

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله



دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	
شماره صفحه	فهرست مطالب			
3	رسالت کمیته های بیمارستانی، وظایف کمیته های بیمارستانی.....			
4	اهداف کمیته ها.....			
5	چارت کمیته های بیمارستانی.....			
6	مشترکات کمیته ها.....			
7	شرح وظایف دبیران کمیته های بیمارستان.....			
8	فرمت صورت جلسات.....			
9	کمیته مدیران اجرایی بیمارستان.....			
14	کمیته سنجش و پایش.....			
19	کمیته ایمنی بیمار.....			
20	کمیته دارو و درمان.....			
24	کمیته اقتصاد درمان.....			
27	کمیته تجهیزات پزشکی.....			
30	کمیته اخلاق.....			
38	مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات.....			
42	حفاظت فنی و بهداشت کار.....			
48	کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس بالینی.....			
53	کمیته تعیین تکلیف.....			
55	کمیته تریاژ.....			
61	کمیته مدیریت خطر و حوادث بلایا.....			
63	طب انتقال خون.....			
67	کمیته احیاء نوزاد.....			
72	کمیته مرگ و میر کودکان 1-59 ماهه.....			
74	کمیته تغذیه.....			
79	کمیته آموزش.....			
83	کمیته ارتقاء سلامت.....			

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

رسالت کمیته های بیمارستانی:

سازماندهی و هماهنگی فعالیت های بیمارستانی و ایجاد مشارکت فعال تمامی پرسنل در تصمیم گیری های مدیریتی

وظایف کمیته های بیمارستانی:

1. تعیین خط مشی و زمینه های عملکرد بیمارستان برای تحقق اهداف بر اساس موازین و رهنمودهای وزارت / دانشگاه متبوع
2. طراحی و برنامه ریزی اجرایی جهت تحقق اهداف مذکور
3. شناسایی مشکلات و معضلات اصلی در عملکرد بیمارستان و رضایت گیرندگان خدمت
4. تلاش مستمر در جهت افزایش کیفیت و بهبود بیمارستان و رهیابی جهت حل آنها
5. پیشنهاد اعضا و ترکیب زیر کمیته های بیمارستانی بر اساس موازین و رهنمودهای وزارت / دانشگاه متبوع و دستورالعمل اجرایی ارزشیابی
6. پیگیری کمیته های بیمارستانی در الگوی اعتبار بخشی
7. از آنجائیکه کمیته های بیمارستانی به عنوان یکی از واحدهای اصلی و اساسی در الگوی اعتبار بخشی بیمارستانها شناخته گردیده است توجه خاص بر نحوه مدیریت و عملکرد آن ها صورت گرفته است. کمیته های بیمارستان در الگوی اعتبار بخشی با توجه به راهنمای ارایه شده ذیل شامل یازده کمیته اصلی می باشد که بایستی در تمام بیمارستانها تشکیل گردند و سایر کمیته های بیمارستان با توجه به شرایط و اولویت های هر بیمارستان تشکیل خواهند شد

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

8. لیست اعضاء ثابت کمیته ها با توجه به سمت آنها در بیمارستان مشخص گردیده و شرح وظایف کمیته ها و توالی برگزاری کمیته تعیین گردیده است

9. کمیته های اصلی در بیمارستان فعال می باشند و در فواصل زمانی معین و منظمی تشکیل جلسه می دهند و لیستی از اعضاء هر کمیته در اختیار رئیس کمیته، دبیر کمیته و واحد بهبود کیفیت قرار دارد و در رابطه با کمیته کنترل عفونت این لیست در اختیار تمام روسای بخش ها و واحد های بیمارستان قرار داده شده است

10. صورت جلسات تمام کمیته های تشکیل شده به عنوان مستندات در اختیار ریاست بیمارستان، رئیس کمیته ها، دبیر کمیته، دفتر بهبود کیفیت و تمام اعضاء و مسئولینی که بر اساس مصوبات کمیته مسئول اقدام کننده یا پیگیری می باشند قرار می گیرد

11. تمام اعضاء کمیته ها از شرح وظایف، آیین نامه داخلی هر کمیته و اهداف کمیته مذکور آگاهی داشته و افراد جدیدالورود نیز توسط دبیران کمیته ها و در طی جلسات برگزار گردیده توجیه خواهند گردید

اهداف کمیته ها

1. ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی

2. سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخش ها

3. پاسخ مثبت به انتظارات سازمان های بالادستی

4. شناسایی موثرتر مشکلات بیمارستان و همکاری و همفکری جهت رفع آنها

5. پیگیری روند ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی مستمر درونی

6. جهت دهی اثر بخش به نیروی انسانی و توان مالی بیمارستان

7. نیل به اهداف کلی و اختصاصی سازمان



آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله

ویرایش: 02

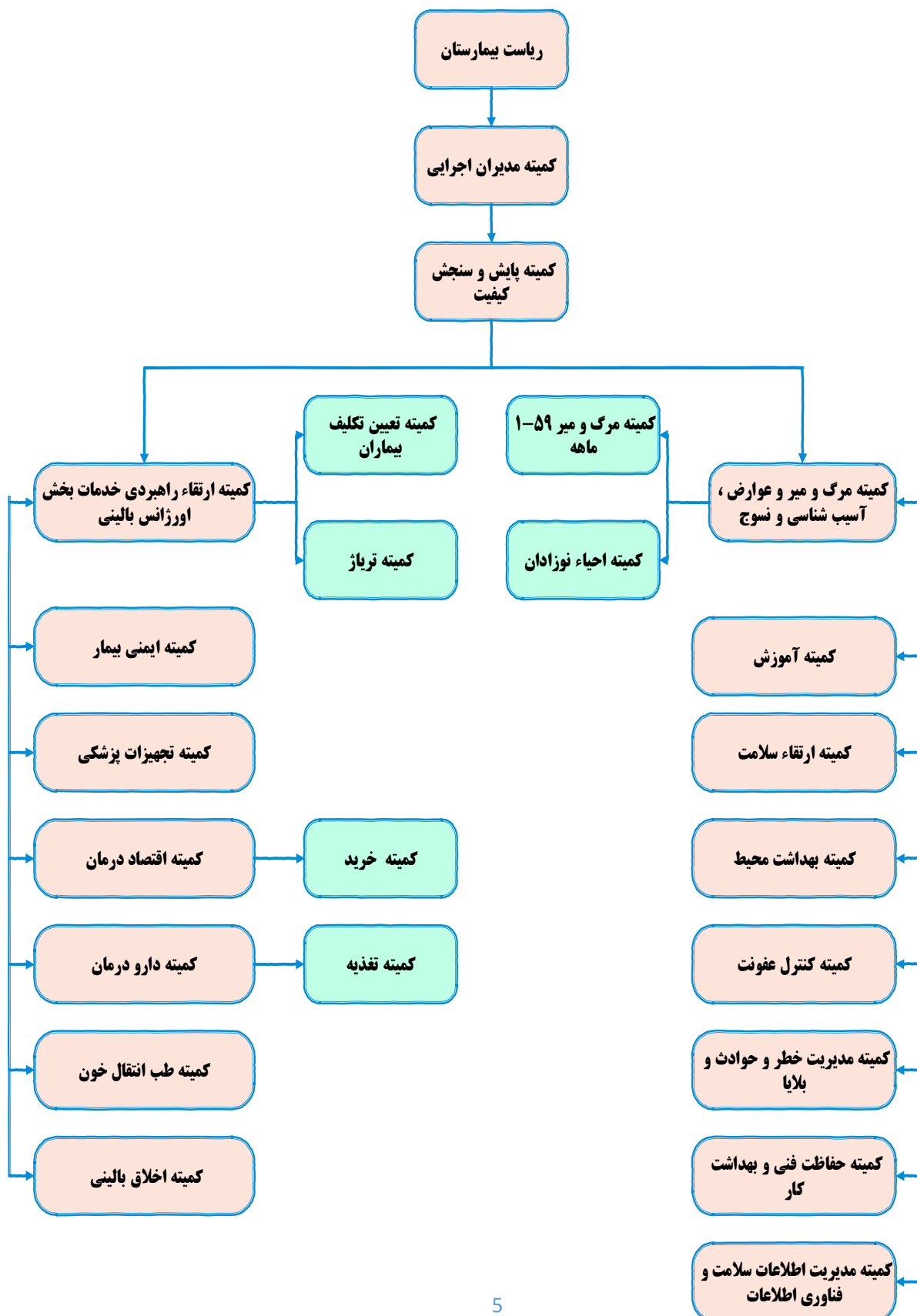
کد سند: SH-QI-IRHC-02

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20

تاریخ ابلاغ: 1404/01/20

تاریخ بازنگری: 1404/01/15



دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

مشتريات کمیته ها

* رئیس تمام کمیته های بیمارستان، ریاست بیمارستان می باشند

* دبیر کمیته ها بر اساس آیین نامه های وزارت و همچنین متناسب با پست و جایگاه شغلی با عنوان کمیته، انتخاب می گردند

* کمیته ها در فواصل زمانی تعیین شده تشکیل جلسه می دهند

* حداقل اعضاء برای رسمیت یافتن کمیته، 71٪ می باشد

* پایش عملکرد کمیته ها توسط مسئول کمیته ها و با نظارت دفتر بهبود کیفیت در فواصل سه ماهه انجام می شود

* بمنظور تشکیل کمیته، دبیر کمیته مربوطه از طریق سیستم اتوماسیون برای تمام اعضای کمیته نامه دعوت به جلسه را حداقل یک هفته قبل از برگزاری، ارسال می نماید، در فرم دعوتنامه، تاریخ و ساعت برگزاری جلسه، مکان نشست و موضوع مورد بحث در کمیته ثبت می گردد

* دبیر هر کمیته حداکثر یک هفته پس از برگزاری کمیته، صورتجلسه مربوطه را تکمیل و جهت امضاء مدعوین پیگیری نموده و صورتجلسه تکمیل شده را از طریق سیستم اتوماسیون برای اعضای کمیته ارسال می نماید

* اسکن صورت جلسه تمام جلسات برگزار شده کمیته ها در نزد دبیر کمیته و واحد بهبود کیفیت نگهداری می شود

* پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها از سوی مجری تعیین شده صورت می گیرد

* همه اعضای کمیته ها بخصوص اعضاء جدید در مورد اهداف کمیته و وظایف محوله، بخوبی توجیه شده و آموزش دیده اند

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

* در صورتیکه موضوعی جهت تصویب در کمیته مورد نظر با مشکل مواجه گردد با نظر موافق اعضاء در موضوع خاص در کمیته مدیریت اجرایی بحث و تصمیمات الزم اتخاذ می شود

شرح وظایف دبیران کمیته های بیمارستان

هماهنگی زمان تشکیل جلسات کمیته مربوطه با افراد جلسه و تعیین تواتر برقراری جلسه با رئیس جلسه

ارسال دستور جلسه و پیشنهادات لازم قبل از هر جلسه

انشاء صورتجلسه و تایپ آن

تعیین مصوبات جلسه و مسئول اجرا و پیگیری آن در صورتجلسه

پیگیری مصوبات جلسه از مسئول پیگیری در طول مدت زمان مقرر و اعلام گزارش پیگیری در جلسه

تعیین و تکلیف بیماران

6. ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی بیمارستان

شرح وظایف رئیس کمیته

صیانت از دستور کار جلسه

تلاش مدبرانه جهت مشارکت کلیه اعضا

تصمیم گیری مناسب و سریع برای موارد غیر منتظره

جمع بندی مطالب مطرح شده و پیگیری مصوبات

تعامل عادلانه با کلیه ی اعضا

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

فرمت صورت جلسات

کلیه کمیته های بیمارستان در یک فرمت یکسان که ابلاغی دانشگاه علوم پزشکی البرز است، تایپ و نگه داری می شوند.

کد سند: SH-QI-CMF-003

بسمه تعالی معاونت درمان - مدیریت امور بیمارها		 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۱/۲۰	شماره جلسه:
عنوان کمیته:		مکان برگزاری:	
رئیس جلسه:		دبیر جلسه:	
تاریخ جلسه آتی:		ساعت برگزاری:	
دستور کار جلسه:		تاریخ جلسه آتی:	
دستور کار جلسه آتی:		مباحث مطرح شده توسط اعضا:	
شاخص ها:		موضوعات جدید	
ردیف	موضوع	مسئول اقدام	مسئول پیگیری
۱	مقرر گردید:		
توضیحات تکمیلی در مورد علت عدم تحقق مصوبات جلسه قبلی:			
شماره مصوبه	عنوان	علت عدم تحقق	
لیست اعضا حاضر و غایب در کمیته:			
ردیف	اسامی حاضرین	سمت	امضاء
۱			
۲			
۳			
۴			
۵	اسامی میهمان	سمت	امضاء
۶			

سرایت و سوءاستفاده ممنوع.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

کمیته مدیران اجرایی بیمارستان

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 نرفته 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 2/3 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 آنجاییکه 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 درجهت 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 درجهت 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 .

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- ✓ 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 سالانه)
- ✓ 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- ✓ 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

کمیته سنجش و پایش

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:

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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).

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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 و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 در خصوص 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 هر یک 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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

پیگیری و مداخله جهت حل نقاط قابل بهبود که توسط مسئولان بخشها / واحدهای بیمارستان باهمکاری 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 اجرایی شدن مصوبات هر کمیته به تفکیک درصد برگزاری کمیته) براساس دستورالعمل ابلاغی(و میزان حضور اعضا طر ح 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 را در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولان برپیشرفت اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی گزارش نماید.

نظارت بر تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی 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 اعتبار بخشی 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 اعضا بر اساس صلاحدید رئیس بیمارستان انتخاب می شوند.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

مدیر گروه های تخصص 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.

کمیته ایمنی بیمار

اهداف و شرح وظایف کمیته:

* اجرای استاندارد های ایمنی بیمار

* اجرای برنامه ایمنی بیمار

* طرح موارد مربوط به واک راند های ایمنی

* طرح موارد مربوط به RCA و درس اموخته ها

* تضمین همه جانبه ایمنی بیمار

تعداد اعضاء و سمت:

رئیس کمیته: ریاست بیمارستان

دبیر کمیته: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

کل اعضای کمیته 1. رئیس بیمارستان 2. مدیر بیمارستان 3. مدیر پرستاری 5. مسئول اعتبار بخشی و بهبود کیفیت و مسئول کمیته ها 6. سوپروایزر آموزشی

توالی برگزاری کمیته: هر دو ماه

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

نحوه رسمیت یافتن جلسه:

تعداد شرکت کنندگان جهت تصویب مصوبات: 71٪ کل اعضا

کمیته دارو و 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 مأموریت و هدف کمیته، انگیزه، پیگیری جهت اجرایی نمودن مفاد کمیته می باشد همچنین میتواند با پیشنهاد اعضا 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 مأموریت و هدف کمیته، انگیزه، پیگیری جهت اجرایی نمودن مفاد کمیته می باشد همچنین میتواند با پیشنهاد اعضا 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان نثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

جدول زمانبندی کمیته ها

۳. اطلاع رسانی جلسات و ارسال دعوتنامه به دفتر ریاست، مدیریت، واعضاء اصلی و مدعو
۴. انشاء صورجلسات در فرمت مخصوص، ثبت افراد حاضر، وغائبین و ارسال نسخ آن نزد مسئول برگزاری کمیته های مرکز پس از هر پایان جلسه حداکثر تا ۸۴ ساعت
۵. ثبت مصوبات جلسه، تعیین مسئول پیگیری، طول زمان مقرر، مسئول اقدام با در نظر گرفتن منابع
- مورد نیاز مصوبات در صورجلسه 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 اعضا
۹. اطلاع رسانی مصوبات و تصمیمات متخذه در جلسه با سایر پرسنل و اعضای در صورت تصمیم بر
- تغییر روند یا تاکید از ابلاغیه برای اطلاع رسانی مصوبات اقدام نماید

توالی برگزاری کمیته :

این کمیته به صورت ماهانه برگزار میگردد .

ترکیب اعضای 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

برگزاری کمیته ها -نماینده سرپرستاران بخش های ویژه -و اورژانس - کارشناس it-

اعضای موقت کمیته :

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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

رسالت کمیته :

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

اهداف کمیته :

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

شرح وظایف کمیته:

- 1) رسیدگی به کمبود ها،کاستی ها و مشکلات درمان و دارو در بیمارستان و ارائه راه حل های مناسب
- 2) نظارت بر تجویز منطقی دارو و گزارش موارد عدم انطباق به معاون آموزشی و درمان مرکز
- 3) نظارت بر احتمال مصرف غیر منطقی داروها به ویژه آنتی بیوتیک ها و برخورد با این موارد
- 4) نظارت بر احتمال تجویز داروهای ممنوع و برخورد با این موارد
- 5) نظارت بر موارد تجویز غیر منطقی ترکیبات دارویی
- 6) نظارت بر موارد احتمالی مراعات نکردن غیر موجه لیست داروهای موجود در بیمارستان
- 7) نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر در بیمارستان
- 8) نظارت بر عوارض داروها و سرم ها و انتقال فرآورده های خون
- 9) پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان
- 10) پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی
- 11) ترویج شیوه های علمی درمان و دارو در سطح بیمارستان و آشنا سازی پزشکان و سایر پرسنل درمانی
- 12) ارائه راهکارهای مناسب جهت تعیین ،تهیه و خرید منطقی و اثربخش داروهای حیاتی و گروه خدمات

شایع ،نادر و گران قیمت

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

13) اتخاذ رویکرد مناسب برای برنامه ریزی خرید دارو با توجه به نیازسنجی آن براساس تقسیم بندی داروهای استراتژیک کاربردی و قابل دسترس در مرکز

14) نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر در بیمارستان و بررسی میزان مصرف آن در مرکز و ارائه گزارش به کمیته

15) نظارت بر نحوه تأمین دارو و نگهداری علمی و صحیح آن ها

16) طراحی فرآیندهای علمی و فنی جهت مدیریت هزینه های غیر ضروری در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی

17) ارائه راهکارهای مناسب جهت تعیین، تهیه و خرید منطقی تجهیزات پزشکی و کالاهای مصرفی

18) مشخص نمودن شاخصهای ارزش گذاری به ازاء دسته بندی های دارو و لوازم مصرفی، حیاتی و پرخطر

19) خرید تجهیزات پزشکی مصرفی

20) 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

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

22) نظارت بر اجرا و پیاده سازی کلیه استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با کمیته

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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 :

مدیر بیمارستان / مسئول فنی بیمارستان / مدیر امور مالی بیمارستان و یا کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مسلط و آگاه که بر اساس دستور رئیس کمیته انتخاب می گردد.

دبیر کمیته :

مدیر امور مالی

توالی برگزاری :

ماهانه

ترکیب اعضاء :

رئیس بیمارستان /جانشین تام الاختیار ایشان

مدیر بیمارستان

مدیر پرستاری

سوپروایزر آموزشی بیمارستان

مسئول درآمد

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

مسئول مدارک پزشکی
کارشناس رابط اقتصاد درمان
مسئول واحد بهبود کیفیت
مسئول کمیته ها
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

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 اعضاء 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.

اهداف :

شامل مدیریت هزینه و درآمد خدمات بیمارستانی میباشد.

گروه خدمات شایع: خدماتی که بطور شایع در بیمارستان ایجاد هزینه می کند. مثل درخواستهای تصویربرداری و آزمایشات تشخیصی و نیز پروسیجرهای شایع

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

مدیریت منابع و مصارف

تحلیل اقتصادی بیمارستان

شرح وظایف کمیته اقتصاد و درمان:

- ✓ بررسی علل کسورات از طریق واحد اقتصاد بر سلامت و بررسی راهکارهای تعدیل کسورات
- ✓ ارائه گزارشات مربوط به کسورات به واحد های مربوطه ۸۱. بررسی و تحلیل وضعیت موجود مدیریت منابع مالی
- ✓ طراحی شاخص های اقتصاد درمان (کار آیی - بهره‌وری - تحلیل هزینه ها)
- ✓ بستر سازی استفاده از نرم افزار های معین در مدیریت اقتصادی مرکز
- ✓ استفاده از روشهای نوین مدیریت منابع درآمدی، بودجه، سلامت، هزینه های سلامت و بهره وری و کارآیی در بیمارستانهای سلامت محور
- ✓ بازنگری و تکمیل خدمات بیمارستانی مشمول تعرفه گلوبال، کمیته بیمارستانی موظف است تعرفه اعمال جراحی گلوبال را با هزینه واقعی صرف شده برای آنها در اعمال مختلف مقایسه نماید و اقدامات اصلاحی را در این خصوص برنامه ریزی کند.
- ✓ مدیریت اطلاعات، کمیته بیمارستانی موظف است جهت کاهش کسورات درآمدی، بر نحوه ارسال پرونده های بیماران به سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) نظارت نماید و به صورت ماهانه عملکرد مالی ثبت شده در داشبورد اقتصاد درمان خود را با سیستم اطلاعات بیمارستان تطابق دهد.
- ✓ تعریف ساز و کار نحوه ثبت و محاسبه بهیمنگی و حد مورد انتظار / مطلوب برای شاخص های تعریف شده بستری عادی / ویژه / سرپایی و اتاق عمل و تفسیر و تحلیل نتایج آن
- ✓ تحلیل هزینه درآمد بخش، کمیته بیمارستانی موظف است نسبت به محاسبه درآمد و هزینه هر بخش اعم از بستری و سرپایی برنامه ریزی و اقدام نماید

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

✓ مدیریت منابع و مصارف، کمیته بیمارستانی موظف است با تحلیل شرایط موجود در بیمارستان با هدف مدیریت

✓ منابع و مصارف برنامه ریزی و اقدامات لازم در این خصوص را شناسایی نماید و نتایج به دست آمده از پیاده سازی این برنامه را به دبیرخانه معاونت درمان ارسال نمایند

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

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 و اجرا یی موسسه مدیر عامل موسسه) می باشد.

شرایط و نحوه انتخاب دبیر کمیته:

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

دبیر کمیته

مسو و تجهیزات پزشکی بیمارستان

توالی برگزاری

حداقل هر ماه یکبار

ترکیب اعضای کمیته

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

رئیس بیمارستان/جانشین تام الاختیار ایشان - معاون درمان - مدیر پرستاری - معاون امور مالی و اداری سوپروایزر آموزش - مسول واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت - کارشناس مسول کمیته های بیمارستانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسول تجهیزات پزشکی - کارشناس تجهیزات پزشکی - مسول 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 تخصصی های مختلف بر اساس موضوع کمیته - حضور سرپرستاران و مسوولین 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 هرماه یکبار تشکیل شوند.

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

تحقیق، بررسی، جایگزینی یا اصلاح فرآیندها 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

شرح وظایف کمیته

پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی نظارت بر نحوه استفاده از وسایل، -
نگهداری و تعمیر تجهیزات پزشکی
آموزش نحوه کاربرد و استفاده صحیح و ایمنی و نگهداری تجهیزات پزشکی و بیمارستانی -
اعلام طرحهای توجیهی اقتصادی سیستم (منطبق بر صرفه و صلاح بیمارستان -)
تهیه و تدوین تفاهم نامه های مرتبط با نحوه واگذاری (منطبق بر صرفه و صلاح بیمارستان) و اخذ نظر مدیرعامل -

پیگیری اعلام از مدیر عامل به نهادهای بالا دستی جهت اخذ موافقت نهایی و مجوزهای لازم -
حسب ضرورت، تسریع در امر خرید، کارشناسی تخصصی تر به جهت اهمیت موضوع و رعایت صرفه و صلاح -
بیمارستان، مقرر شد با توجه به حضور اعضا کمیته اقتصاد درمان در زیر کمیته خرید، خرید های سرمایه ای و مصرفی پزشکی در کمیته خرید طرح و تصمیم گیری گردد

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

کمیته اخلاق

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

✓ 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).

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

های اخلاقی در محیط های بالینی بیمارستان، ارتقاء آگاهی و حساسیت اخلاقی همه ذی نفعان نسبت به جنبه های اخلاقی ارائه خدمات سلامت، تامین، 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).

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

۳. بررسی میزان اجرایی شدن دستورالعمل بیمارستان در معاینه 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 در آموزش 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 نهایتاً 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)

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

15. 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 رسیده 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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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 سوء 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

مسئول 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 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.

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- 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

1. بررسی پرونده های بیمارستانی و نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و نحوه نگارش داده های پزشکی و درمانی بیماران .
2. 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 .
3. تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحد ها و بخش ها .
4. بررسی مشکلات بخش ها / واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی .
5. نظارت بر نحوه ورود و خروج پرونده ها و تکمیل بودن آنها در زمان پذیرش تا ترخیص بیمار .
6. نظارت بر نحوه پاسخگویی به شکایات قانونی مرتبط با پرونده .
7. نظارت بر نحوه صدور گواهی فوت و گواهی ولادت .

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

8. درخواست و نظارت بر تهیه کلیه فرم های پرونده های بیمارستانی .
9. نظارت بر درخواست پرونده از واحد های مختلف بیمارستان .
10. بررسی نحوه تحویل پرونده جهت امور تحقیقاتی .
11. تهیه و جمع آوری آمار مراکز درمانی و پاراکلینیک .
12. 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 .
13. ثبت دقیق اطلاعات هویتی و شناسایی بیماران در زمان پذیرش در فرم ها و برنامه HIS .
14. نظارت بر گرد آوری ، استخراج تا آنالیز و تجزیه و تحلیل آمار بیمارستانی و شاخص های سلامت .
15. نظارت و بررسی پرونده های بایگانی شده در جهت اصلاح سیستم بایگانی مدارک پزشکی مطلوب در جهت بازیابی سریع اطلاعات .
16. 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 .
17. بررسی نحوه ثبت عملکرد ویزیت پزشکان ، فعالیت و مراجعین بخش های بیمارستانی در سامانه آواب .
18. بررسی نحوه ارسال اطلاعات بیماران ثبت شده در HIS به سامانه سپاس .
19. نظارت بر کد گذاری تشخیص ها ، اقدامات و علل خارجی صدمات و همچنین علل مرگ و میر بر اساس دستور العمل کد گذاری .

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

20. در حین کد گزاری پرونده ها مجددا مورد بررسی قرار گرفته و در حد تخصص کد گزاری بررسی کیفی نیز انجام می شود .

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 دوماه 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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته :

جلسات کمیته هر دو ماه یکبار تشکیل می گردد.

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

- شناسایی پیمانکار جهت انجام معاینات طب کار و سنجش عوامل زیان اور محیط کار
- برنامه ریزی اجرای معاینات طب کار و آنالیز گزارشات و صدور اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
- برنامه ریزی سنجش عوامل زیان اور 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 یا رگنومی 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
- نظارت مستمر بر اجرای الزامات حفاظت فنی و بهداشت کار در سطح بیمارستان

کمیته بهداشت محیط

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 :

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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.

رسالت کمیته:

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- نظارت بر تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط زیست
- نظارت بر کنترل حشرات و جانوران موذی 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس بالینی

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

ماهیانه

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 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 باشد.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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.

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

اهداف کمیته

- افزایش سرعت و دقت در تعیین تکلیف بیماران اورژانسی
- افزایش تعداد مراجعین که زیر 6 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

1. بررسی شاخص های اورژانس به منظور هماهنگی و بستر سازی مناسب جهت اجرای تریاژ بیمارستانی .
2. هماهنگی و نظارت بر اجرای مرحله به مرحله ی سامانه تریاژ در مرکز .
3. تحلیل نتایج حاصل از زمان سنجی بیماران و فرم های تریاژ تکمیل شده به منظور ارتقاء فرآیندهای اورژانس .
4. بررسی نحوه ارائه آموزش های لازم به پرستاران تریاژ و نظارت بر آموزش از طریق برگزاری آزمون های استاندارد ، اخذ اثر بخشی و ...
5. بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راهکار با هماهنگی تیم مدیران اجرایی .

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

6. نظارت بر اجرای تریاژ تنفسی طبق آخرین دستور العمل های ابلاغی از دانشگاه علوم پزشکی البرز .

7. تعیین عوامل موثر بر تعیین تکلیف به موقع و صحیح بیماران بر اساس ضوابط ابلاغی و دستور العمل های مربوطه .

8. کاهش طول اقامت بیماران بستری و اورژانس و عوارض ناشی از اقامت های طولانی .

9. اجرا و نظارت مستمر بر دستور العمل های مرتبط با بیماران تنفسی و کووید 19 .

10. اجرا و نظارت مستمر بر استقرار استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان .

11. پیش بینی و پیگیری ، تخصیص فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب جهت واحد تریاژ .

12. ارتقاء رضایتمندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس .

13. بررسی فرم های رضایت شخصی بیماران اورژانس و بررسی نتایج حاصله و اتخاذ راهکارهای مناسب .

14. بررسی نحوه ارتقاء شاخص های مربوط به ایمنی بیمار .

15. برنامه ریزی جهت ارتقاء فرآیند های بالینی اورژانس بیمارستان .

16. کاهش میزان مرگ و میر (Mortality) و ناتوانی (Morbidity) ناشی از دست رفتن زمان طلایی (Golden time) رسیدگی به بیماران .

17. بررسی مسائل مربوط در جریان بستری بیماران از ورود به بخش اورژانس تا بستری و ترخیص .

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

18. نظارت بر اجرای دقیق کلیه ضوابط و دستور العمل های مربوط به حوادث غیر مترقبه و سوانح و فوریت های پزشکی .

19. نظارت بر نحوه عملکرد خدمات آمبولانس بیمارستان .

20. 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 .

21. نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل های استاندارد دارویی بخش اورژانس .

22. 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 .

23. نظارت بر اجرای دستورالعمل مقیمی طب اورژانس .

24. 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 .

25. نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل مشاوره ها در اورژانس .

26. 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)

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

27. پیگیری انجام مصوبات کمیته قبل وارزیابی اقدامات انجام شده .

کمیته تعیین تکلیف بیماران

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 5 سال سابقه فعالیت در اورژانس که 1 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- ✓ مدیر بهبود کیفیت
- ✓ مدیر درمان
- ✓ رئیس بخش اورژانس
- ✓ متخصص طب اورژانس (برای بیمارستان های با ورودی بالای 30000 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).

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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.

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.

کمیته تریاز

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)

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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 ارائه 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:

1. فرهنگ سازی و ایجاد بستر مناسب برای اجرای تریاژ در بیمارستان
 2. پیش بینی و پیگیری تخصیص فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استانداردهای واحد تریاژ
 3. تعیین تیم پرستاری خبره و کارآمد ویژه تریاژ
 4. انجام هماهنگی با کارگروه راهبردی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه در خصوص اجرای برنامه های آموزشی تریاژ
 5. نظارت بر نحوه آموزش پرستاران از طریق برگزاری آزمون های استاندارد
 6. راه اندازی سامانه تریاژ الکترونیک
 7. نظارت بر نحوه ی ثبت اطلاعات توسط پرستار تریاژ
 8. معرفی سامانه تریاژ به سایر کارکنان مرتبط بر حسب نیاز
 9. ارزیابی عملکرد تریاژ از طریق پایش و ارزیابی منظم توسط اعضا کمیته، مدرسان تریاژ و سوپروایزر آموزشی
 10. تشکیل جلسات منظم تریاژ در کمیته اورژانس بیمارستانی و ارائه گزارش عملکرد به کارگروه راهبردی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه مربوطه
 11. بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ صحیح و ارائه راهکار با هماهنگی اعضای کمیته
 12. 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
- شرایط و نحوه انتخاب رئیس کمیته:**

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 5 سال سابقه فعالیت در اورژانس که 1 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:

- ✓ مدیر عامل / 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 30000 در سال)
- ✓ سوپروایزر بالینی
- ✓ سوپروایزر آموزشی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

✓ 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).

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.

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

بیماران در حداقل زمان انتظار، می پردازد. مفهوم تریاژ 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 تریاژ 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 تریاژ 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-19 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 تریاژ در بخش اورژانس پاسخگویی به این سؤال است که "آیا اولویت بندی بیماران و هدایت مناسب جهت تعیین تکلیف بیماران در تریاژ به درستی صورت می پذیرد؟" در هر بخش اورژانس، برای راه اندازی موفق سیستم تریاژ، داشتن الگوی عملی مشخص و مناسب تریاژ، همراه با دستورالعمل های کاربردی امری حیاتی است. راه اندازی فرآیند علمی و سامانه تریاژ و حصول نتایج مطلوب فقط با حمایت و همکاری همه جانبه بخش اورژانس، مدیران و مسئولان بیمارستان میسر خواهد شد.

شرح وظایف کمیته تریاژ

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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 ارائه 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:

13. فرهنگ سازی و ایجاد بستر مناسب برای اجرای تریاژ در بیمارستان
14. پیش بینی و پیگیری تخصیص فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استانداردهای واحد تریاژ
15. تعیین تیم پرستاری خبره و کارآمد ویژه تریاژ
16. انجام هماهنگی با کارگروه راهبردی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه در خصوص اجرای برنامه های آموزشی تریاژ
17. نظارت بر نحوه آموزش پرستاران از طریق برگزاری آزمون های استاندارد
18. راه اندازی سامانه تریاژ الکترونیک
19. نظارت بر نحوه ی ثبت اطلاعات توسط پرستار تریاژ
20. معرفی سامانه تریاژ به سایر کارکنان مرتبط بر حسب نیاز
21. ارزیابی عملکرد تریاژ از طریق پایش و ارزیابی منظم توسط اعضا کمیته، مدرسان تریاژ و سوپروایزر آموزشی
22. تشکیل جلسات منظم تریاژ در کمیته اورژانس بیمارستانی و ارائه گزارش عملکرد به کارگروه راهبردی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه مربوطه
23. بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ صحیح و ارائه راهکار با هماهنگی اعضای کمیته
24. 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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:

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

اعضای ثابت کمیته:

رئیس بیمارستان / جانشین تام الاختیار ایشان - مدیر بیمارستان - معاون درمان / معاون آموزشی - مدیر پرستاری - رئیس بخش اورژانس - مسئول امور مالی - مسئول حراست - مسئول تجهیزات پزشکی - مسئول تاسیسات و ساختمان - سرپرستار اورژانس - مسئول بهداشت حرفه ای - کارشناس رابط کمیته های بیمارستانی / مسئول بهبود کیفیت - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مسئول آشنشانی - مدیر فناوری و اطلاعات سلامت - مسئول مددکاری (در صورت وجود)

اعضای موقت کمیته:

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

برنامه زمانی و تواتر جلسات کمیته:

کمیته ها هر ماه یکبار تشکیل شوند

تا از موازی کاری و اتالف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

شرح وظایف کمیته:

"نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا، اولویت بندی شده و اقدامات پیشگیرانه تدوین می گردد.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی.

عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان ارزیابی و اولویت بندی شده و پنج عامل اول شناسایی گردند.

برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی / توانبخشی جهت مقابله با حوادث و بالیا با رویکرد-All Hazard و پنج عامل خطر آفرین شناسایی شده، تدوین گردد.

سامانه فرماندهی حادثه و جانشین های آن، شرح وظایف و مسئولیت ها، نحوه فعال سازی و غیرفعال سازی سامانه تدوین و بطور منظم بازنگری گردد.

روش های اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با برنامه آمادگی و پاسخ به حوادث و بالیا تدوین گردد.

برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی کارکنان و اعضاء کمیته براساس نتایج ارزیابی خطر انجام گردد.

برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین های شبیه سازی شده، مانور آتش نشانی و تخلیه در بیمارستان برای کارکنان و اعضاء کمیته در خصوص آمادگی و پاسخ به حوادث و بالیا انجام گردد

حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه های (ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، HIS، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد) در کمیته مدیریت خطر حوادث و بالیا بررسی، تحلیل و اقدامات اصلاحی طبق آن انجام می شود.

نتایج اجرای کلیه برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بالیا در بیمارستان که شامل پیشرفت برنامه عملیاتی براساس نتایج ارزیابی خطر، ارزیابی آموزش های ارائه شده، انجام تمرین ها

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

جهت آمادگی بیمارستانی و منابع مورد نیاز و ... است، مورد تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه مداخله ای تدوین و اجرایی می شود.

▪ تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه مشخص شود.

▪ هرگونه تغییر کاربری در بیمارستان با در نظر گرفتن اصول ایمنی و تاکید و نظارت این کمیته انجام شود.

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 :

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

کمیته ها همراه یکبار تشکیل شوند (برای مراکز درمانی با مصرف کمتر از 200 واحد فرآورده های خونی در ماه به فواصل حداقل 2 یا 3 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 هموویژیلانس - 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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 200 واحد فرآورده های خونی در ماه به فواصل حداقل 2 یا 3 ماه یکبار می باشد و در صورت بروز مشکل و خطاهای انسانی چه در بخش ها و چه در آزمایشگاه بلافاصله جلسه برگزار گردد).

رسالت :

1. ارائه خدمات سلامت منطبق با نیازهای مراجعین با رعایت بهبود مستمر کیفیت خدمات
2. توجه به آموزش مداوم ، مهارت آموزی پرسنل و تامین نیروی انسانی در راستای ایمنی بیمار
3. تقویت روحیه همبستگی و علاقه به خدمت رسانی به بیماران در میان پرسنل
4. بیمارمحوری و جلب رضایتمندی مراجعین
5. ایجاد رفاه و افزایش رضایتمندی پرسنل
6. استقرار سنجه های اعتباربخشی
7. ایجاد تعامل سازنده با سازمانهای ذینفع در راستای ایجاد عدالت در سلامت
8. بهره گیری از دانش و تجارب ارزشمند کادر درمانی مجرب در درمان بیماران نیازمند

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 هموویژیلانس 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 خصوصاً 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

- 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

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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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).

رسالت کمیته

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- حفظ و ارتقا کیفیت مراقبتها و خدمات 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 بروز مرگ و میر بیمارستانی گروه های آسیب پذیر (نوزادان،...)

. کاهش میزان بروز مرگ و میر بیمارستانی ناشی از عوامل قابل اجتناب

. اتخاذ تدابیر لازم به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان

. نظارت بر اجرا و پیاده سازی کلیه استانداردهای اعتبار بخشی 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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 72 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 زیرکمیته های تخصصی حداکثر طی 24 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

-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 اعضای 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 ازجمله سرپرستاران بخش های ویژه و سایر بخش های مختلف بر اساس موضوع کمیته

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

کمیته مرگ و میر کودکان 1 تا 59 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 تائید 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 64 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

*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 1-59 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

رسالت کمیته:

کاهش میزان مرگ و میر و عوارض قابل پیشگیری از طریق کشف علل و بهبود کیفیت فرایندهای تشخیصی و درمانی در کودکان 1-59 ماه

اهداف کمیته:

- تعیین علت مرگ در صورت بروز با هدف کاهش مرگ و میر کودکان 1-59 ماهه
- اتخاذ تدابیری به منظور جلوگیری از مرگ و میر 1-59 ماه در بیمارستان

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

شرح وظایف کمیته:

- بررسی عوامل موثر بر مرگ کودکان 1 تا 59 ماهه در بیمارستان.
- شناسایی روند خطای انسانی که منجر به مرگ و میر و یا آسیب به بیمار میگردد
- تدوین مداخلات براساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان.
- نظارت و پیگیری نحوه ی اجرای مداخلات تصویب شده در بیمارستان
- 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 1 تا 59 ماهه

کمیته تغذیه

رئیس کمیته: ریاست بیمارستان (مسئول فنی و مسئول ایمنی بیمارستان)

دبیر کمیته: مسئول تغذیه بالینی

توالی برگزاری کمیته: به صورت هر دو ماه یکبار

اعضای اصلی کمیته تغذیه بالینی

1 . رئیس بیمارستان (مسئول فنی و مسئول ایمنی بیمارستان)

2 . مدیر بیمارستان

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

3 . مسئول بهبود کیفیت

4 . مدیر پرستاری

5 . سوپروایزر بالینی

6 . مسئول تغذیه بالینی

7 . مسئول فنی داروخانه

8 . مدیر اداری مالی -

9 . کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

10 . سوپروایزر آموزشی

11 . مسئول بهداشت محیط

12 . مسئول خدمات

شرح وظایف و دستور کار کمیته

1 . بررسی شاخص های سه ماهه واحد تغذیه، برنامه ریزی جهت دستیابی به موقع و صحیح به شاخص ها و ارتقاء آن و نظارت بر نحوه اجرای

استقرار ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان

2 . اجرا و نظارت مستمر بر استقرار استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

3. برقراری تعامل تیم درمان با واحد تغذیه بالینی جهت استقرار ضوابط مربوط به مشاوره تغذیه بیماران
4. تاکید ویژه بر حمایت های تغذیه ای و تامین نیازهای تغذیه ای در بیماران مبتلا به کووید- 19
5. نظارت بر اجرای دستورالعمل و پروتکل های حمایت های تغذیه ای ابلاغی از وزارت در خصوص بیماران کرونایی
6. اجرا و نظارت مستمر بر تهیه و استفاده صحیح از گاوژ های تجاری و محلول های تغذیه وریدی
7. اجرا و نظارت مستمر بر شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه از طریق فرم های ابلاغ شده وزارت متبوع
8. اجرا و نظارت مستمر بر شناسایی بیماران نیازمند تغذیه حمایتی و تامین نیازهای تغذیه ای آن ها
9. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء ارجاعات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماران بستری
10. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء ارجاعات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماران بستری تحت مراقبت های ویژه (ICU/PICU/NICU)
11. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء ارجاعات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماران با شرایط ویژه نظیر بیماران تحت دیالیز، دچار سوختگی، پیوند اعضا، سرطان و بیماری های روانی
12. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش استقرار ضوابط گاوژ از مجموعه سیاستهای اجرایی و ضوابط بخش تغذیه بیمارستان های کشور

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

13. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش استفاده از خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در مراجعین درمانگاه سرپایی تغذیه بیمارستان

14. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش استقرار ضوابط تجهیزات سیستم توزیع غذا (وعده های اصلی و میان وعده ها) از مجموعه سیاست

های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه بیمارستان های کشور

15. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء میزان رضایتمندی بیماران از خدمات غذایی

16. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماری های اولویت دار

17. اجرا و نظارت مستمر بر ارتقاء پوشش درخواست مشاوره تغذیه و رژیم درمانی

18. ارزیابی و بررسی گزارش های عدم انطباق در هر کدام از مراحل تجویز رژیم غذایی یا گاوآژ با دستور مشاوره تغذیه

19. به روز رسانی دستور العمل NPO کردن بیمار براساس آخرین شواهد علمی

20. بررسی موردی عدم دریافت یا دریافت ناقص توصیه ی رژیمی توسط بیمار به ویژه رژیم غذایی بیماران کرونایی

21. بررسی موردی عدم ارجاع مشاوره های تغذیه برای مراحل پیگیری هر بیمار

22. ارزیابی، تحلیل و گزارش صرفه اقتصادی هزینه های خدمات غذایی و در هزینه های درمان

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

23. بررسی موردی عوارض تغذیه ای ناشی از مداخلات تغذیه ای ناکافی نظیر مرگ و میر، سوء تغذیه، تداخل غذا و دارو، مسمومیت های غذایی و سایر عوارض مرتبط

24. بررسی موردی هر گونه مداخله تغذیه ای افراد فاقد صاحب صلاحیت در حوزه ی مشاوره تغذیه بیمار

25. بررسی موردی هر گونه دریافت غذا توسط بیمار خارج از توصیه های تغذیه ای تجویز شده توسط مشاور تغذیه

26. تاکید ویژه بر ممنوعیت تغذیه بیمار توسط خانواده و همراه بیمار

27. اجرا و نظارت مستمر بر توزیع میان وعده برای همه گروه ها ترجیحا " برای گروه های آسیب پذیر

28. برگزاری دوره های تکمیلی در مورد آموزش و آگاهی تیم درمان و کارکنان خدمات غذایی در خصوص اهمیت تغذیه بالینی و دستورالعملهای مربوط به آن

29. برگزاری دوره های تکمیلی در مورد آموزش کارکنان بخش تغذیه به منظور مراعات موازین بهداشت محیط، مقررات غذایی و دستورالعمل بهداشت کار در آشپزخانه و سایر اماکن بیمارستان

30. ارتقاء تجهیزات مورد نیاز برای هر کدام از مراحل ارزیابی، تشخیص و مداخله تغذیه ای

31. بررسی مشکلات تهیه، آماده سازی، طبخ، نگهداری، سرو و توزیع مواد غذایی در بیمارستان و ارائه راهکارهای اجرایی

32. تهیه برنامه منسجم برای نظارت بر تهیه مواد اولیه غذائی از منابع استاندارد و با تضمین کیفیت، در محدوده بودجه و مقررات بیمارستان،

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

نظارت بر حمل بهداشتی مواد غذایی و نگهداری آنها به شیوه های بهداشتی در محلها و با درجه حرارت مطمئن

33. تبادل نظر در خصوص برنامه غذایی بیماران، بویژه بیماران دریافت کننده غذاهای رژیمی و اعمال تنوع غذایی بر حسب فصول سال بررسی و مطالعه در مورد میزان نیاز به انواع مواد غذایی رژیمی و سایر غذاها (از نظر کمی و کیفی، در سطح بیمارستان)

34. تدوین برنامه های زمان بندی شده جهت بهسازی محیط کار

35. ارزیابی رضایت مندی بیماران و کارکنان از کیفیت غذا

36. پیگیری انجام مصوبات کمیته قبل

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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

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 فرایندهای آموزشی
مشارکت همه جانبه در فعالیت های توسعه آموزشی
تدرویج کار تیمی و آموزش بین حرفه ای

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

شرح وظایف کمیته آموزش

- برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت آموزش پزشکی بیمارستان در چارچوب سیاست ها و برنامه های بیمارستان

- بازنگری برنامه های آموزشی اولویت بندی نیازهای آموزشی

- اصلاح روند ارزشیابی آموزشی، به کارگیری روش های جدید آموزشی و یادگیری و هدایت طرح های 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 طرح های مربوط به تکنولوژی آموزشی و تدابیر لازم جهت کمبود تجهیزات آموزشی

- نظارت بر تنظیم برنامه های استفاده از فضای آموزشی (سالن کنفرانس، آمفی تئاتر و کلاس های درس)

- مشارکت فعال در جلسات کمیته آموزش

- مساعدت و همکاری با دبیر و رئیس جلسه جهت پیشبرد اهداف تعیین شده

- نظارت بر اجرای انجام برنامه ها و مقررات آموزشی در بخش ها و درمانگاه ها.

- پایش به موقع کمیته ها

- ارائه گزارش عملکرد فصلی واحد آموزش در کمیته ها

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

ارائه گزارش شاخص های ماهانه در کمیته آموزش در کمیته ها

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 ارشد پرستاری (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:

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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

رسالت کمیته:

کمیته ارتقای سلامت بابرگیری 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 کارآموده وبابهره گیری از تجهیزات نوین آموزشی فعالیت می نماید.

اهداف کمیته:

اجرای دستورالعمل های ارتقاء سلامت کارکنان وبیماران

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- ✓ اجرای برنامه های آموزشی کارکنان در خصوص پیشگیری و درمان بیماری کوید-19
- ✓ 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 هر گونه 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

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

- ✓ 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

ضوابط برگزاری جلسات:

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 (حداکثر زمان هر جلسه)یک ساعت می باشد .

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:

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

صور تجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صور تجلسه 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 اعضاء در قسمت افراد حاضر و غایب تهیه شده و در نهایت صور تجلسه به امضاء ریاست بیمارستان رسانده می شود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صور تجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آنها

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

صور تجلسات ظرف 72 ساعت کاری از تاریخ تشکیل کمیته باید توسط دبیر کمیته تنظیم و فایل

الکترونیکی آن را به دفتر بهبود کیفیت تحویل نماید.

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 را مطرح نماید.

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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	

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:

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 اجرانشده، 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.

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:

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 نیازمند برنامه اصلاحی مشخص و پیگیری می گردد .

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	کد سند: SH-QI-IRHC-02		ویرایش: 02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

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 کمیته مدیریت اجرایی مطرح و تصمیم گیری به اطلاع اعضا رسانده میشود .

✓ 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 6 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.

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بیمارستان ثارالله			
	ویرایش: 02		کد سند: SH-QI-IRHC-02	
	تاریخ بازنگری بعدی: 1405/01/20	تاریخ ابلاغ: 1404/01/20	تاریخ بازنگری: 1404/01/15	

امضاء	تأید کنندگان
	1. دکتر آروین نجفی (ریاست بیمارستان)
	2. آقای علی شهبازی (مدیریت بیمارستان)
	3. خانم فاطمه احمدی (مدیریت پرستاری)
	4. خانم آسیه حیدریان (مسئول بهبود کیفیت و مسئول کمیته های بیمارستانی)