اقدامات مداخله ای و بررسی اثربخشی آنها (حداقل هر سه ماه یکبار)
- نظارت بر آموزش و اجرای دستورالعملهای کنترل عفونت در اعتباربخشی
- نظارت بر به روز رسانی و مرور منظم خط مشی ها و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.
- نظارت بر گزارش بیماریهای واگیر و غیر واگیر و بیماریهای نوپدید و بازپدید مطابق دستورالعمل وزارت متبوع به مراکز بهداشت مربوطه
- نظارت بر پایش و کنترل انجام صحیح ضدعفونی محیطهای بیمارستانی و روشهای صحیح استریلیزاسیون ابزار پزشکی در بیمارستان
- نظارت و پیگیری نحوه ایزولاسیون و اجرای مراقبت های پزشکی و پرستاری از انواع بیماران عفونی
- ارزیابی فعالیتهای بخش های بیمارستان در زمینه اقدامات پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی براساس چک لیستهای نظارت و ارزشیابی یکسان مصوب کمیته کشوری یا دانشگاهی
- نظارت بر استفاده از مواد مناسب برای ضدعفونی و استریلیزاسیون و تدوین برنامه درمان با آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی بیمارستان
- بررسی دوره ای شش ماهه و یکساله وضعیت عفونتهای بیمارستانی و تاثیر مداخلات انجام شده در جلوگیری از آنها
- نظارت بر اجرای برنامه تزریقات ایمن و تفکیک و جمع آوری بهداشتی پسماندهای عفونی و غیر عفونی در بخشهای بالینی و سرپایی
- تشخیص طغیان عفونت های بیمارستانی و برنامه ریزی اقدامات اصلاحی جهت کنترل موارد طغیان، اعلام موارد طغیان به معاونت درمان دانشگاه.

- نظارت بر کفایت و کیفیت ملزومات رعایت اصول پیشگیری و کنترل عفونت) مانند محلول های هندراب، وسایل حفاظت شخصی، مایع صابون، محلول های اسکراب و....)
- ابلاغ تصمیمات اجرایی اقدامات مداخله ای کمیته کنترل عفونت از طریق رییس بیمارستان

دستورالعمل کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:

ریاست بیمارستان با توجه به تخصص و تجارب فراوان در عرصه مدیریتی بعنوان رئیس تمام کمیته های بالینی بیمارستان می باشد

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

دبیر کمیته های بیمارستانی می بایست از نظر سابقه، تجربه، تخصص و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی و لازم را داشته باشند. دبیر کمیته به پیشنهاد اعضا کمیته و تایید نهائی ریاست مرکز انتخاب می شوند

دبیر کمیته:

در هر مرکز بنا به ابلاغ مدیریت تعیین شده است که می تواند کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و یا سر پرستار بخش اورژانس و یا یک نفر با تجربه و توان کافی با تایید ریاست مرکز باشد.

توالی برگزاری کمیته:

حداقل هر ماه یکبار تشکیل جلسه و مستندات نگهداری گردد

ترکیب اعضای کمیته:

*رئیس بیمارستان

*مسئول فنی بیمارستان

*مدیر پرستاری

*مسئول واحد بهبود کیفیت و دبیر اجرایی کمیته های بیمارستان

*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

*معاون درمان یا معاون آموزشی

*متخصص پزشکی قانونی

*مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت

*مسئول آمار

یکی از پزشکان با سابقه و مجرب بیمارستان به انتخاب رئیس بیمارستان به عنوان کارشناس مرگ و میر

*سوپر وایزر آموزشی

اعضاء موقت کمیته:

- رئیس بخش مربوطه
- پزشکان مرتبط با پرونده های مطرح شده
- مسئول فنی آزمایشگاه بالینی یا یک نفر متخصص آسیب شناسی
- سایر افراد به تشخیص کمیته و یا حسب ضرورت

برنامه زمانی تواتر جلسات کمیته:

در ابتدای سال دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی با توجه به روزهای مورد توافق با ریاست مرکز، با هماهنگی دبیران کمیته ها و اعضاء کلیدی اقدام به تهیه تقویم یکساله می نماید و آنرا به کلیه دبیران کمیته ها اطلاع رسانی می نماید

نحوه به رسمیت شناختن کمیته:

چنانچه حداقل دو سوم اعضا یا ۷۰ درصد اعضا از کل اعضا در جلسه حضور داشته باشند جلسه رسمیت پیدا می کند

در صورت غیبت اعضای ثابت به صورت ۳ جلسه متوالی، بررسی های لازم جهت تعیین عضو جدید با تشخیص ریاست جلسه انجام میگردد

نحوه مستند سازی صورت جلسات کمیته:

مسئول دفتر بهبود کیفیت بر اساس الزامات اعتبار بخشی یک فرم صورتجلسه استاندارد را طراحی کرده و در اختیار تمامی دبیران کمیته ها قرار میدهد. پس از اتمام هر جلسه، دبیر کمیته موظف است مصوبات و نکات مورد نیاز را در فرم صورتجلسه به صورت دستی و خوانا ثبت کند و امضاء اعضاء را در فرم حضور غیاب تهیه کرده و در نهایت صورتجلسه را به امضاء ریاست بیمارستان برساند.

صورتجلسه توسط دبیر کمیته تایپ و جهت پیگیری به موقع مصوبات توسط مسئولین مربوطه ظرف مدت حداکثر یک هفته از زمان برگزاری جلسه از طریق اتوماسیون اداری برای کلیه اعضاء کمیته ارسال می نماید. یک نسخه از تمامی صورتجلسات کمیته جهت نظارت بر پیگیری مصوبات این کمیته به واحد دفتر بهبود کیفیت ارسال میشود. کلیه صورتجلسات و مستندات کمیته ها نزد دبیر کمیته نگهداری میشود

وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورتجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها میباشد

حداقل های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل :

- *تاریخ، ساعت و مکان برگزاری جلسه، تاریخ جلسه آتی
- *دستور کار جلسه حاضر و آتی، فهرست افراد حاضر و غایب
- *نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل
- *شرح مباحث / مذاکرات مطرح شده در جلسه
- *مصوبات جلسه، مسئول پیگیری و اقدام مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات، منابع
- *امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه
- *شرح مباحث / مذاکرات مطرح شده در جلسه کمیته باید به صورتی درج گردد که علت مصوبات جلسات برای خواننده صورتجلسه مشخص شود و از نگارش جملات کوتاه و غیرشفاف پرهیز شود وجود امضای غایبین در صورتجلسات کمیته ها، برای اطمینان از درجریان قرار گرفتن آنها از مصوبات و مباحث مطرح شده در جلسه است .

نحوه پیگیری مصوبات کمیته:

در تنظیم صورت جلسه که دبیر کمیته مسئول آن می باشد موارد تصویب شده با درج مسئول انجام قید میگردد و به فرد مسئول انجام بند تصویب شده جهت پیگیری اعلام میگردد. دبیر کمیته مسئول پیگیری اجرای مفاد تصویب شده بوده و هماهنگی های لازم را با مدیریت بیمارستان جهت پیشبرد هرچه سریعتر موارد انجام می دهد و موظف است در جلسه بعدی گزارش پیشرفت موارد تصویب شده و در صورت عدم اجرا دلایل آن را ارائه نماید.

در صورت عدم تحقق مصوبات موضوع در کمیته مدیران اجرائی مرکز مطرح شده تا در خصوص آن تصمیمات لازم اتخاذ گردد

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته:

به منظور نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی، فرم گزارش عملکرد کمیته های بیمارستانی (پایش کمی و کیفی) تهیه شده است و در اختیار دبیران کمیته ها قرار گرفته است تا در فواصل زمانی سه ماهه (فصلی) اقدام به تهیه گزارش از عملکرد کمیته مربوط به خود نموده و وبه مسئول بهبود کیفیت ارائه نمایند . پایش های کمی و کیفی صورت گرفته در فواصل سه ماه یکبار در کمیته بهبود کیفیت مطرح می شود

پایش اثربخشی مصوبات کمیته:

ارزیابی اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستان بصورت فصلی برای هر کمیته توسط مدیر بهبود کیفیت و مسئول کمیته های بیمارستان صورت گرفته و گزارش این ارزیابی به اطلاع دبیران کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی بیمارستان میرسد تا در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مناسب صورت بگیرد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

جهت تعامل کارا تر و مؤثر تر بین کمیته های مختلف و تیم مدیریت اجرایی تمهیدات ذیل اندیشیده شده است:

- ۱- برگزاری گارگاه توجیهی برای تمامی دبیران کمیته ها در جهت توجیه شرح وظایف آنها براساس آخرین تغییرات استانداردهای اعتباربخشی
- ۲- ارائه نتایج اجرایی شدن یا عدم اجرایی شدن مصوبات به تیم مدیریت اجرایی
- ۳- در صورت مرتبط بودن دستور کار جلسه کمیته های بیمارستان با دستور کار سایر کمیته ها یا تیم مدیریت اجرایی با هماهنگی قبلی نسبت به دعوت اعضاء سایر کمیته ها یا تیم مدیریت اجرایی اقدام شده و یا نتیجه ی مصوبات کمیته به صورت مکتوب به اطلاع سایر کمیته ها یا تیم مدیریت اجرایی می رسد.

رسالت کمیته:

این کمیته با هدف کاهش مرگ و میر خطاهای پزشکی تشکیل می شود . در جلسات منظم و با تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود در ارتباط با مورثالیتی و موربیدیتی ها نسبت به انتخاب رویکرد های مناسب ، یکپارچه و قابل اجرا اقدام می گردد.

اهداف کمیته:

این کمیته برای بررسی علل و روند مرگ و میر، جلوگیری از موارد مرگ قابل اجتناب، ابعاد قانونی موضوع، عوارض بیمارستانی و روند آنها، اتخاذ تدابیر برای جلوگیری از بروز عوارض ناخواسته و پیشگیری از عوارض قابل اجتناب و ... تشکیل می گردد.

شرح وظایف کمیته :

- اجرای استانداردهای مرتبط با مرگ و میر و آسیب شناسی در اعتبار بخشی
- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر در بیمارستان و گزارش موارد مرگ و عوارض غیر منتظره حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره و تحلیل ریشه ای آن
- بررسی دوره ای عوارض
- پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی
- اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان

- بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
- برگزاری کنفرانس ها و دوره های آموزشی مرتبط
- گزارش تمام بیماری های در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت
- گزارش نمونه های بیوپسی و اتوپسی
- تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت
- برگزاری جلسه کمیته مرگ و میر حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره و تحلیل ریشه ای آن حداکثر ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه و تدوین اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت
- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال بطور محرمانه به دانشگاه

دستورالعمل کمیته مرگ و میر مادران بیمارستان

شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته

بر اساس دستورالعمل کمیته ها ، ریاست محترم بیمارستان و یا جانشین منتخب ایشان رئیس کمیته می باشند.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته

کارشناس ارشد یا کارشناس پرستاری که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

توالی برگزاری

یکبار در ماه باید برگزار گردد

ترکیب اعضاء کمیته

رئیس بیمارستان /جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر بیمارستان - مسئول فنی بیمارستان - معاون درمان - معاون آموزشی- مدیر پرستاری- رئیس بخش پاتولوژی - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری- کارشناس رابط کمیته های بیمارستانی/ مسئول واحد بهبود کیفیت -کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار- متخصص پزشکی قانونی - کارشناس مسئول کنترل عفونت بیمارستان- رئیس بخش زنان - رئیس بخش پس از زایمان(بخش مامایی) مامامسئول بلوک زایمان - سرپرستار بخش زنان - ماما مسئول بخش پس از زایمان(بخش مامایی) - متخصص پریناتولوژی و سایر اعضای کمیته بسته به دستور کار جلسه و صلاحدید رئیس کمیته تعیین می گردند.

اعضای موقت کمیته:

بسته به دستور جلسه و با مشورت دبیر کمیته اعضای موقت انتخاب می گردند.

دعوت و پیگیری حضور اعضای موقت برعهده دبیر کمیته می باشد.

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته

جلسات کمیته هر ماه یکبار تشکیل شوند (باتوجه به شرایط بیمارستان و نوع کمیته می تواند با هر فاصله

زمانی پیشنهادی تشکیل گردد).

نحوه رسمیت یافتن کمیته

با حضور ۲/۳ اعضا و حضور ریاست و یا جانشین ایشان جلسه رسمیت می یابد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات کمیته (حداقل های مورد انتظار در فرم

صورتجلسه های کمیته ها)

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ ، ساعت

، دستور کار جلسه ، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبلی ، شرح مصوبات و

اقدامات، مباحث مطرح شده، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات ، مهلت زمان اجرای مصوبات و منابع میباشد،

تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه امضا شده توسط رابط کمیته ها

نگهداری می شود و یک نسخه در اختیار واحد بهبود کیفیت قرار می گیرد.

نحوه پیگیری مصوبات

مصوبات هر کمیته توسط دبیر آن پیگیری می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

کلیه مصوبات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه و در جدولی که به همین منظور طراحی شده و شامل قسمت هایی جهت ثبت مصوبات - وضعیت اجرایی شدن مصوبه - علل عدم تحقق مصوبه می باشد ثبت و جریان اجرایی شدن آنها پیگیری میگردد و به رابط کمیته ها تحویل داده میشود.

پایش اثربخشی مصوبات کمیته

دبیر کمیته مسائل ومشکلات عمده و حل نشده کمیته ی قبلی (مشکل عمده ، اثربخشی انجام مصوبه، اقدام اصلاحی) را ثبت نموده ودر کمیته بعدی مطرح می کند.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

اهم مصوبات و یا مصوبات معوقه یا اجرا نشده، به استحضار تیم مدیریت ارشد اجرایی مرکز رسانده میشود . مصوبات مشترک بین دو یاچند کمیته پس از تشکیل جلسه بین دبیر کمیته ها وتوافق نهایی به یکی از کمیته ها واگذار می گردد تا از موازی کاری و اتلاف وقت وهزینه جلوگیری بعمل آید .

رسالت کمیته

-حفظ و ارتقاکیفیت مراقبتها وخدمات درمانی به مادران

-حفظ و ارتقا سطح سلامت مادران بعنوان یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه بر اساس دستورالعملهای استاندارد

-ایجاد زمینه مناسب جهت مشارکت اساتید ، صاحبان فرایند و کلیه پرسنل در تصمیم سازی ، برنامه ریزی ، سازماندهی و هماهنگی فعالیتهای بیمارستانی

اهداف کمیته

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر
- بررسی دوره ای عوارض

- پیگیری موارد قانونی
- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال بطور محرمانه به دانشگاه
- تهیه پاسخ مورد نیاز مراجع قانونی
- اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان
- بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
- برگزاری کنفرانس های مورتالیتته و موربیدیتته در سطح بیمارستان
- تعیین و اجرای مداخلات پیشنهادی مرتبط باعوامل شناسایی شده
- کاهش میزان بروز مرگ و میر بیمارستانی ناشی از عوامل قابل اجتناب

شرح وظایف کمیته مرگ و میر مادران

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر در مورد مرگهای غیر منتظره
- پیگیری تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه
- انجام تحلیل ریشه ای با مشارکت متخصص پزشکی قانونی، مسئول فنی، هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سایر اعضای مرتبط
- اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پیگیری اقدامات قانونی
- تشکیل کمیته مرگ و میر و تمامی زیر کمیته های تخصصی حداکثر طی ۲۴ ساعت در موارد مرگ و میر غیر منتظره
- پیگیری اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان
- بررسی و پیگیری بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
- پیگیری برگزاری دوره های آموزشی و کنفرانسهای مرتبط
- پیگیری گزارش نمونه های بیوپسی، اتوپسی و نکروپسی

- پیگیری ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی

- پیگیری مدیریتی و ارتقاء کمیته های بیمارستانی در حوزه مامایی با پیگیری یک ناظر مدیریتی در دفاتر پرستاری

- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال به صورت محرمانه به دانشگاه

- برخورد با مواردیکه قصور یا تقصر اتفاق افتاده در حدود اختیارات بیمارستان

- با توجه به تجربیات کمیته پیشگیری از مرگ های ناشی از خطای نیروی انسانی

- شناسایی کمبود تجهیزات پزشکی که آسیب زا هستند و گزارش جهت تهیه تجهیزات مورد نظر

- برگزاری دوره های آموزشی مرتبط به مورتالیتته و موریبیدیتی و مرتبط با موضوعات کمیته

- پیگیری مشکلات اعزام یا درخواست انجام برخی از موارد از طریق معاونت درمان، اداره اورژانس استان و فوریت های پزشکی

نکته:

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان در جلسات همه کمیته ها حضور داشته باشد.

نماینده دفتر بهبود کیفیت باید در همه کمیته ها حضور داشته باشند.

علاوه بر اعضای ثابت کمیته که در این آیین نامه پیشنهاد شده است، سایر اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

نکته:

حضور مدیر گروههای تخصص های مختلف بر اساس موضوع کمیته

حضور سرپرستاران و ماما ها و مسئولین سایر بخشها از جمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته