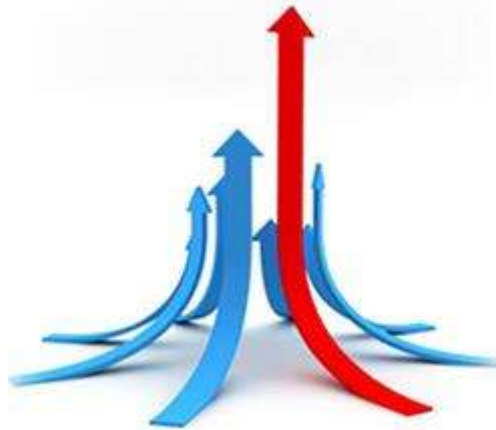




عنوان دوره آموزشی:

## آشنایی با کمیته‌های بیمارستانی



بهار ۱۳۹۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نوع دوره:

شغلی اختصاصی

روش و اجرای آموزش:

کتابخوانی

طرح و برنامه درسی:

جزوه آماده شده

نحوه ارزشیابی:

آزمون تستی الکترونیکی

گروه هدف:

سرپرستار - سوپروایزر بالینی- سوپروایزر آموزشی- کارشناس کنترل عفونت -مدیر خدمات پرستاری- رئیس

خدمات پرستاری -کارشناس امور بیمارستان- کارشناس ارزشیابی مؤسسات درمانی-مدیر بیمارستان-

کارشناس پرستاری -کارشناس نظارت و ارزشیابی مؤسسات درمانی

فصل اول: مدیریت مشارکتی.....	۸
مقدمه.....	۸
مدیریت.....	۱۰
تعریف مشارکت.....	۱۰
مفهوم مدیریت مشارکتی.....	۱۱
اهمیت رایزنی در اسلام.....	۱۱
اصل شورا و مشورت در امور در اسلام.....	۱۳
اهمیت و مزایای مشارکت و مدیریت مشارکتی.....	۱۵
فواید مشورت.....	۱۷
پیش شرطهای لازم برای موفقیت در مشارکت.....	۱۸
موانع مشارکت.....	۲۱
راهکارهای اجرای مدیریت مشارکتی در سازمانها.....	۲۲
فصل دوم: کمیته های بیمارستانی.....	۲۴
کمیته های بیمارستانی در استانداردهای اعتباربخشی ملی:.....	۲۴
جلسات کمیته‌ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل‌های ابلاغی برگزار می‌شود.....	۲۸
آیین‌نامه داخلی کمیته‌ها تهیه شده و اعضاء کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.....	۲۸
رئیس/مسئول، دبیر کمیته‌ها و اعضای اصلی، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین شده‌اند.....	۲۹
دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف، مأموریت‌ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است.....	۳۰
مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه‌حل‌های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است.....	۳۰
رئیس بیمارستان یا جانشین تام‌الاختیار او در تمامی جلسات کمیته‌ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.....	۳۰
میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت.....	۳۱
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.....	۳۱
پزشکان بیمارستان، حداقل در یکی از کمیته‌های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌نمایند.....	۳۲
اهداف کمیته‌ها.....	۳۳
قوانین عمومی کمیته‌ها.....	۳۳
نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته.....	۳۴
نحوه تعامل با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت اجرایی.....	۳۴
نحوه مستندسازی سوابق جلسات.....	۳۵
نحوه پیگیری مصوبات.....	۳۵
نحوه ارزیابی عملکرد کمیته‌ها.....	۳۶
شرح وظایف رئیس کمیته‌ها.....	۳۶

۳۷	شرح وظایف دبیر کمیته ها
۳۸	شرح وظایف اعضاء کمیته ها
۳۸	شرح وظایف مسئول هماهنگ کننده کمیته ها
۳۹	فصل سوم: آئین نامه کمیته‌های بیمارستانی
۳۹	آئیننامه کمیته پایش و سنجش کیفیت
۳۹	هدف:
۳۹	اعضاء ثابت:
۴۰	اعضاء موقت:
۴۰	شرح وظایف کمیته:
۴۲	آئیننامه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات
۴۲	هدف:
۴۲	اعضای ثابت:
۴۳	اعضاء موقت:
۴۳	شرح وظایف کمیته:
۴۴	آئیننامه کمیته کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای
۴۴	هدف:
۴۴	اعضاء ثابت :
۴۵	اعضاء موقت:
۴۵	شرح وظایف کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای :
۴۷	آئیننامه کمیته کنترل عفونت
۴۷	هدف:
۴۷	اعضاء ثابت:
۴۷	اعضاء موقت:
۴۸	شرح وظایف کمیته :
۴۹	آئیننامه کمیته بهداشت محیط
۴۹	هدف:
۴۹	اعضای ثابت:
۴۹	اعضاء موقت:
۵۰	شرح وظایف کمیته:
۵۱	آئیننامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
۵۱	هدف:
۵۱	اعضاء ثابت:

- اعضاء موقت: ۵۱.....
- شرح وظائف کمیته: ۵۲.....
- آئین نامه کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا. ۵۳.....
- هدف: ۵۳.....
- اعضاء ثابت: ۵۳.....
- شرح وظائف کمیته : ۵۴.....
- آئیننامه کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن. ۵۵.....
- هدف: ۵۵.....
- اعضاء ثابت : ۵۵.....
- اعضاء موقت: ۵۵.....
- شرح وظائف کمیته: ۵۶.....
- آئیننامه کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر. ۵۷.....
- هدف: ۵۷.....
- اعضاء ثابت : ۵۷.....
- اعضاء موقت : ۵۷.....
- شرح وظائف کمیته: ۵۸.....
- آئیننامه کمیته اورژانس/تعیین تکلیف/ترباژ. ۵۸.....
- هدف: ۵۸.....
- کمیته تعیین تکلیف ۵۹.....
- هدف: ۵۹.....
- اعضای ثابت: ۵۹.....
- اعضای موقت: ۶۰.....
- شرح وظائف کمیته : ۶۰.....
- کمیته ترباژ ۶۰.....
- هدف: ۶۰.....
- اعضای ثابت: ۶۰.....
- اعضاء موقت: ۶۱.....
- شرح وظائف کمیته : ۶۱.....
- آئیننامه کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی. ۶۳.....
- هدف: ۶۳.....
- اعضاء ثابت: ۶۳.....
- اعضاء موقت: ۶۳.....

- شرح وظایف کمیته: ..... ۶۴
- آئیننامه کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی..... ۶۵
- هدف: ..... ۶۵
- اعضاء ثابت : ..... ۶۵
- اعضای موقت : ..... ۶۵
- شرح وظایف کمیته: ..... ۶۶
- آئیننامه کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج..... ۶۷
- هدف: ..... ۶۷
- اعضاء ثابت : ..... ۶۷
- شرح وظایف کمیته: ..... ۶۸
- کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه ..... ۶۸
- اعضاء ثابت : ..... ۶۸
- اعضاء موقت : ..... ۶۹
- شرح وظایف کمیته : ..... ۶۹
- کمیته مرگ مادران باردار ..... ۷۰
- هدف: ..... ۷۰
- اعضاء ثابت : ..... ۷۰
- اعضاء موقت : ..... ۷۰
- شرح وظایف کمیته : ..... ۷۰
- کمیته مرگ پریناتال ..... ۷۱
- هدف: ..... ۷۱
- اعضاء ثابت: ..... ۷۱
- شرح وظایف کمیته : ..... ۷۲
- کمیته احیاء نوزادان ..... ۷۲
- هدف: ..... ۷۲
- اعضاء ثابت: ..... ۷۲
- اعضاء موقت: ..... ۷۳
- شرح وظایف کمیته : ..... ۷۳
- آئین نامه کمیته طب انتقال خون..... ۷۴
- هدف: ..... ۷۴
- اعضاء ثابت : ..... ۷۴
- اعضاء موقت : ..... ۷۴

شرح وظایف: ..... ۷۵

منابع..... ۷۶

پیوستها: ..... ۷۸



## فصل اول: مدیریت مشارکتی

### مقدمه

مشورت بازوی مدیر در اسلام است. (نهج الفصاحه، ۲۵۰۶) مدیری که مشورت می کند، پشیمان نمی شود. (نهج الفصاحه، ۳۰۹۵) با مشورت، خطای احتمالی مدیران کاهش می یابد. (نهج الفصاحه، ۲۹۶۲)

سازمانها در جمهوری اسلامی باید از توانائی های نیروی انسانی استفاده نمایند. ناتوانی سازمان در استفاده بهینه از توان کارکنان، یکی از مشکلات اصلی سازمانها می باشد. این امر سبب کاهش بهره وری سازمان و ناتوانی در رقابت در عرصه های ملی و بین المللی گردیده است. سازمانهای مختلف در کشورهای جهان از روش های گوناگونی برای حل مشکل نیروی انسانی بهره می برند که یکی از متداول ترین و با اهمیت ترین آنها سبک و روش مدیریت مشارکتی است.

به گواه بسیاری از گزارشها و واقعیتهای موجود، موفقیت اکثر شرکتهای بزرگ مرهون به کارگیری مناسب این سبک مدیریت بوده است که به توسعه ظرفیت فردی کارکنان و ایجاد روحیه خودباوری، مسئولیت پذیری و تعهد در آنان منجر می شود. چنانچه اجرای مدیریت مشارکتی و نظام های تشکیل دهنده آن با موفقیت همراه باشد، از مزایا و پیامدهای چون بهبود روابط انسانی بین مدیریت و کارکنان، تقویت انگیزش در کارکنان، بهبود گردش کار در سازمان، بروز خلاقیت و نوآوری، تقلیل هزینه های تولید کالا و خدمات، افزایش احساس تعلق سازمانی در کارکنان و همسو شدن هدف های آنان با هدف های سازمان و در نهایت افزایش رضایت مشتری و به دست آوردن سهم بیشتر در بازار برخوردار خواهد بود. نظام مدیریت مشارکتی، نظام همکاری فکری و عملی کلیه اعضای یک سازمان با سطوح مختلف مدیریتی آن سازمان است. بنا بر عقیده صاحبان نظر «مدیریت مشارکتی» بیش از هر روش مدیریتی دیگر می تواند در سازمان های گوناگون به خصوص در نظام های آموزشی مفید و موثر واقع شود.

بسیاری از اندیشمندان علم مدیریت در ایران، مدیریت مشارکتی را به دلیل اینکه ریشه در مذهب و فرهنگ اسلامی ما داشته کارکنان را در تصمیم سازی های سازمانی سهیم می سازد و به آنها اعتماد کرده و استقلال عمل می دهد؛

و یا شأن و منزلت انسان در محیط کار را محترم می شمارد، آن را بهترین سبک مدیریت برای اداره نظام های آموزشی می دانند.

## مدیریت

از مدیریت تعاریف متعددی ارائه شده است که هر یک با توجه به زمینه های کاری از دیدگاه های خاصی برخوردار است ولی جامع ترین تعاریف و مفاهیم دانشمندان بر این محور خلاصه می شود که مدیریت: «هنر انجام دادن امور به وسیله دیگران با هماهنگ سازی و استفاده صحیح از منابع انسانی و مادی در جهت تحقق اهداف است» (علاقه بند، ۱۳۸۵، ص ۱۰). همچنین آیت الله شهید مطهری مدیریت را اینگونه تعریف کرده است: «فن بهتر بسیج کردن و بهتر سامان دادن و بهتر کنترل کردن نیروهای انسانی و به کار بردن آنها» (ابراهیمی، ۱۳۷۵)؛ و منظور از مدیریت اسلامی عبارت است از: تعالی دادن جمع و فرد از بعد مادی و معنوی به سوی واقع (نصیری، ۱۳۸۸، ص ۴۰). مدیریت فرآیندی است که به وسیله ی آن کوشش های فردی و گروهی به منظور نیل به هدف مشترک هماهنگ می شود.

## تعریف مشارکت

مشارکت دارای تعاریف گوناگونی است که شاید بتوان گفت اختلافشان بیشتر در به کارگیری الفاظ است. مشارکت از لحاظ لغوی به معنای شرکت دادن، با هم شریک شدن، سهیم کردن و سهیم شدن، انجام کار گروهی و نیز بهره برداری گروهی است. مشارکت را به گونه های متعددی تعریف کرده اند: قدیمی ترین تعریف مشارکت عبارت است از پیوندی دو سویه، سازنده و سودمند میان دو تن یا بیشتر از دو تن. در تعریف دیگر مشارکت به معنی فراهم آوردن و گسترده شدن بستر نقد مشترک برای یافتن هدفهای مشترک بیان شده است (طوسی، ۱۳۷۹، ص ۴). همچنین در تعریفی تازه از کارشناسان سازمان ملل متحد مشارکت بدینگونه معنی شده است: دخالت و درگیر شدن مردم در فراگردهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی که بر سرنوشت آنان اثر می گذارد (همان منبع، ص ۶). مشارکت یک پیوند دوسویه و سودمند و سازنده میان دو یا چند نفر است. مشارکت یک درگیری ذهنی، عاطفی اشخاص در موقعیتهای گروهی است که آنان را بر می انگیزد تا برای دستیابی به هدفهای گروهی یکدیگر را یاری دهند و در مسئولیت کار شریک شوند. در این تعریف سه اندیشه مهم نهفته است. درگیر شدن، یاری دادن و مسئولیت.

## مفهوم مدیریت مشارکتی

مدیریت مشارکتی عبارت است از مجموعه‌ی گردش کار و عملیات که تمام کارکنان یک سازمان در روند تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن سازمان دخالت دهد و شریک سازد. تاکید اصلی در این نوع مدیریت، بر همکاری و مشارکت علاقمندان و داوطلبانه‌ی عموم افراد است و می‌خواهد از ایده‌ها و نظریات و ابتکارات همه‌ی آنها برای حل مشکلات و مسائل سازمان استفاده کند. لذا اساس این مدیریت تقسیم اختیارات بین مدیریت و کارکنان است (عباس زادگان، ۱۳۷۶، ص ۳۰۵) یا به عبارتی دیگر، مدیریت مشارکتی عبارتند از: نگرش جامعه برای جلب مشارکت فردی و گروهی کارکنان و تقویت روحیه‌ی مشارکت در آنها برای رفع مشکلات و بهبود مستمر در تمام امور سازمان و محیط کارکنان (حنیفی، ۶۳، ۱۳۸۰).

لرن پلونکت نیز مدیریت مشارکتی را اینگونه تعریف می‌کند؛ مدیریت مشارکت جو: فلسفه‌ای است که ایجاب می‌کند، تصمیم‌گیری سازمانی چنان صورت گیرد که اطلاعات و درون داده‌ها و مسئولیت به پایین‌ترین رده مربوط به آن تصمیم واگذار شود. هدف مدیریت مشارکت جو اطمینان یافتن از این امر است که کارکنان صالح به گرفتن تصمیم‌های موثری می‌پردازند. سپردن اختیار وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف مدیریت مشارکت جوست، سازکاری است برای مبنای دادن مسئولیت به گروه‌ها یا افراد مسئول و درگیر کردن کارکنان که این اطمینان از آن حاصل می‌شود که اطلاعات و درون داد مناسب به نظام تصمیم‌گیری داده شده است. (لرن پلونکت، ۱۳۸۱، ص ۳)

مشارکت و مدیریت مشارکتی: یعنی درگیر شدن کارکنان در فرآیند تصمیم‌گیری، دعوت از همه‌ی افراد به تفکر استراتژیک و قبول مسئولیت فردی برای کیفیت کار و تولیداتشان، حمایت و پاداش رفتار کارکنان که از دید آنها لحظه به لحظه، ارباب رجوع را ارضاء و عملکرد سازمان را بهبود می‌بخشد. در هر حالت مدل مشارکتی، نظارت اصلی بر سازماندهی تربیت و راهنمایی کارکنان، همچنین خودکنترلی را مستثنی نمی‌کند.

اهمیت رایزنی در اسلام

در فرهنگ اسلام مشاوره و مشورت برای جلوگیری از استبداد و خود محوری و نیز دست یازیدن به افکار و اندیشه های دیگران و در نهایت کسب اندیشه های بهتر و بالاتر و بکارگیری عملی آنهاست. بر همین اساس، هر چقدر مسئله مورد مشورت دارای اهمیت خاصی باشد، مشاوره در پیرامون آن حساس تر و ظریفتر خواهد بود. اهمیت مساله مشورت در اسلام به اندازه ای است که قرآن مجید خطاب به پیامبر (ص) می فرماید: و مشاورهم فی الامر؛ «با مردم مشورت کن.» پیامبر اسلام هم می فرمایند: «هیچ کس با مشورت، بدبخت نشده و هیچ کس با استبداد رای، به خوش بختی نرسید» (میزان الحکمه، باب شور). امام علی (ع) نیز در این باره در نهج البلاغه خطاب به مالک اشتر می فرمایند: «با آگاهان و دانشمندان مذاکره کن و با افراد حکیم گفت و گو نما و در این گفت و گوها در باره ی مصالح بلاد و حفظ برنامه ها و کارهای صحیح گذشته، بحث کن تا از فکر آنها بهره ببری و اندیشه آنان را به خدمت نظام درآوری» (نهج البلاغه، فیض السلام، نامه ۵۳). مشورت خواهی و بکارگیری عملی (استشاره) از دو جهت ضروری به نظر می رسد:

۱- گستردگی و انشعاب روز افزون مسائل سیاسی، فرهنگی، اخلاقی، هنری، اقتصادی و صنعتی و... در ابعاد مختلف زندگی و پیچیدگی و تجربی و تخصصی بودن بسیاری از مسائل فهم و درک اصولی مسائل را مشکل و مشکلتر می سازد، به طوری که در بسیاری از موارد فهم همه ی آنها برای انسانی هر چند نیرومند محال خواهد بود و در نتیجه راهی جز مشاوره و استشاره با متخصصان باقی نخواهد ماند.

۲- هر فردی از افراد انسانی هر قدر جسمی نیرومندتر و اندیشه ای قوی تر و هوشی سرشار تر از دیگران داشته باشد، بالاخره یک انسان است؛ در حالیکه اگر با دیگران مشورت نماید و از اندیشه های آنان نیز بهره مند شود، در جمع بندی و نتیجه گیری از مسائل راهی اصولی تر و نتیجه ای مطلوبتر به دست خواهد آورد.

امام علی (ع) در ضرورت و لزوم مشاوره می فرماید:

«من استبددَ برأیه هلكَ و من شاورَ الرجال شارکها فی عقولها»

\*استبداد در رای و تحمیل عقیده انسان را به هلاکت می رساند، ولی مشورت با مردم شریک بودن در عقول

و بهره گرفتن از افکار آنهاست\* (لنکرانی، ۱۳۷۷، ص ۱۲۰).

## اصل شورا و مشورت در امور در اسلام

از اصولی که یک مدیر جهت سازمان دادن امور به منظور تصمیم گیری انجام می دهد، عمل شور و مشورت می باشد. شور به معنای استخراج و کشف بهترین رأی و شورا یعنی کاری که انسان در آن مشورت می کند. چون انسان در فلسفه ی توحیدی، انسانی اجتماعی است و برای انجام امور و حرکت تکاملی خود و جامعه خویش نیاز به هم نوع و کمک گرفتن از آنان دارد. از این مطلب در می یابیم که انسان به تنهایی قادر به انجام کلیه امور مربوط به خود و عالم به تمام امور نیست و باید از فکر و دانش دیگران نیز بهره ببرد. از این رو در قرآن کریم و احادیث مسلمانان امر به مشورت شده اند و برای یافتن بهترین راه حل ها باید مشکلاتشان را به شور و مشورت گذاشته و آنها را حل کنند. به وسیله ی نشستهای جمعی و مشورت در امور است که انسان نسبت به آنچه اطلاعات و تخصص ندارد، آگاهی می یابد و کیفیت تصمیم ها را افزایش می دهد. در این حال انسان با شرکت در نشستهای جمعی و یا مشورت با افراد است که به اطلاعات خود افزوده و دانش و آگاهی خویش را بالا می برد که ممکن است این امر منجر به نگرشی نوین در اندیشه ی او گردد (نصیری، ۱۳۸۸، ص ۶۸). خداوند در آیه ۱۵۹ سوره ی آل عمران می فرماید: «مرحمت خدا، تو را با خلق مهربان و خوش خوی گردانید و اگر تند خو و سخت دل بودی، مردم از گرد تو متفرق می شدند. پس چنین است به نادانی درباره تو بد کنند، از آنان درگذر و از خدای تعالی (برای) آنها طلب آمرزش کن و برای دلجویی از آنها در کار جنگ مشورت نما لیکن آنچه خود تصمیم گرفتی با توکل بر خدای تعالی انجام بده؛ زیرا خدای تعالی متوکلان را دوست دارد.»

همچنین در آیه ۷ سوره انبیاء آمده است: «شما اگر خود نمی دانید از اهل ذکر و دانشمند سؤال کنید.»

آیه ۳۷ سوره شوری چهار امر را مورد توجه قرار می دهد:

۱- اطاعت از امر خدای تعالی ۲- برپا داشتن نماز

۳- فرمان به شور و مشورت ۴- انفاق

شاید این آیه بیانگر اهمیت شورا است که آنرا در ردیف اطاعت از خداوند، نماز و انفاق در راه خداوند قرار داده

است (نصیری، ۱۳۸۸، ص ۶۸ و ۶۹). پیامبر اکرم هم به لحاظ احترام به نظرات دیگران و ایجاد انگیزه، با آنها مشورت

می کردند. همچنین امام علی (ع) نیز در امور هم با اهل فن و تخصص و فرمانروایان آگاه مشورت می نمودند و هم به این امر سفارش زیاد داشتند چنانچه در نهج البلاغه در اهمیت مشورت کردن می فرمایند:

- لا مَظَاهِرَهُ أَوْثَقُ مِنَ الْمَشَاوِرَةِ. «هیچ پشتیبانی مطمئن تر از مشورت نیست.» (عزیزی، ۱۳۸۶، ص ۶۷۷،

حکمت ۱۱۳).

- من استبددًا برأيه هلكَ وَ مَنْ شَاوَرَ الرِّجَالَ شَارَكَهَا فِي عَقُولِهَا. «هر که استبداد ورزد نابود شود و هر که با

بزرگان مشورت کند در فکر و عقلشان شریک گردد» (نهج البلاغه، صبحی صالح، حکمت ۱۶۱).

- لا ظَهِيرَ الْمَشَاوِرَةِ. «هیچ پشتیبانی چون مشاوره نیست» (حکمت ۱۷۳)

- أَلَا شَتَّارَةٌ عَيْنُ الْهِدَايَةِ وَ قَدْ خَاطَرَ مَنْ اسْتَعْنَى بِرَأْيِهِ. «مشورت عین به مقصود راه یافتن است و هر که

خودسرانه کار کند، دچار خطر شود» (عزیزی، ۱۳۸۶، ص ۶۷۹، ۲۱۱).

همچنین امام علی (ع) در نهج البلاغه می فرمایند: «مشورت باعث راحتی توست و رنج دیگران» و «پشیمان

نشود آنکه مشورت کند.» باید اذعان نمود که به وسیله مشورت کردن انسان از افکار افرادی که در امور مربوطه

دارای تجربه هستند استفاده کرده از ذخایر فکر و عقل آنها بهره می برد، چرا که آن حضرت می فرمایند: «کسی که

با مردم مشورت کند در واقع با عقلهای آنها شریک شده است.»

مدیران باید توجه داشته باشند که هنگام تصدی منصب یا مقام خودرأی نبوده و اصل مشارکت فکری و

عملی مردم و افراد سازمان را جزء اساسی و مهمی برای حصول به پیشرفت جامعه اسلام و تعلیمات مربوطه به

سازمان در نظر بگیرند، زیرا در صورت خودرأی بودن و بی توجهی به دیگران باعث هلاکت خود خواهند گشت

(نصیری، ۱۳۸۸، ص ۶۹). امام علی (ع) بیان می دارند که بهترین راه حل ها و درست ترین شیوه ها با استفاده از

آرای گوناگون به دست می آید و اساس آنها مشورت درست است:

«در امور آنان (کارمندان) بیاندیش و پس از آزمایش به کارشان بگمار و با میل شخصی و بدون مشورت با

دیگران آنان را به کارهای گوناگون و مدار؛ زیرا نوعی ستمگری و خیانت است کارگزاران را از میان مردمی با تجربه

و با حیا، از خاندانی با حیا که در مسلمانی سابقه درخشانی دارند برگزین؛ چرا که اخلاق آنان گرمی تر و آبرویشان

محفوظ تر است ... (خنیفی، ۱۳۸۱، ص ۶۱ و ۶۲).

## اهمیت و مزایای مشارکت و مدیریت مشارکتی

آثار و مزایای مشارکت و مدیریت مشارکتی را می توان از دو جنبه به شرح زیر بررسی کرد:

۱- جنبه اجتماعی آثار مشارکت: شامل آگاهی از هدفها و تلاش در جهت دستیابی آنها افزایش خلاقیت کارکنان، ایجاد روحیه ی آینده نگری در کارکنان، همکاری کارکنان در رفع مشکلات متعدد سازمان، همکاری کارکنان در ایجاد تغییرات سازمانی و افزایش مسئولیت پذیری کارکنان.

۲- جنبه اقتصادی آثار مشارکت: هماهنگی بیشتر در امر تولید، بهبود کمیت و کیفیت تولیدات، کاهش ضایعات، استفاده بهینه از تجهیزات، همکاری در رفع مشکلات اقتصادی و کاهش تعارضات (همدانی، ۱۳۷۹، ص ۱۵ تا ۲۰). به طور کلی حداقل ۱۰ ارزش اصلی به عنوان اصول راهنمای نهاد مشارکتی مطرح است. مشتری مداری، تعهد به مشارکت، قدرت و حقوق و مسئولیتهای مشترک، دسترسی، نظارت درونی، توجه به توازن منطقی و غیر منطقی، داشتن تفکر عملی، مشروعیت فراگیر و تنوع فراگیری. (پاتریشا مک لگان و کریستونل، ۱۳۷۷، ص ۸۱)

ابیلی (۱۳۸۶) هم مزایای نظام مشارکت را، رشد و ارتقای تولید و خدمات، تنوع تولید و خدمات، تامین شرایط بهبود مستمر، افزایش کارایی فردی و سازمانی، افزایش امنیت شغلی و روانی، افزایش رضایت کارکنان و مشتریان، ترویج رویه همکاری و همیاری، ارتقای انگیزش و روحیه ی کاری، کاهش قیمت و کم کاری، ترویج روحیه خلاقیت و نوآوری و بهبود جو ارتباطی مدیران و کارکنان و روابط تعاملی آنها می داند. مشارکت انگیزش را نیرومند می سازد، زیرا کارکنان احساس می کنند مورد پذیرش بیشتر سازمان هستند و درکارهای آن درگیرند. از این راه احساس احترام به خود، خشنودی شغلی و همکاری با مدیریت می تواند بهبود یابد. پی آمدهای مشارکت اغلب در قالب کاهش تعارض و فشار عصبی در کار، تعهد و دل بستگی بیشتر به هدفها و پذیرش بهتر از دگرگونیها پدیدار می شوند. کارکنان نیز از رها کردن کار و غیبت در کار می کاهند، زیرا احساس می کنند که جای برازنده و خوبی برای کار دارند و در کار خویش با کامیابی بیشتر رویارو هستند. سرانجام، عمل مشارکت به خودی خود به دلیل آنکه مردم درباره دشواری های کارشان با هم به باز کاوی می پردازند ارتباط بهتری میان آنها پدید می آورد (طوسی، ۱۳۷۲، ص ۶۹).



یک مدیر خلاق می تواند در حوزه مدیریت خود اثرات خنثی کننده سلسله مراتب و بوروکراسی را با سهیم کردن کارکنان در تصمیم گیری ها به عنوان یکی از مهارت های مدیریت، اثر بخش کند. تحقیقات بیانگر آن است افراد در سازمانها فقط از ۲۰ تا ۳۰٪ توانایی خود استفاده می کنند، در حالیکه سبک ها و روش های صحیح مدیریتی از جمله مدیریت مشارکتی می تواند این میزان را ۸۰ تا ۹۰٪ افزایش دهد. مدیریت مشارکتی از جمله مقولات مدیریتی است که تعدادی از مدیران و زیردستان به دلایل مختلف، درک کاملی از آن ندارند. برخی از مدیران آن را با واگذاری بخشی از قدرت و اختیارات خود معادل دانسته و برخی آن را نشانه ضعف مدیریت می پندارند. زیردستان نیز بعضاً آن را نمونه ای از بازی های تازه مدیریت پنداشته و در مواردی از آن به عنوان طوفان زودگذر یاد می کنند.

مشارکت جویی که در اسلام از آن به عنوان مشورت نام برده اند در دین مبین ما از اهمیتی بس والا برخوردار است تا جایی که پیامبر بزرگ ما با آنکه به علم و قدرت مطلق و منبع هستی، متکی بود و خود نیز عاقل ترین و متفکرترین انسان بودند باز هم از طرف خداوند مامور می شود در امور مربوط به اداره مسلمین با آنان مشورت کند و پس از آن تصمیم بگیرد و بر خداوند توکل نماید (آل عمران، آیه ۱۵۹). امام علی (ع) در اهمیت مشورت کردن می فرماید: «بر عاقل حق است که همواره از دیگران راهنمایی بخواهد و استبداد را ترک کند» (غررالحکم، ج ۱، ص ۳۴۵). همچنین در ادامه اشاره می کنند که: «عاقل کسی است که فکر و نظر خود را متهم می کند و بر هر چه نفسش خوب جلوه می دهد، تکیه نمی کند». باز در اهمیت شور کردن می فرماید: «کسی که به عاقلی بی اعتنایی کند، ضعف عقل خود را نشان داده است» (همان منبع، ص ۵۵).

اعضای یک سازمان، وقتی احساس کنند که مورد نیاز و توجه و تقاضای سازمان هستند و برای سازمان اهمیت داشته و عقاید آنان مورد توجه قرار می گیرد بهتر کار انجام می دهند؛ با فراهم نمودن مشارکت افراد به واسطه ی گسترده گی دانش، اطلاعات و تجارب، تصمیمات بهتر و کاملتر انجام می گیرد؛ به واسطه مشارکت افراد سازمان، معمولاً تصمیم گیری ها شفاف تر و صریحتر گرفته می شود؛ در شرایطی که تصمیمات با مشورت فعال گروهی پرسنل انجام می گیرد، امکان اخذ تصمیمات غیر منطقی به صورت محرمانه و پنهانی محدود می شود؛ مشارکت می تواند باعث بهبود اثربخشی و ظرفیت سازمان گردد؛ مشارکت منجر به تصمیم گیری های گروهی می شود که خود آن می تواند مزایای زیر را در بر داشته باشد:

\*اجازه به پرسنل برای ابراز عقاید، تشویق آنان در جهت ارائه ی ایده های خلاق و اساسی؛

\*ارتقای کیفیت تصمیمات به واسطه دخالت افراد متخصص در زمینه های مختلف؛

\*بالا بردن امکان پذیرش اهداف مسطح نظر جمع از طریق دخالت کلیه افراد؛

\*حذف ایده های بینابین (واسطه) و اصلاح اشتباهات از طریق پیشنهادها و تقدیر و بررسی آن عقاید.

(ماهنامه علمی، فنی، کشاورزی، زیست محیطی سنبله، ص ۶۳)

## فواید مشورت

در فواید مشورت و شور کردن می توان ابتدا به این نامه از امام علی (ع) اشاره نمود تا هر چه بیشتر به اهمیت آن پی برد. امام علی (ع) می فرمایند: «اگر مردم به تو گمان سوء پیدا کردند و پنداشتند که تو بیت المال را حیف و میل می کنی یا در بعضی کارها ناتوان و یا این که عمداً رسیدگی نمی کنی و ... مشکل و موضوع را با آنها در میان بگذار و مشورت نما و با این کار ذهن و اندیشه آنان را نسبت به خودت هموار و سالم قرار بده، که مردم را در جریان امر قرار دادن فوایدی دارد؛ از جمله این که: بیشتر مواظب عملکرد خویش خواهی شد (آن گاه که می بینی باید مردم در چند و چون امور قرار بگیرند پس تلاش می کنی از کج روی و رفتارهای نادرست خودداری کنی) و هم چنین این کار موجب می شود با زیر مجموعه خود و مردم، دوست و رفیق و صمیمی باشی که این رفاقت، قوی ترین ابزار برای حاکمان و مدیران می باشد و باز موجب خواهد شد که عذر و دلایل تو را در امور مورد تهمت بپذیرند و به تو گمان سوء نبرند» (نهج البلاغه، صبحی صالح، نامه ۵۳)؛ اما به طور خلاصه می توان فواید مشورت را اینگونه برشمرد:

۱- مشورت کردن باعث کاهش خطاها و لغزشها می شود.

۲- مشورت موجب شکوفایی استعدادها و تقویت توانایی اندیشه زیردستان می شود.

۳- مشورت در کارها به خصوص با زیردستان اگر نتیجه اش منفی بود، سرزنش و ملامت کمتری متوجه مدیر

می شود، زیرا افراد خود را شریک در این تصمیم گیری می دانند.

۴- مشورت منجر به دوستی و علاقه افراد نسبت به مدیر و پیشرفت سازمان می شود.

۵- مشورت به عنوان مجموعه ای از عقلها موجب می شود تا تصمیمات گرفته شده با تصمیمات انفرادی متفاوت بوده و درجه مطلوبیت آن افزونتر باشد.

۶- در جریان مشورت در اتخاذ تصمیم به منظور تعیین راه حل، به علت کثرت مشاورین مجموعه ای از راه حل ها وجود دارد که انتخاب راه حل صحیح تر را میسر می کند.

۷- مشورت به عنوان عامل تقلیل مقاومت مجریان نیز اثرگذار است.

۸- مشورت موجب بروز شکوفایی افکار و ایده های تازه می شود.

۹- مشورت عامل ایجاد کننده زمینه های وحدت در عمل است.

۱۰- افرادی که در مورد مشورت قرار می گیرند در حسن اجرای آن نیز احساس مسئولیت می کنند و بر آن نظارت خواهد داشت.

۱۱- مشورت موجب بالا رفتن کیفیت و کمیت کارها می شود.

۱۲- مشورت در امور موجب می شود تا نقاط قوت تقویت شده و نقاط ضعف کاهش یابد.

۱۳- مشورت شفافیت و بیداری افکار و خردها را بدنبال دارد.

۱۴- مشورت کردن باعث رفع تهمت های نا به جا از مدیر می شود.

۱۵- مشورت باعث تقویت روح تواضع و همکاری و پرهیز از استبداد و تک روی می گردد (نصیری ۱۳۸۸،

ص ۶۹-۷۰).

### پیش شرطهای لازم برای موفقیت در مشارکت:

بطور کلی مشارکت در تصمیم گیریها در رفتار و طرز تلقی کارمند و در کارآئی سازمان اثرات مثبت دارد. اما باید به این نکته مهم توجه شود که تصمیم گیری بدون دخالت مرئوسین همیشه بد نیست و همیشه با مقاومت روبرو نمی شود. در واقع، تجربیات و تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته است. خاطر نشان می سازد که اگر شرایط زیر در سازمان و در مرئوسینی وجود داشته باشد. «تصمیم گیری متمرکز» از ارزش و کارایی بیشتر و هم از پذیرش بیشتری برخوردار است:

(۱) اهداف کاملاً تعریف شده و روشن هستند.

۲) تقسیم کار در سازمان معلوم و معین است.

۳) مهارت‌های لازم برای انجام وظایف در کاکنان وجود دارد.

۴) عوامل محیطی، سازمان را تهدید و آن را در معرض خطر نابودی قرار داده اند.

۵) سرعت عمل در تصمیم‌گیری ضروری است.

۶) افراد، تجربه قبلی با تصمیم‌گیری غیر مشارکتی داشته و با آن آشنائی دارند.

می‌توان گفت که مفیدی و کارآمدی تصمیم‌گیری مشارکتی تابع موفقیت و شرایط اجتماعی، فرهنگی نیز می باشد.

بعبعارتی، ممکن است مشارکت دادن افراد در تصمیم‌گیری‌ها در یک جامعه موفق و در جامعه دیگر ناموفق باشد.

بعنوان مثال می توان به تجربه مونچ و کوچ در سال ۱۹۳۹ در کارخانه هی‌وود در آمریکا اشاره کرد که شرکت دادن

افراد در تصمیم‌گیریها منجر به کاهش مقاومت در برابر تغییر و افزایش در تولید گردید.

همین تجربه در سال ۱۹۶۰ در کارخانه‌ای در نروژ تکرار و نتیجه‌ای نداد. یعنی میان گروه آزمایش و گروه کنترل

اختلاف قابل ملاحظه ای یافت نشد. تحقیق دیگری در این رابطه توسط وایت در آمریکا انجام شد و نشان داد که در

حالی که کارگران آمریکائی مایلند در کار خود تا حدودی صاحب اختیار باشند این موضوع برای کارگران آمریکای

جنوبی چندان مهم نیست.

با توجه به نتایج مختلف تحقیقات انجام شده در زمینه مدیریت مشارکت می توان گفت که اثر بخشی بودن

مشارکت به مجموعه شرایط و پیش شرایط نیاز دارد که اهم این شرایط عبارتند از :

۱) مشارکت در تصمیم‌گیری هنگامی موثر است که تصمیمات متخذه در ارتباط با مشکلات موجود و کار

کارکند باشد.

۲) در سازمان امنیت شغلی وجود داشته باشد.

۳) موضوع مورد تصمیم از نظر و دید مشارکت کنندگان حائز اهمیت است.

۴) مشارکت افراد در تصمیم‌گیری از سوی خود آنان مشروعیت داشته باشد.

۵) متد و روش اجرای تصمیم مورد قبول مشارکت کنندگان باشد.

۶) در سازمان جو اعتماد و اطمینان وجود داشته باشد.

۷) شرایط سازمان باید در عمل، مشوق و پشتیبان عملکرد خوب و موثر کارمند باشد.

نات(۱۹۹۰) می گوید: اگر اهمیت وظیفه، پیچیده، دشوار و نامشخص باشد آنگاه مدیریت مشارکتی مناسب خواهد بود.

دئویس و نیراستورم(۱۹۸۵) موفقیت در مدیریت مشارکتی را سازگاری با بعضی شرایط و حالات از قبیل، طرز تلقی توانائی افراد، امکان برقراری روابط دو جانبه، فرصت یا وقت مشارکت و هزینه مشارکت می دانستند. هرسی و بلانچارد(۱۹۸۸) با طرح تئوری رهبری وضعی، شرایط مناسب برای مشارکت را به شرح ذیل می دانند:

۱) افراد از لحاظ بلوغ کاری و روانی در سطح نسبتاً بالائی قرار داشته باشد.

۲) نیازهای ثانویه افراد غالب باشد.

۳) عوامل انگیزشی در سطح سازمان مطرح باشد.

۴) سیکل تغییر در سازمان در مراحل تغییر رفتار و ثبیت مجدد رفتار باشد.

۵) از لحاظ مرادده‌ای، افراد در حالت سن اولیای تربیتی و سن بزرگ می باشند.

۶) سازمان از لحاظ رشد در مرحله همکاری و تفویض باشد.

تافیوم و ماساریک(۱۹۶۱) برای مشارکت موثر شرایطی را بدین شرح فهرست کرده اند:

۱) زیر دستان باید توانائی آن را داشته باشند که از نظر روانی در فعالیت‌های مشارکتی در گیر شوند.

۲) زیر دستان باید فعالیت‌های مشارکتی را مطلوب و سودمند بدانند.

۳) زمان، عوامل بحرانی نباشد.

۴) هزینه های مشارکت نباید آن قدر بالا باشد که ارزش‌های مثبت آن را خدشه دار کند.

۵) افراد نباید احساس نمایند که مشارکت، امنیت شغلی آنان را در سازمان مورد تهدید قرار می دهد.

۶) مدیران نباید احساس کنند که مشارکت، موقعیت آنها را تهدید می کند.

۷) برای مشارکت موثر باید کانال‌های ارتباطی بطور پیوسته در دسترس باشد.

۸) برای موثر بودن مشارکت باید زیر دستان در سراسر سازمان تحت پوشش آموزش قرار گیرند.(سعادت-

۱۳۷۲).

## موانع مشارکت

مشارکت در عمل با موانع و محدودیتهایی روبرو می گردد که از ساختار، فرهنگ یا عوامل محیطی ریشه می گیرند در اینجا بر فراز این موانع آورده شده است:

(۱) موانعی که منشاء فرهنگی و انسانی دارند مانند نبود انگیزه برای مشارکت، فقدان اعتماد به نفس و تفاوت‌های شغلی، عدم توان تصمیم‌گیری و عدم ثبات عاطفی.

(۲) موانعی که منشاء ساختاری دارند. از ضعف مربوط به ساختار سیستم مشارکت سرچشمه می‌گیرند. بدین مفهوم که سیستم، کلیه ابعاد لازم برای هیئت مدیره حق رای نداشته باشند (محمدزاده عباس، ۱۳۶۹).

(۳) عدم آگاهی مدیران از نیروها و استعدادهای بالقوه کارکنان.

(۴) عدم آگاهی کارکنان از نتایج عملیاتی سازمان.

(۵) عدم آگاهی کارکنان از اهداف سازمان.

(۶) عدم آگاهی کارکنان از نحوه محاسبه میزان سهم آنها در سود سازمان.

(۷) عدم اطمینان کارکنان به صلاحیت، اخلاص، تعهد و...مدیران.

(۸) عدم اطمینان مدیران به صلاحیت، اخلاص، تعهد و... کارکنان.

(۹) عدم سهمیم شدن کارکنان در بهره‌وری سازمان.

(۱۰) عدم وجود انگیزه در کارکنان.

(۱۱) عدم مهارت‌های فنی و سرپرستی کارکنان.

(۱۲) عدم اعتقاد به نظام حقوق سازمان از سوی کارکنان.

(۱۳) عدم ارتباطات سازمانی صحیح.

(۱۴) عدم وجود فلسفه‌ای که زیر بنای کوشش‌های مشارکت جویانه را استوار می‌سازد و فهم آنها آسان می‌گرداند و تعهد به آن را بیافریند.

(۱۵) چون مشارکت یک پدیده ذهنی است و باید در فرهنگ مردم جای خود را بگشاید و با بسیاری از قالب‌های ذهنی و پیش‌داوری‌های سنتی معارضه می‌کند، بنابراین رشد و پراکندگی آن چندان آسان و هموار نیست.

۱۶) پاره ای از کشورهای جهان، مشارکت کارکنان را در مالکیت صنعتی نوعی بیم و تهدید بر نظام سرمایه داری آزاد تلقی کرده، در پذیرش آن شوق و هواداری لازم را فراهم نیاورده اند.

۱۷) سوء تعبیر و تاویل‌های نادرست از مدیریت مشارکتی از سوی مدیران، مانند احساس از دست دادن اختیارات به هنگام تفویض اختیار.

### راهکارهای اجرای مدیریت مشارکتی در سازمانها

آزمایش کامیاب مدیریت مشارکتی به سه شاخص وابسته است: ساختار، جهت گیری و فراگرد.

\* **ساختار:** آشکارترین متغیر ساختاری اندازه و بزرگی سازمان است. سازمانهای کوچکتر در به کار انداختن مدیریت مشارکتی کامیاب ترند. در واحدهای کوچکتر تماس چهره به چهره شدنی تر است، پیوندها خصوصی تر هستند، تصمیم گیری می تواند بی درنگ تر مسئولانه شناخته شود و هماهنگی آسانتر می گردد. بر همین پایه، در واحدهای بزرگ مشارکت باید تحت ساختاری فشرده تر و دورتر از دسترس همگان باشد، گرچه یک زنجیره از گروههای کوچک به صورت «گیره های پیوند» (مانند هسته های نظارت بر کیفیت کار) در هر رده بالاتر سازمانی می تواند یک روش از میان بردن این دشواری باشد.

\* **جهت گیری:** برای کامیابی مدیریت مشارکتی ساختار مناسب و هوادار پسند نیست. کارکنان سازمان نیز باید در جهت مساعد توجیه باشند. این نکته بدین حقیقت اشاره دارد که مشارکت تنها یک ابزار مدیریت عقلانی نیست، بلکه یک فراگرد اجتماعی نیز است؛ مانند همه فراگردهای اجتماعی پی آمدهای آن سخت به نگرش های پیشین مشارکت کنندگان در این امر بستگی دارد. جهت گیری و گرایش ها پیشین بسیار دیگری نشان داده شده اند که بر کامیابی مدیریت مشارکتی اثر می گذارند:

- پشتیبانی مدیری: مانند همه کوشش های که برای دگرگونی سازمانی صورت می گیرد، مشارکت از نظر نوعی، نیاز به پشتیبانی مدیریت بلند پایه دارد.

- سبک مدیری: سبک کار مدیر باید مشارکت جو باشد، همه مدیران نمی توانند چنین سبکی را در پیش گیرند و برخی از آنان از مشاکت هراس دارند.

- مشارکت کنندگان نباید بسیار خودکامه باشند و نه در نیاز به استقلال عمل سست باشند.

- زیردستان باید در برابر ابهام کار بردبار و شکيبا باشند، خود را با هدفهای سازمانی همانند سازند و آرزوی شرکت در تصمیم گیری داشته باشند.

\* **فراگرد:** همانند ساختار، جهت گیری های هوادار نیز نمی توانند به تنهای کامیابی مدیریت مشارکتی را استوار سازند. سومین دسته از مقتضیات ضروری و بنیادی به خود فراگرد تصمیم گیری باز می گردد. گاهی نیازمندیهای آشکار فراگرد سازمانی، مانند سری بودن کار، به طور کلی مشارکت در تصمیم گیری را از میان بر می دارد. با توجه به قانون هایی که درباره سری بودن کار به تصویب می رسد و حساسیت سازمان های دولتی درباره آنها، این می تواند به خودی خود یک سد و مانع عمده به شمار آید (طوسی، ۱۳۷۲، ص ۴۳-۴۷). به طور کلی برای اینکه بتوانیم شرایط و محیط را جهت دخالت و درگیر نمودن پرسنل در تصمیمات آتی سازمان فراهم نماییم بایستی شرایط و لزومات زیر را انجام دادو مدیر بایستی به موارد زیر توجه و باور داشته باشد:

- مدیر بایستی به جای فرمانروایی مستبدانه، از رهبری بر مبنای احترام انسانی و شخصیت افراد استفاده نماید.

- مدیر بایستی عمیقاً باور داشته باشد که همه انسانها دارای استعداد و شایستگی هستند و هرکسی می تواند کاری را که قادر به انجام آن است را در محیط و شرایط مناسب، به صورت باز هم بهتر انجام دهد.

- مدیر بایستی افراد را مطمئن سازد که با مشارکت داشتن و تلاش در جهت تصمیم گیری جمعی ذینفع خواهد بود که سهم آنها می تواند مادی، معنوی، تضمین شغلی و یا پیشرفت در کار باشد.

- شرایط کار بایستی طوری باشد که زیردستان به راحتی و آزادی و بدون هیچ گونه ترس و نگرانی و ملاحظه کاری عقاید، نظرات و پیشنهادهای بهسازی خود را ارائه دهند.



## فصل دوم: کمیته های بیمارستانی



## کمیته های بیمارستانی در استانداردهای اعتباربخشی ملی:

اساس تشکیل کمیته‌ها و جلسات، هم‌فکری و مشورت برای تعیین و شناسایی مشکلات یک مجموعه، ارائه بهترین راه کار برای رفع مشکلات با توجه به نقاط ضعف و قوت آن مجموعه یا سازمان و همچنین پیگیری مستمر برای حصول نتیجه مورد نظر می‌باشد. بدیهی است که انجام اثر بخش این امر مهم نیازمند اهتمام و همکاری کلیه اعضای کمیته‌ها می‌باشد. یکی از سیاست‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ارتقا کیفی و کمی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی راه اندازی کمیته‌های بیمارستانی می‌باشد. یکی از اهداف مهم تشکیل کمیته‌ها ایجاد یک اتاق فکر منسجم و متخصص برای برنامه‌ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت‌های بیمارستانی در جهت حصول اهداف کلی و اختصاصی بیمارستان با استفاده از همفکری و خرد جمعی است.

نقش کمیته‌های بیمارستانی به واسطه تکیه بر کارگروهی و استفاده از خرد جمعی بسیار کلیدی و تعیین‌کننده است. ساختار و موارد مشترک کمیته‌های بیمارستانی در استاندارد الف - ۲ - ۵ با ۱۰ سنجه در محور تیم مدیریت اجرایی تبیین شده است. اما با عنایت به اهمیت کمیته‌های مختلف بیمارستانی و نقش مشارکتی آن‌ها در برنامه‌ریزی و بازنگری مدیریت، در محورهای مرتبط و در استانداردهای معین و یا در گام‌های اجرایی ایفای نقش می‌نمایند. ضمن آنکه تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی در بسیاری از سنجه‌ها در ردیف هدایت کنندگان کیفیت معرفی شده و در پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی نقش برجسته‌ای ایفا می‌نمایند. بدین ترتیب توجه ویژه مدیران ارشد به توسعه مدیریت مشارکتی و کارگروهی در تحقق استانداردهای اعتباربخشی و در مسیر اعتلای کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران، بسیار راه‌گشا خواهد بود.

عمل‌گرایی و تمرکز بر نتایج واقعی و عینی عملکرد بیمارستان مد نظر نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. بر همین اساس، رعایت الزامات عمومی برگزاری جلسات تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی، صرفاً پیش نیاز فرآیند تصمیم‌گیری است و موفقیت بیمارستان، بر مبنای تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد، خرد جمعی و نگرش سیستمی در این جلسات ارزیابی خواهد شد. ملاک‌های ارزیابی این مهم در گام‌های اجرایی بسیاری از استانداردها مطرح شده‌اند که نقش تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی در برنامه‌ریزی و هدایت عناصر کیفی

سازمان ارزیابی می شود. بنابراین چند استاندارد محدود و مستندیابی در خصوص برگزاری جلسات ملاک ارزیابی عملکرد تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی نخواهد بود. لذا نگرش سیستمی مدیران در تحقق استانداردهای اعتباربخشی راه گشا خواهد بود.

## حداقل کمیته های بیمارستانی

حداقل کمیته های بیمارستانی بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به شرح جدول ۱-۱ در بیمارستان فعال میباشد.

جدول ۱-۱ حداقل کمیته های بیمارستانی بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت که باید در بیمارستان

### فعال باشند

ردیف	عنوان کمیته	توالی برگزاری کمیته (حداقل)	توضیحات
۱	پایش و سنجش کیفیت	۲ ماهه	
۲	مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	ماهانه	
۳	اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای	ماهانه	
۴	کنترل عفونت	ماهانه	
۵	بهداشت محیط	ماهانه	
۶	حفاظت فنی و بهداشت کار	ماهانه	
۷	مدیریت خطر حوادث و بلایا	ماهانه	
۸	ترویج زایمان طبیعی و ایمن	ماهانه	
۹	ترویج تغذیه با شیر مادر	ماهانه	
۱۰	اورژانس	ماهانه	
	تعیین تکلیف تریاز	۳ ماهه	
۱۱	دارو، دارو و تجهیزات پزشکی	۳ ماهه	
۱۲	اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	ماهانه	
۱۳	مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	ماهانه	
	مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه	۳ ماهه	
	مرگ مادران باردار	ماهانه	
	مرگ پری ناتال	ماهانه	
	احیاء نوزادان	۲ بار در ماه	
۱۴	طب انتقال خون	ماهانه	در بیمارستانهای با مصرف کمتر از ۲۰۰ واحد فرآورده خون در ماه به فواصل حداقل ۲ یا ۳ ماه یکبار

استشناءهای برگزاری جلسات کمیته‌ها که در ارزیابی مد نظر قرار می‌گیرد :

۱. در بیمارستان‌های با ۱۰۰ تخت فعال و کمتر، برگزاری جلسات کمیته‌های: بهداشت محیط با کنترل عفونت - ترویج زایمان طبیعی و ایمن با ترویج تغذیه با شیر مادر - پایش و سنجش کیفیت با مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - مدیریت خطر حوادث و بلایا با حفاظت فنی و بهداشت کار - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج با طب انتقال خون به صورت همزمان قابل قبول است.
۲. کمیته‌های ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های فاقد بلوک زایمان و تک تخصصی‌های غیر از زنان زایمان و مامایی الزامی نمی‌باشد و غیر قابل ارزیابی است .
۳. برگزاری مشترک جلسات کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته درمان و دارو و تجهیزات پزشکی با دستور کارهای مستقل بلامانع است .
۴. کمیته طب انتقال خون در بیمارستان‌های بدون ترانسفیوژن الزامی نبوده و غیر قابل ارزیابی است .
۵. برگزاری کمیته‌های اورژانس و زیر کمیته‌های آن به صورت همزمان قابل قبول است.

**جلسات کمیته‌ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل‌های ابلاغی برگزار می‌شود**

- ❖ فاصله‌های زمانی برگزاری جلسات براساس آیین‌نامه داخلی تعیین می‌شود. البته در صورت تعیین بازه زمانی معین در دستورالعمل ابلاغی ملاک ارزیابی فاصله زمانی ابلاغی است.
- ❖ فاصله زمانی جلسات کمیته‌های بیمارستانی با ۶۴ تخت فعال و کمتر تا دو برابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته‌ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است و امتیاز تعلق می‌گیرد.(بعنوان مثال بازه زمانی ماهیانه دستورالعمل در بیمارستان‌های ۶۴ تخت فعال و کمتر برگزاری هر دو ماه یک بار امتیاز می‌گیرد)

**آیین‌نامه داخلی کمیته‌ها تهیه شده و اعضاء کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند**

- ❖ در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین‌نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت اجرایی آیین‌نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود.

❖ حداقل‌های مورد انتظار در آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی

- عدم مغایرت با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/دانشگاه
- شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته‌ها
- اعضای دائم و موقت کمیته
- برنامه زمانی و تواتر جلسات
- تعیین حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات
- تعیین اهداف هر یک از کمیته‌ها
- تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته‌ها
- نحوه مستندسازی سوابق جلسات
- نحوه تعامل با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت اجرایی
- نحوه پی‌گیری مصوبات

❖ حداقل‌های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل: تاریخ و ساعت جلسه، دستور کار جلسه، افراد حاضر

و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل، مباحث مطرح شده توسط اعضای جلسه، مصوبات جدید، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات، امضای اعضای حاضر در جلسه است. (فرم پیوست

(۱)

رئیس/مسئول، دبیر کمیته‌ها و اعضای اصلی، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط

رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین شده‌اند

❖ صدور ابلاغ برای روسای کمیته‌های بیمارستانی

❖ صدور ابلاغ برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی

❖ صدور ابلاغ برای اعضای ثابت کمیته‌های بیمارستانی

❖ ابلاغ روسا/ دبیران کمیته‌ها با تغییر رئیس/ مدیرعامل تا زمانیکه تصمیم‌گیری جهت تعویض آنها صورت نگرفته بقوت خود باقی است و نیازی به ابلاغ جدید توسط رئیس/مدیرعامل جدید ندارد.

❖ در صورت غیبت اعضای ثابت بیش از سه جلسه متوالی و یا بیش از ۳۰ درصد جلسات سالیانه بایستی عضو جدید جایگزین شود.

**دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف، ماموریت‌ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است.**

❖ همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با اهداف و ماموریت‌های کمیته‌ها\*

❖ همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان\*

❖ اطلاع رسانی دستور کار کمیته به اعضاء قبل از برگزاری جلسات کمیته‌ها

❖ معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و ماموریت‌های کمیته آیین‌نامه داخلی کمیته است.

❖ معیار همسویی دستور کار جلسات با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان نتایج شاخص‌های بیمارستانی، نتایج رضایت سنجی ذینفعان و مصاحبه با اعضای کمیته است.

**مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه‌حل‌های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است**

❖ تعیین دستور کارهای همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته‌ها

❖ تصویب راه‌حل‌هایی واضح و مشخص همسو با دستور کار کمیته

❖ قابلیت اجرایی مصوبات کمیته‌ها

**رئیس بیمارستان یا جانشین تام‌الاختیار او در تمامی جلسات کمیته‌ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.**

❖ حضور رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام‌الاختیار او در جلسات کمیته‌های بیمارستانی

❖ ضمانت اجرایی، مصوبات پس از تایید رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام‌الاختیار وی در جلسه

کمیته

❖ در صورت عدم حضور رئیس / مدیر عامل در هریک از کمیته‌های بیمارستانی صدور ابلاغ برای جانشین تام الاختیار با قید اختیارات لازم ضروری است.

❖ ضمانت اجرایی به معنی همراهی تیم مدیریت اجرایی بدون تغییر برای اجرایی شدن مصوبات است. لذا رئیس / مدیرعامل یا نماینده تام الاختیار او قبل از امضای صورتجلسه بایستی از تامین منابع اطمینان حاصل کند.

❖ وجود امضای رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار در صورتجلسات موید تایید مصوبات و اخذ ضمانت اجرایی است.

### میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت

❖ نظارت دفتر بهبود کیفیت در اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده در صورتجلسه

❖ گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته‌های مربوط و تیم مدیریت اجرایی

❖ گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته‌های مربوط

❖ حداقل به صورت فصلی ارزیابی کمیته انجام و نتایج گزارش میشود.

❖ علاوه بر نحوه پیگیری مصوبات از سوی مسئولان اجرای مصوبات و اجرای آنها در موعد مقرر براساس ملاک‌های تعیین شده در آیین‌نامه داخلی، ارزیابی عملکرد کمیته‌ها ارزیابی می‌شود.

**کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی**

**بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند**

❖ وجود ابلاغ عضویت حداقل یکی از کارشناسان دفتر بهبود کیفیت در تمامی کمیته‌های بیمارستانی

❖ حضور کارشناس دفتر بهبود کیفیت در کمیته‌های بیمارستانی که ابلاغ عضویت دارد

❖ وجود ابلاغ عضویت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی



❖ حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستان

❖ حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته‌های اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات

پزشکی و حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری

اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته با هر دستور کاری الزامی

است.

**پزشکان بیمارستان، حداقل در یکی از کمیته‌های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم‌گیری‌ها**

**مشارکت می‌نمایند**

❖ عضویت پزشکان به صورت ثابت یا موقت در کمیته‌های بیمارستانی

❖ حضور پزشکان عضو در جلسات کمیته‌ها

❖ منظور مشارکت پزشکان در امور برنامه ریزی و مدیریت تمامی پزشکان در بیمارستان‌های کمتر از ۱۰۰

تخت فعال و در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰ تخت فعال حداقل یک نفر از پزشکان متخصص هر یک از

گروه‌های تخصصی عضو ثابت یکی از کمیته‌های بیمارستانی هستند و سایر پزشکان براساس برنامه ریزی

بیمارستان در تناوب سه یا شش ماهه به عنوان اعضای موقت در جلسات کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با

تشخیص رئیس /مدیر عامل بیمارستان حاضر می‌شوند.

## اهداف کمیته ها

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

## قوانین عمومی کمیته ها

- رعایت نظم و احترام به حقوق دیگران
- توجه به محدودیت زمانی و پرهیز از پرداختن به مسائل غیر مرتبط
- حضور مستمر و به موقع اعضاء در جهت رسیدن به نتایج و راهکارهای پربارتر
- تشکیل جلسات کمیته ها بر اساس توالی زمانی ابلاغ شده
- اطلاع و عمل به مفاد آیین نامه داخلی
- پیاده سازی الزامات اعتبار بخشی در مورد کمیته های بیمارستانی
- لغو کمیته در صورت عدم حضور رئیس و مدیر داخلی بیمارستان به طور همزمان
- جلسه با حضور رئیس جلسه/جانشین منتخب ایشان و نصف به اضافه یک دیگر اعضا رسمیت پیدا خواهد کرد.

- تعداد جلسات سالانه طبق دستورالعمل ابلاغی هر کمیته و طبق جدول بالا می باشد.
- مدت زمان جلسه حداکثر ۲ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
- تصویب مصوبات مستلزم رأی موافق رئیس جلسه و نیمی از اعضای ثابت جلسه می باشد (افراد مدعو حق رأی ندارند).
- مصوبات قابلیت اجرایی داشته باشند.
- رئیس جلسه، مسئول دفتر بهبود کیفیت، مسئول هماهنگی کمیته‌ها و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار باید در تمامی جلسات کمیته‌ها حضور داشته باشند.
- آیین نامه تدوین شده باید به تأیید بیمارستان برسد.
- در صورت غیبت اعضای ثابت به صورت ۳ جلسه متوالی، بررسی‌های لازم جهت تعیین عضو جدید با تشخیص ریاست جلسه انجام می گیرد.

### نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته

رئیس/سرپرست بیمارستان می تواند رئیس تمامی کمیته های مرکز باشد و طی نامه ای آن را ابلاغ نماید و یا برای کمیته ها رئیس کمیته انتخاب و ابلاغ نماید تا ریاست جلسات کمیته‌ها را بر عهده گیرد و در صورت عدم حضور رئیس بیمارستان، جلسه با جانشین تام الاختیار با قید اختیارات لازم قابل برگزاری می باشد. همچنین ریاست بیمارستان با در نظر گرفتن تمایل، دانش و توانایی افراد مرتبط با حیطه کاری کمیته‌ها دبیر کمیته را تعیین و ابلاغ می نماید.

### نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی

جهت تعامل کارا تر و مؤثرتر بین کمیته‌های مختلف و تیم مدیریت اجرایی تمهیدات ذیل اندیشیده شده است:

- دبیر کمیته پایش و کیفیت که عموماً نقش مهمی در تعیین شرایط برگزاری کمیته‌ها ایفا می‌کند علاوه بر دبیری کمیته مذکور، مسئول هماهنگی و برگزاری دیگر کمیته‌ها می‌باشد. این امر در تعامل هرچه بهتر کمیته‌ها مسموثر خواهد بود.
- جلسات تیم مدیریت اجرایی نیز به عنوان مرکز تصمیم‌گیری سازمان در نظر گرفته شده است.
- توالی هفته‌ای جلسات تیم مدیریت اجرایی سبب همزمانی ادواری این تیم مهم با سایر کمیته‌های بیمارستانی و در نتیجه تعامل بیشتر خواهد شد.
- برگزاری گارگاه توجیهی برای تمامی دبیران کمیته‌ها در جهت توجیه شرح وظایف آن‌ها بر اساس آخرین تغییرات استانداردهای اعتباربخشی
- برگزاری همزمان کمیته‌های مرتبط نظیر بهداشت محیط و کنترل عفونت
- ارائه نتایج اجرایی شدن یا عدم اجرایی شدن مصوبات به تیم مدیریت اجرایی

### نحوه مستندسازی سوابق جلسات

مسئول دفتر بهبود کیفیت بر اساس الزامات اعتبار بخشی یک فرم صورتجلسه استاندارد را طراحی کرده و در اختیار تمامی دبیران کمیته‌ها قرار می‌دهد. پس از اتمام هر جلسه، دبیر کمیته موظف است مصوبات و نکات مورد نیاز را در فرم صورتجلسه به صورت دستی و خوانا ثبت کند و امضاء اعضاء را در فرم حضور غیاب تهیه کرده و در نهایت صورتجلسه را به امضاء ریاست بیمارستان برساند. دبیر کمیته مستندات نوشته شده را حداکثر تا ۲ روز بعد از تشکیل جلسه تایپ و بعد از جاگذاری امضاء الکترونیکی صورتجلسه را به اعضا کمیته و دبیر کمیته بهبود کیفیت از طریق اتوماسیون ارسال نماید. و نسخه اصلی (دست نویس) صورتجلسه در اختیار دبیر کمیته خواهد بود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورتجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آن‌ها می‌باشد.

### نحوه پیگیری مصوبات

مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته‌ها دبیر همان کمیته خواهد بود و مسئول اقدام و اجرایی کردن آن‌ها با توجه به حیطه وظایف و اختیارات افراد، مشخص خواهد شد. دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری‌های لازم و مستمر را انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات را به تیم مدیریت اجرایی ارائه کند و تیم اجرایی در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد.

### نحوه ارزیابی عملکرد کمیته‌ها

ارزیابی عملکرد کمیته‌ها با تدوین فرم پایش (فایل اکسل) و تعیین ۲ شاخص عملکردی (درصد جلسات برگزار شده نسبت به تعداد جلسات لازم الاجرا و درصد مصوبات اجرا شده نسبت به کل مصوبات) به صورت فصلی توسط دبیر کمیته تکمیل و به دفتر بهبود کیفیت ارسال خواهد شد. نتایج پایش بعد از ارزیابی راندوم مصوبات توسط دفتر بهبود کیفیت و تایید آنها و پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت/مسئول هماهنگی کمیته‌ها نتایج آن به تیم مدیریت اجرایی ارائه خواهد شد و این تیم اقدام اصلاحی (در صورت لزوم) را جهت ارتقاء عملکرد کمیته‌ها انجام خواهد داد.

ضمناً دبیران کمیته باید شاخص عملکردی حضور اعضا را نیز استخراج و در اختیار خود داشته باشند تا در صورت نیاز پاسخگوی حضور و فعالیت اعضا خود باشند.

### شرح وظایف رئیس کمیته‌ها

- انتخاب دبیر کمیته و تفویض اختیار در صورت لزوم
- صیانت از دستور کار جلسه
- مدیریت زمان جلسه، جهت دهی به موضوعات مطرح شده و ممانعت از پراکندگی و هرج و مرج در جلسه
- تصمیم‌گیری سریع و به موقع در مواقع اضطراری

- جمع بندی مباحث و موضوعات مطرح شده جهت تصویب راهکارهای مناسب
- تعامل عادلانه با دیگر اعضا
- پرهیز از خود محوری و عمل به تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
- پشتیبانی و همکاری مناسب جهت اجرایی شدن مصوبات

### شرح وظایف دبیر کمیته ها

- تدوین دستور کار جلسه منطبق بر مصوبات جلسات قبل و شرح وظایف ابلاغی کمیته
- هماهنگی و اطلاع زمان تشکیل جلسات به اعضای ثابت کمیته و هماهنگی با مسئول هماهنگی کمیته‌ها در جهت تعیین برنامه زمانی جلسات
- همسویی دستور کار جلسات کمیته با اهداف و مأموریت های کمیته و مشکلات واقعی و جاری بیمارستان
- تصویب راه حل های واضح و مشخص همسو با دستور کار کمیته
- جمع بندی نتایج پیگیری مصوبات و ارائه در هر جلسه
- تدوین و ارائه صورتجلسه کمیته‌ها و امضاء اعضا و ارسال نسخه الکترونیکی به اعضا و دفتر بهبود کیفیت در ۲ روز کاری بعد از برگزاری جلسه
- هماهنگی با مسئول هماهنگی کمیته‌ها جهت تعاملات درون سازمانی در اجرای مصوبات و یا ارجاع به سایر کمیته‌ها
- انجام پیگیری‌های مستمر جهت اجرایی شدن مصوبات و ارائه گزارش در جلسه یا جلسات بعدی
- هدایت بحث‌های مطرح شده در جهت نیل به اهداف کمیته مورد نظر
- اطلاع دستور جلسه به اعضا ثابت کمیته قبل از برگزاری جلسات
- همکاری و مساعدت با رئیس جلسه و دبیران دیگر کمیته‌ها

- دبیر کمیته بایستی لیستی از اعضا، اهداف و شرح وظایف کمیته‌ها را داشته باشد و لیست اعضا کمیته کنترل عفونت باید در اختیار تمامی بخش‌ها و واحدها باشد.

### شرح وظایف اعضا کمیته‌ها

- مشارکت فعال در جلسات کمیته‌ها
- عدم خروج از دستور کار و پرهیز مطالب جانبی و حاشیه‌ای
- مساعدت و همکاری با دبیر و رئیس جلسه جهت پیشبرد اهداف تعیین شده

### شرح وظایف مسئول هماهنگ کننده کمیته‌ها

- نظارت بر برگزاری جلسات کمیته‌های بیمارستانی طبق جدول زمانبندی آنها منطبق بر فعالیت‌های جاری بیمارستان
- هدایت فعالیت دبیران کمیته‌ها، منطبق بر برنامه تدوینی، اهداف بیمارستانی و شرح وظایف هر کمیته
- مشاوره با مدیر ارشد بیمارستان در خصوص معرفی اعضا کمیته‌ها منطبق بر ضوابط ابلاغی و توانمندی افراد
- حضور در جلسات کمیته‌های بیمارستانی
- جمع بندی نهایی مجموعه عملکرد کمیته‌های بیمارستانی

## فصل سوم: آئین نامه کمیته‌های بیمارستانی

### آئین نامه کمیته پایش و سنجش کیفیت

#### هدف:

هدف از برگزاری کمیته پایش و سنجش کیفیت، ارزیابی کمی و کیفی خدمات ارائه شده در جهت ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده به گیرندگان خدمت می‌باشد تا بدین ترتیب موجبات رضایت کارکنان و مشتریان فراهم گردد.

#### اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*معاون آموزشی مرکز

\*مدیر مرکز

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت (دبیر جلسه)

\*کارشناسان بهبود کیفیت

\*سوپر وایزر آموزشی

\*یکی از مسئولین فنی بیمارستان

\*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

\*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*سوپروایزر کنترل عفونت

\*روسای تعدادی از بخش‌ها به صلاح دید رئیس جلسه

\*تعدادی از سرپرستارهای بخش‌ها بر حسب ارتباط با دستورکار جلسه



\* مسئول امور مالی

\* مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

### اعضاء موقت:

\* تعدادی از مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی

### شرح وظایف کمیته:

۱. هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت‌های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
۲. تدوین فهرست اولویت‌ها و شاخص‌های بهبود کیفیت بیمارستان
۳. بازنگری و تحلیل داده‌های حاصل از پایش نتایج اجرای فرایندها و تدبیر اقدامات اصلاحی
۴. پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان
۵. نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته‌های بیمارستانی
۶. تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در سطح بیمارستان
۷. پیگیری موارد ارجاعی از واحد بهبود کیفیت
۸. ارائه فهرست شاخص‌ها و اولویت‌های بهبود کیفیت و تعامل و نظارت در تدوین و پایش شاخص‌ها در کل بیمارستان
۹. نهادینه کردن فرهنگ ارتقای کیفیت در بیمارستان با آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به کلیه کارکنان (آموزش مفهومی و کاربردی بهبود کیفیت)
۱۰. ایجاد فرهنگ یادگیری و به اشتراک گذاری درس‌های آموخته شده ( **Learn and share** )
۱۱. بررسی نتایج شاخص/شاخص‌های برنامه‌ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت و تهیه گزارش تحلیلی آنها به‌مراه پیشنهادات اصلاحی
۱۲. طراحی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی با مشارکت مسئولان بخش‌ها/ واحدها

۱۳. تصویب پرسشنامه پایا و روا رضایت سنجی بیماران و همراهان و کارکنان

۱۴. بررسی نتایج رضایت سنجی های انجام گرفته و گزارش تحلیلی آنها به تیم مدیریت اجرایی

۱۵. تحلیل ریشه‌ای و جمع بندی نتایج گزارش موارد شکایات انتقادات و پیشنهادات بیمار خانواده و کارکنان و

ارائه پیشنهادات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی

## آئین نامه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

### هدف:

جهت بررسی و کنترل کیفیت خدمات بیمارستانی وجود یک سیستم اطلاعات و آمار ضروری است و وجود کمیته- ای تحت این عنوان به این هدف کمک می نماید. پرونده های پزشکی احتمالاً مفیدترین منبع برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده به شمار می روند (جزئیات وضعیت بیماران - تعامل بین بیماران و پرسنل درمانی - اطلاعات در مورد نتایج درمانی در این پرونده ها به سهولت قابل استحصال می باشد). از مسائل حائز اهمیت پرونده های بیمارستانی، امکان انجام مطالعات همزمان و گذشته نگر می باشد. ابعاد آموزشی و پژوهشی و پیگیری نتایج درمان- های انجام شده در همین سطح قابل انجام است.

استفاده های قانونی و جنبه های حقوقی مدارک پزشکی از دیگر مسائل مهم در بحث آمار و مدیریت اطلاعات به شمار می رود. نهایتاً موضوع پرونده نویسی و نحوه نگارش داده های پزشکی و درمانی بیماران در زمره مهمترین مسائلی است که باید روند منطقی و مطلوبی داشته باشد و در سطح این کمیته نیز مورد بررسی و نظارت دائمی قرار داشته باشد.

### اعضای ثابت:

- \*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)
- \*مدیر داخلی
- \*مدیر خدمات پرستاری
- \*مسئول واحد بهبود کیفیت
- \*مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت (دبیر کمیته)
- \*مسئول واحد فناوری اطلاعات
- \* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

- \*مسئول امور مالی
- \*معاون آموزشی مرکز
- \*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان
- مسول آمار

#### اعضاء موقت:

- مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه

#### شرح وظایف کمیته:

- ۱- اجرای استانداردهای واحد مدیریت اطلاعات سلامت در اعتبار بخشی
- ۲- اجرای استانداردهای واحد فناوری اطلاعات در اعتبار بخشی
- ۳- تایید فرم‌های بیمارستانی طراحی شده و پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی
- ۴- پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارش های منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان
- ۵- پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی
- ۶- تصمیم گیری برای خلاصه برداری از پرونده های پزشکی بیماران و امحاء پرونده ها در بازه زمانی مشخص بر اساس دستورالعمل
- ۷- تهیه چک لیست ممیزی محتوایی بررسی پرونده های پزشکی و انجام ممیزی پرونده ها و گزارش نتایج قابل بهبود
- ۸- نظارت بر تکمیل پرونده‌ها حداکثر ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران و بررسی کمی و کیفی پرونده ها و تحلیل نتایج بدست آمده از بررسی ها
- ۹- نظارت بر مطابقت شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی با دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت متبوع
- ۱۰- تدوین روش اجرایی محافظت و امنیت سیستم‌های ذخیره و بازیابی اطلاعات و نظارت بر اجرای صحیح آن

۱۱- نظارت بر فرآیند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده

۱۲- تدوین روش اجرایی ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت و نظارت بر اجرای

صحیح آن

۱۳- نظارت بر تکمیل اطلاعات دموگرافیک بیماران در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص و سایر فرم های پرونده

۱۴- نظارت بر بروزرسانی داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان (آواب)

۱۵- نظارت بر مطابقت داده‌های ثبت شده با پرونده کاغذی بیماران

۱۶- بررسی مشکلات بخش‌ها/ واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی و رفع نیازها و مشکلات

سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط کمیته

### آئین‌نامه کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای

#### هدف:

هدف از تشکیل این کمیته پیاده‌سازی هرچه بهتر ارزش‌های متعالی انسانی، رعایت و احترام به حقوق گیرندگان خدمت، سنجش میزان رضایتمندی بیماران و همراهان و تلاش برای افزایش آن می‌باشد.

#### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*مسئول حراست بیمارستان

\*مسئول حقوق گیرندگان خدمت (دبیر کمیته)

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

\*معاون آموزشی

\*دبیر کمیته های بیمارستان

\*یک نفر روحانی به انتخاب ریاست مرکز

\* متخصص اخلاق پزشکی

\*مسئول روابط عمومی

\*روسای تعدادی از بخش ها به صلاح دید رئیس جلسه

#### اعضاء موقت:

\* کارشناس آموزش (عضو موقت)

\*مددکار اجتماعی (عضو موقت)

\*کارشناس کنترل عفونت

\*مسئول رایانه (عضو موقت)

#### شرح وظایف کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای :

۱. نظارت بر نصب و اجرای منشور حقوق بیمار در بیمارستان و طراحی اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت

۲. تدوین و نظارت بر اجرای خط مشی راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان

۳. برنامه ریزی برای ارزیابی کفایت و اثربخشی اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت و ارائه گزارش نتایج

به تیم مدیریت اجرایی

۴. نظارت بر استفاده از کارت شناسایی، معرفی خود به بیمار و رعایت استانداردهای پوشش کارکنان،

فراگیران و بیماران

۵. شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه و آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه و نظارت بر اجرای آن
۶. تدوین و نظارت بر روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران
۷. فراهم نمودن تسهیلات احکام شرعی و احیای فریضه نماز
۸. ارزیابی داخلی محور حقوق گیرنده خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی دفتر بهبود کیفیت بیمارستان
۹. بررسی اخلاقی روند مراقبتهای پزشکی و فرآیندهای جاری مرکز (بهبود درد و رنج، هزینه های تحمیل شده به بیماران و اخذ رضایت آگاهانه، مراقبت از بیماران در حال احتضار- بیماران فوت شده، ترخیص با میل شخصی و ...)
۱۰. تدوین و نظارت بر اجرای خط مشی حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر
۱۱. تدوین و نظارت بر روش اجرایی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه
۱۲. هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت
۱۳. فعالیتهای آموزشی و ترویجی شامل برگزاری سخنرانی، کارگاه و راندهای بالینی، دوره های بازآموزی و جلسات گفتگو میان پرسنل، بیماران و همراهان جهت توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات سلامت در لحاظ کردن مسائل اخلاقی
۱۴. نظارت بر ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان همگن
۱۵. پیشنهاد راهکارهای اجرایی در نحوه ارائه خدمات سلامت از منظر اخلاقی و حفظ حقوق بیمار
۱۶. مشاوره اخلاقی در موارد بحث انگیز (مانند ارائه یا توقف درمانهای حمایت حیات و...)
۱۷. نظارت بر عملکرد نظام رسیدگی به پیشنهادات و انتقادات و پیگیری موارد مطروحه
۱۸. نظارت بر مراعات اخلاقی طرح انطباق در بیمارستان
۱۹. نظارت بر رعایت موازین شرعی از جانب کارکنان، بیماران و همراهانشان
۲۰. نظارت بر محل برگزاری مراسم عبادی و مذهبی کارکنان

## آئین نامه کمیته کنترل عفونت

### هدف:

هدف اصلی از برگزاری این کمیته کاهش نرخ عفونت‌های بیمارستانی و ارتقا و حفظ سلامتی کارکنان ، بیماران و کلیه کارکنان می‌باشد که عامل بسیار مهمی در کاهش مرگ و میر بیمارستانی و هزینه‌های مختلف بیمارستان است.

### اعضاء ثابت:

- \* رئیس کمیته کنترل عفونت
- \* تیم کنترل عفونت، پزشک کنترل عفونت و سوپروایزر کنترل عفونت
- \* مدیر بیمارستان
- \* مدیر خدمات پرستاری
- \* معاون آموزشی
- \* روسای تعدادی از بخش‌ها به صلاح دید رئیس جلسه
- \* مسئول آزمایشگاه
- \* مسئول بهداشت محیط
- \* یک نفر از متخصصین بیهوشی
- \* مسئول بهداشت حرفه ای
- \* تعدادی از سرپرستاران بخش‌ها به صلاح دید رئیس جلسه و ارتباط موضوع

### اعضاء موقت:

- مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه



## شرح وظایف کمیته :

۱. اجرای دستورالعمل های کنترل عفونت در اعتبار بخشی
۲. به روز رسانی و مرور منظم خط مشی ها و روش های کنترل عفونت
۳. جمع آوری منظم و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت های کسب شده از بیمارستان و اثر بخشی برنامه
۴. نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت های بیمارستان به مدیران و واحدها
۵. گزارش عفونت های بیمارستانی به سازمان های مرتبط
۶. بررسی نتایج ممیزی بهداشت دست و ارائه نتایج به واحدها/ بخش های مربوطه
۷. نظارت بر اجرای دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت و دسترسی به امکانات مربوطه
۸. تدوین و نظارت بر روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
۹. تدوین و نظارت بر روش اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
۱۰. تدوین و نظارت بر روش اجرایی شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی و طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه
۱۱. پایش و کنترل انجام صحیح ضد عفونی محیط های بیمارستانی و روش های صحیح استریلیزاسیون در بیمارستان
۱۲. نظارت و پیگیری بر نحوه مراقبت های پزشکی و پرستاری از بیماران عفونی
۱۳. گزارش بیماری های واگیر و غیر واگیر و موارد جدید به سازمان های مرتبط
۱۴. بررسی و تحلیل نتایج عفونت های بیمارستانی و تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت
۱۵. نظارت بر رعایت دستورالعمل ها و روش های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت و در صورت نیاز تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت
۱۶. تایید چک لیست ممیزی کنترل عفونت و ارزیابی گزارش نتایج ممیزی تیم کنترل عفونت
۱۷. بررسی و تحلیل شاخص های کنترل عفونت و در صورت نیاز تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت

## آئین نامه کمیته بهداشت محیط

### هدف:

کاهش نرخ عفونت‌های بیمارستانی و هزینه‌های ناشی از بروز آن‌ها، ارتقا و حفظ سلامتی کارکنان، بیماران و کلیه کارکنان از طریق ارتقاء موضوعات مربوط به بهداشت محیط (مدیریت صحیح پسماند و رختشویخانه، رعایت بهداشت آب، سطوح، تجهیزات و...)

### اعضای ثابت:

- \*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)
- \*مدیر داخلی بیمارستان
- \*مدیر خدمات پرستاری
- \*مسئول واحد بهبود کیفیت
- \*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- \*سوپروایزر آموزشی
- \*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان
- \*مسئول واحد بهداشت محیط (دبیر کمیته)
- \*سوپر وایزر کنترل عفونت
- \*مسئول خدمات بیمارستان

### اعضاء موقت:

- \*مسئول CSR
- \*مسئول رختشویخانه
- \*مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی با صلاح دید رئیس جلسه
- \*مسئول بخش آزمایشگاه

\* یکی از پزشکان داخلی یا بیماری های عفونی

### شرح وظایف کمیته:

۱. اجرای دستوالعمل های بهداشت محیط در اعتبار بخشی
۲. نظارت بر گذراندن دوره ویژه بهداشت عمومی و کارت بهداشتی معتبر برای کارکنان تغذیه، استریل‌زاسیون مرکزی، مدیریت پسماند، رختشویخانه
۳. بررسی نتایج ارزیابی بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی و در صورت نیاز تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت
۴. نظارت بر بهداشت فردی و نظافت کارکنان
۵. نظارت بر نحوه جداسازی و دفع بهداشتی پسماند ها
۶. آموزش بهداشت و آموزش نحوه دفع بهداشتی پسماند ها به پرستاران، خدمات و سایر کارکنان
۷. انجام واکسیناسیون‌های ضروری برای کلیه کارکنان
۸. نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری، شستشو، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه، ملحفه، البسه، گان، شان و .....
۹. نظارت بر تفکیک اشیاء البسه عفونی از غیر عفونی
۱۰. نظارت بر نحوه استفاده صحیح از مواد ضد عفونی کننده مجاز و شوینده توسط کارکنان مربوطه و ارائه آموزش های لازم به ایشان
۱۱. نظارت بر برنامه عملیاتی مدیریتی پسماندهای پزشکی جمع آوری نگهداری و رعایت ضوابط ابلاغی
۱۲. نظارت بر تکمیل و ارسال اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده و ارزیابی و پایش رعایت ضوابط محل نگهداری موقت و دستگاه بی خطر ساز پسماند

## آئین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

### هدف:

به منظور تامین مشارکت کارکنان و مدیران و نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار، صیانت از نیروی انسانی و منابع مادی کشور در مراکز بهداشتی و درمانی (بیمارستانها) مشمول و همچنین پیشگیری از حوادث و بیماری‌های ناشی از کار، حفظ و ارتقا سلامتی کارکنان و سالم سازی محیط‌های کاری، تشکیل کمیته‌های حفاظت فنی و بهداشت کار در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی الزامی است.

### اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی بیمارستان

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*مسئول بهداشت حرفه ای (دبیر کمیته)

\*مسئول بهداشت محیط

\*مسئول واحد تجهیزات پزشکی

\*مسئول تاسیسات مرکزی

\* مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

### اعضاء موقت:

\*مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی با صلاح دید رئیس جلسه

## شرح وظایف کمیته:

۱. اجرای استانداردهای ایمنی، آتش نشانی و بهداشت حرفه ای در اعتبار بخشی
۲. کنترل عوامل زیان آور در موارد بالاتر از حد مجاز بر اساس نتایج ارزیابی و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت
۳. بررسی نتایج ارزیابی کنترل ایمنی و سلامت شغلی و مخاطرات شغلی در کمیته و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت
۴. نیاز سنجی سالانه آموزشی کارکنان و تدوین برنامه آموزشی کارکنان در زمینه ایمنی و بهداشت حرفه ای
۵. تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده
۶. اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان
۷. نظارت بر بهداشت پرتوها در بیمارستان
۸. تهیه و تنظیم شناسنامه شغلی و انجام معاینات سلامت شغلی
۹. تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت کاهش عوارض زیان آور محیط کار
۱۰. تصویب و اجرایی نمودن دستورالعمل‌های اجرایی حفاظتی در بیمارستان

## آئین نامه کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

### هدف:

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

### اعضاء ثابت:

- \* رئیس بیمارستان (نماینده تام الاختیار ریاست )
- \* مدیر بیمارستان
- \* مدیر خدمات پرستاری
- \* رئیس امور مالی بیمارستان
- \* مسئول واحد بهبود کیفیت
- \* معاون درمان یا معاون آموزشی
- \* مسئول کمیته های بیمارستان
- \* تعدادی از روسای بخش های مختلف با نظر رئیس بیمارستان
- \* مسئول امور حراستی یا انتظامات بیمارستان
- \* مسئول واحد بحران و بلایا در بیمارستان
- \* مسئول فنی اورژانس
- \* سر پرستار اورژانس
- \* مسئول ایمنی بیمار
- \* مسئول واحد ساختمان و تاسیسات
- \* مسئول واحد خدمات
- \* مسئول واحد رایانه مرکز

## شرح وظایف کمیته :

- ۱- بررسی و تعیین بحران و بلایای محتمل در منطقه
- ۲- ارزیابی خطر حوادث و بلایا در بیمارستان بر اساس آخرین مرجع علمی اعلام شده از سوی وزارت بهداشت در سه حیطه ایمنی عملکردی، ایمنی سازه ای و غیر سازه ای
- ۳- اولویت بندی نتایج ارزیابی خطر و حوادث و بلایا در بیمارستان
- ۴- برنامه ریزی برگزاری تمرین‌های شبیه سازی شده جهت کارکنان در رده‌های مختلف شغلی
- ۵- تدوین برنامه و نظارت بر اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان
- ۶- تدوین برنامه اطفاء حریق و دستورالعمل حفظ ایمنی واحد موتورخانه
- ۷- برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت تاسیسات و ساختمان بیمارستان
- ۸- برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت سیستم‌های الکتریکی بیمارستان
- ۹- تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا
- ۱۰- تدوین برنامه فراخوانی اعضاء تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران
- ۱۱- نظارت بر انجام وظایف مسئولیت ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران
- ۱۲- برنامه ریزی و اجرای نحوه فعال سازی سامانه‌های مدیریت حوادث و بلایا
- ۱۳- نظارت بر برگزاری مانور فرضی ، مانور آتش نشانی و تخلیه
- ۱۴- نظارت بر آموزش کامل کارکنان به تناسب نقش ها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه
- ۱۵- تقویت عملکرد بیمارستان در رابطه با سوانح و فوریت‌های پزشکی
- ۱۶- برنامه ریزی جهت آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت‌ها و عوامل خطر آفرین

## آئین نامه کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن

### هدف:

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

### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*سوپروایزر آموزشی

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\* رئیس بلوک زایمان (متخصص زنان)

\*رئیس بخش کودکان (متخصص کودکان)

\* سرپرستار بخش اطفال

\* یک نفر از متخصصین زنان شاغل در بیمارستان به صلاح دید رئیس بیمارستان

\*مسئول بلوک زایشگاه (دبیر کمیته)

### اعضاء موقت:

\*مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی با صلاح دید رئیس جلسه



## شرح وظایف کمیته:

۱. نظارت بر پذیرش مادران باردار در بلوک زایمان بر اساس دستورالعمل وزارتی
۲. بررسی اثر بخشی شاخص‌های سلامت مادر و نوزاد و در صورت نیاز تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت
۳. بررسی علل زایمان‌های انجام شده از طریق سزارین با مرور پرونده‌های مربوطه
۴. طراحی مداخلات جهت کاهش سزارین‌های انتخابی و بدون اندیکاسیون و افزایش موالید از طریق زایمان طبیعی
۵. تهیه نشریات آموزشی برای مادران
۶. تلاش در جهت پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی
۷. ارائه بازخورد مناسب به کارکنان (ماماها و متخصصین)
۸. هدایت فعالیت‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط بیمارستان دوستدار مادر و کودک
۹. اجرای برنامه‌های آموزشی در سطح بیمارستان جهت کارکنان مرتبط با مراقبت مادر و کودک و توجیه کارکنان جدیدالورود
۱۰. تلاش در جهت تشکیل گروه‌های حمایت کننده از مادر و نوزاد
۱۱. ارسال صورتجلسات به دانشگاه به صورت فصلی

## آئین نامه کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

### هدف:

با توجه به اینکه بهترین غذا برای شیرخوارگان شیر مادر است هدف از تشکیل این کمیته تلاش برای همسوسازی اقدامات در جهت آموزش مادران و ترویج تغذیه شیرخواران با شیر مادر و کاهش جانشین های شیر مادر است.

### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان(رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*سوپروایزر آموزشی

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*رئیس بخش کودکان (متخصص کودکان)

\* سرپرستار بخش اطفال

\*مسئول هماهنگی کمیته های بیمارستانی

\*حداقل یک نفر از متخصصین زنان و زایمان-متخصص اطفال ونوزادان(سرکار خانم دکترشمسی غفاری)

\*سرپرستار بخش جراحی زنان

\*دبیر کمیته

### اعضاء موقت :

\*مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه

## شرح وظایف کمیته:

۱- گنجاندن مطالب آموزشی شیر مادر در برنامه آموزشی بیمارستان و آموزش کارکنان به صورت کارگاه‌های ۲۰

ساعته با صدور گواهی، بررسی سمینار و طرح مسائل در **Moming report**

۲- نظارت بر مراقبت‌های مادران در دوران بارداری و شیردهی در کلینیک‌های زنان و نظارت بر آموزش‌های ارائه

شده به مادران مراجعه کننده بویژه جهت مشاوره شیردهی و رفع مشکلات شیردهی آنها

۳- نظارت بر ترخیص همزمان مادرو نوزاد

۴- فراهم آوردن تسهیلات لازم جهت اقدامات مادرانی که شیرخوارشان در بخش بستری هستند.

۵- شرکت اعضاء در دوره‌های بازآموزی و کنفرانس‌های برگزار شده از طرف کمیته‌های دانشگاهی و کشوری

۶- تلاش در جهت تشکیل گروه‌های حامی مادران شیرده با کمک مادران شیرده موفق

۷- بازدید و نظارت مستمر و منظم توسط یکی از اعضاء کمیته از بخش‌های مرتبط به منظور اجرای اقدامات ده

گانه، نحوه آموزش مادران و ارائه رهنمودها جهت رفع نواقص

۸- تهیه گزارش کتبی توسط بازدید کننده به مسئول کمیته و تهیه گزارش فعالیت‌های انجام شده و ارسال آن

جهت ارائه به دانشگاه

۹- انجام پایش‌های دوره ای، برنامه ریزی جهت انجام مداخلات لازم با زمان بندی مشخص و نگهداری مستندات

اقدامات انجام گرفته

## آئین نامه کمیته اورژانس/تعیین تکلیف/تریاز

### هدف:

بخش اورژانس جزء مهم‌ترین بخش‌های بیمارستان می‌باشد. مراجعه بیماران با شرایط حاد و اورژانسی به بیمارستان

و ارائه خدمات تشخیصی درمانی در اسرع وقت، بخش اورژانس را از دیگر بخش‌های بیمارستان مجزا کرده است.

تریاز صحیح و تعیین تکلیف به موقع بیماران با حفظ اصول ایمنی جزء اصول کار پرسنل اورژانس می‌باشد. ارتباط

گسترده اورژانس با دیگر بخشهای بیمارستان همکاری همه جانبه ای را جهت اثربخشی و کارایی خدمات ارائه شده در بخش اورژانس طلب می کند. هدف از تشکیل این کمیته ایجاد هماهنگی و همکاری اثر بخش تر جهت ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده در بخش اورژانس و ایجاد یک فرصت جهت همفکری برای حل مشکلات پیش رو می باشد.

### کمیته تعیین تکلیف

#### هدف:

تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به اورژانس مطابق با دستورالعمل های کشوری در کمتر از ۶ ساعت از زمان ورود به بخش اورژانس و ارتقاء شاخص های ابلاغی مربوطه

#### اعضای ثابت:

- \* رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)
- \* مدیر داخلی
- \* مدیر خدمات پرستاری
- \* مسئول واحد بهبود کیفیت
- \* رئیس بخش اورژانس
- \* سرپرستار بخش اورژانس (دبیر کمیته)
- \* سوپروایزر آموزشی
- \* مسئول بخش تصویربرداری
- \* مسئول واحد آزمایشگاه
- \* مسئول هماهنگی کمیته های بیمارستان
- \* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*حضور یکی از سوپروایزرهای بالینی

\*مسئول مدیریت تخت (Bed Manager)

### اعضای موقت:

مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه

### شرح وظایف کمیته :

- ۱- تعیین تکلیف بیماران به نحوی باشد که در کمتر از ۶ ساعت از ورود بیمار به بخش اورژانس، یادر فهرست بیماران بستری یا ترخیص یا ارجاع به سایر مراکز قرار بگیرد.
- ۲ - تهیه و تصویب فرآیند پذیرش و ترخیص بیمار در اورژانس بیمارستان
- ۳- نظارت بر نحوه حضور و عملکرد پزشکان آنکال در بیمارستان
- ۴- استماع و بررسی گزارش **bed manager**
- ۵- برنامه ریزی جهت ارتقاء فرآیندهای اورژانس بیمارستان
- ۶- تعیین فهرست خدمات پاراکلینیکی و سایر خدمات شبانه روزی مورد نیاز اورژانس

### کمیته تریاژ

#### هدف:

تسریع در انجام تریاژ و الویت بندی رسیدگی به بیماران با توجه به سطح بندی بیماران در اورژانس، شناسایی مشکلات انجام صحیح تریاژ و تلاش در جهت رفع آنها

#### اعضای ثابت:

\* رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*رئیس بخش اورژانس

\*سرپرستار بخش اورژانس (دبیر کمیته)

\*سوپروایزر آموزشی

\*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

\*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*حضور یکی از سوپروایزرهای بالینی

\*مسئول مدیریت تخت (Bed Manager)

#### اعضاء موقت:

مسئولین بخش‌ها درمانی و غیردرمانی به صلاح دید رئیس جلسه

#### شرح وظایف کمیته :

- ۱- پذیرش و الویت بندی بیماران در بدو ورود بخش اورژانس بر اساس الگوهای استاندارد شده
- ۲- اجرای دستورالعمل های اورژانس بیمارستانی در اعتبار بخشی
- ۳- هماهنگی و بسترسازی مناسب برای اجرای تریاژ بیمارستانی
- ۴- پیش بینی فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب برای اجرای تریاژ و پیگیری جهت آماده سازی آن
- ۵- تعیین پرستاران مناسب جهت بکارگیری در تریاژ
- ۶- هماهنگی جهت انجام آموزش پرستاران تریاژ
- ۷- معرفی سامانه تریاژ با سایر پرسنل مرتبط بر حسب نیاز
- ۸- نظارت بر نحوه آموزش پرستاران از طریق آزمون های استاندارد و اخذ گزارشات
- ۹- هماهنگی و نظارت کامل بر نحوه اجرای تریاژ از طریق ارزیابی منظم

۱۰- تشکیل جلسات ماهانه کارگروه تریاژ و ارائه گزارش عملکرد حداقل هر ۳ ماه به کارگروه تریاژ دانشگاه مربوطه

بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راهکار با هماهنگی کارگروه تریاژ دانشگاه

۱۱- بررسی موارد خاص و موانع اجرای تریاژ و ارائه راهکار با هماهنگی کارگروه تریاژ دانشگاه

۱۲- هماهنگی با معاونت درمان جهت آموزش پرسنل منتخب تریاژ

۱۳- اندازه‌گیری و ارتقاء شاخص‌های مربوط به تریاژ بخش اورژانس

۱۴- پیگیری در جهت تجهیز بیمارستان در جهت برقراری تریاژ مناسب

## آئین نامه کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

### هدف:

این کمیته به منظور تضمین کیفیت خدمات دارویی در راستای ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و جلوگیری از عوارض احتمالی دارویی، کنترل کیفیت و کمیت داروها و تجهیزات، و همچنین به منظور تنظیم مقررات و نظارت بر حسن تهیه، طبخ و توزیع مواد غذایی مورد نیاز بیماران، همراهان و پرسنل بیمارستان، تشکیل می-گردد.

### اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

\*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*مسئول واحد تجهیزات پزشکی (دبیر کمیته)

\*مسئول فنی داروخانه بیمارستان

\*سوپر وایزر آموزشی

\*کارشناس تغذیه

### اعضاء موقت:

\* ۳ نفر از متخصصین شاغل در بیمارستان به صلاح دید رئیس جلسه

\*مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه



## شرح وظایف کمیته:

۱. تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن
۲. تدوین فهرستی از داروهای خودبخود متوقف شونده ، داروهایی که پس از مدت زمان معینی دیگر نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود
۳. تدوین و نظارت بر خط مشی‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به مدیریت دارویی (مصرف صحیح، اشتباه دارویی و عوارض)
۴. نظارت بر رعایت دستورالعمل‌های کشوری مربوط به دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی (داروهای مشابه و با هشدار بالا)
۵. تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هر یک از بخشهای بیمارستان موجود باشد
۶. تدوین لیست داروهای حیاتی برابر با فارماکوپه بیمارستان
۷. تدوین فرایندی برای تعیین ، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند.
۸. ترویج شیوه‌های علمی درمان و دارو در سطح بیمارستان
۹. پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی نظارت بر نحوه استفاده از وسایل ، نگهداری و تامین تجهیزات پزشکی
۱۰. آموزش نحوه کاربرد و استفاده صحیح و ایمنی و نگهداری تجهیزات پزشکی و بیمارستانی تعیین شیوه نظارت بر روند انتقال دستورات دارویی از پرونده بیماران به سامانه اطلاعات بیمارستان
۱۱. تدوین فهرست داروهای پرخطر و سیتوتوکسیک برای هر یک از بخش‌ها

## آئین نامه کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

### هدف:

هدف اصلی از برگزاری این کمیته افزایش هزینه اثر بخشی و کارایی پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و کاهش هزینه‌های غیر ضروری و به حداقل رساندن پروسیجرهای تشخیصی و درمانی غیر شایع، گران و غیر ضروری می-باشد.

### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*مسئول تجهیزات پزشکی

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*مسئول فنی داروخانه بیمارستان

\*سوپر وایزر آموزشی

\* مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت

\* مسئول بخش درآمد بیمارستان

\*یک نفر به عنوان نماینده پزشکان (معاون درمان)

\*مسئول هماهنگی کمیته‌ها

### اعضای موقت :

\*روسای بخش‌های بالینی بر حسب موضوع مورد بحث و دستور کار جلسه

### شرح وظایف کمیته:

حیطه فعالیت کمیته‌های بیمارستانی شامل گروه خدمات شایع و گروه خدمات نادر و گران قیمت می باشد:

۱- گروه خدمات شایع به خدماتی گفته می شود که به طور شایع در بیمارستان‌ها ایجاد هزینه می‌نمایند. به عنوان مثال کالاها و یا داروهای مصرفی، درخواست‌های تصویر برداری و آزمایشات تشخیصی و نیز پروسیجرهای شایع

۲- گروه خدمات نادر و گران قیمت به پروسیجرها و یا اعمال جراحی الکتیو و غیر روتین گفته می‌شود که در آن‌ها وسیله مصرفی پزشکی گران قیمت (مجموع قیمت وسایل پزشکی مصرفی در یک عمل جراحی یا یک مداخله درمانی معادل ده میلیون تومان و بالاتر) استفاده می شود.

۳- در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، کمیته بیمارستانی موظف است تا اطلاعات مربوط به حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان شاغل در بیمارستان را مورد بررسی قرار داده و با استفاده از روش‌های آماری و مدیریتی، موارد خارج از بازه‌های معمول را شناسایی و علت آن را مورد پیگیری قرار دهند. همچنین لازم است برای تمام پزشکانی که میزان مداخلات تشخیصی و درمانی آنها از میانگین بالاتر است، موارد را به همراه مستندات به صورت مکتوب به پزشکان مربوطه ارائه و تذکرات و راهنمایی‌های لازم داده شود.

۴- در گروه مداخلات درمانی نادر و پر هزینه، کمیته بیمارستانی موظف است جلسات مورد نیاز را قبل از انجام مداخلات، با دعوت از متخصصین رشته‌های مربوطه و پزشک متخصصی که قرار است مداخله درمانی را انجام دهد تشکیل و بحث‌های فنی مربوط به اندیکاسیون را بررسی و مجوز انجام مداخله را صادر نمایند. این جلسات می‌بایست به نحوی تشکیل شود که باعث هیچگونه تاخیر یا تغییر در برنامه پذیرش بیماران و نیز معطلی آنان نگردد.

۵- در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، کمیته‌های بیمارستانی موظفند جلسات کمیته را ماهیانه تشکیل و گزارشی از بررسی‌ها و مداخلات انجام شده و نتایج حاصل از آن‌ها را به دبیرخانه دانشگاه ارسال نمایند.

## آئین نامه کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج

### هدف:

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

### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*یک نفر متخصص مربوطه

\*مسئول بخش آزمایشگاه

\*سوپر وایزر آموزشی

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار (دبیر کمیته)

\* مسئول فنی و مسئول ایمنی بیمار

\*یک نفر کادر پزشکی آشنا به امور پزشکی قانونی و ضوابط مرتبط

### اعضاء موقت:

\*مسئول رسیدگی به شکایات

\*مسئول بخش مربوطه

\* سرپرستار بخش اورژانس

\* یک نفر متخصص جراحی

## شرح وظایف کمیته:

۱. اجرای استانداردهای مرتبط با مرگ و میر و آسیب شناسی در اعتبار بخشی
۲. برنامه ریزی جهت ارزیابی پیشگیرانه از خطاهای پزشکی در بیمارستان
۳. شناسایی و ارزیابی عوامل تحدید کننده زیر ساختی و فرآیندی در بروز خطاهای پزشکی و اخذ تصمیمات اصلاحی یا تدوین برنامه بهبود کیفیت جهت رفع عوامل زمینه ساز بروز خطا بر اساس نتایج ارزیابی
۴. برنامه ریزی جهت اجرای نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه
۵. بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (بویژه موارد مرگ غیر منتظره حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ غیر منتظره)
۶. بررسی دوره‌ای عوارض
۷. پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی
۸. اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان
۹. بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
۱۰. برگزاری کنفرانس‌های مرتبط
۱۱. گزارش تمام بیماری‌های در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت)
۱۲. گزارش نمونه‌های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی در صورت اخذ گزارش تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل بر اساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی
۱۳. تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی و در صورت نیاز تدوین اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت

کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری (دبیر کمیته)

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*سوپروایزر آموزشی

\* سرپرستار بخش اطفال

\* متخصص اطفال

\* مسئول فنی (و مسئول ایمنی بیمار) بیمارستان

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\* مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

#### اعضاء موقت :

مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به تشخیص رئیس کمیته

#### شرح وظایف کمیته :

۱. تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی و در صورت نیاز تدوین اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت
۲. بررسی عوامل موثر بر مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در بیمارستان.
۳. تدوین مداخلات براساس اطلاعات بدست آمده در بیمارستان.
۴. نظارت و پیگیری نحوه ی اجرای مداخلات تصویب شده در بیمارستان
۵. ارائه پیشنهاد به کمیته شهرستانی کاهش مرگ و میر برای اجرای مناسب تر مداخلات تصویب شده در سطح شهرستان
۶. ارسال گزارش ماهانه مصوبات کمیته ومداخلات صورت گرفته به کمیته شهرستانی کاهش مرگ ومیر.

## کمیته مرگ مادران باردار

### هدف:

هدف از تشکیل کمیته اختصاصی مذکور، بررسی خطرات تهدید کننده مادران به ویژه مادران باردار برای به حداقل رساندن این خطرات، تأمین ایمنی مادران و کاهش مرگ مادر در اثر عوارض زایمان و بارداری

### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان(رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*سوپروایزر آموزشی

\* مسئول فنی (و مسئول ایمنی بیمار) بیمارستان

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\* یک نفر ماما آشنا به امور مربوطه (دبیر کمیته)

### اعضاء موقت :

\* یکی از پرستاران شاغل در بخش زنان باردار پرخطر

\* مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه

### شرح وظایف کمیته :

۱. تحلیل ریشه ای مرگ مادران باردارم و در صورت نیاز تدوین اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت
۲. بررسی مراقبت‌های بارداری، مرگ مادر یا وقایع بحرانی نزدیک به مرگ مادر و مراکز بهداشتی و درمانی و و بررسی خطاهای پیش آمده جهت پیشگیری از بروز خطاهای احتمالی در آینده

۳. بررسی و ارائه راهکارهای مناسب برای کاهش مرگ و میر ناشی از عوارض بارداری و زایمان
۴. انجام اقدامات برای مادران پرخطر در سطح بیمارستان و بررسی مشکلات مربوط به آن
۵. فراهم نمودن تسهیلات لازم برای انجام زایمان بی خطر در مرکز
۶. تهیه جزوات آموزشی برای مادران باردار
۷. ارائه راه حل های پیشگیری از مرگ و میرمادران باردار و پری ناتال
۸. برنامه ریزی و آموزش سالیانه به کارکنان مرتبط جهت آشنایی با موارد پرخطر
۹. هدایت فعالیت های بیمارستانی منطبق برضوابط بیمارستان دوستدار مادر و نوزاد

### کمیته مرگ پری ناتال

#### هدف:

یکپارچه سازی فعالیتها در جهت کاهش مرگ نوزادان

#### اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان(رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*سوپروایزر آموزشی

\*مسئول هماهنگی کمیته های بیمارستان

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\* سرپرستار بخش اطفال

\*مسئول بخش های ویژه



\* مسئول فنی (و مسئول ایمنی بیمار) بیمارستان

\* یک نفر ماما آشنا به امور مربوطه

\* کارشناس مسئول بررسی مرگ پریناتال (دبیر کمیته)

### شرح وظایف کمیته :

۱. بحث و بررسی پیشنهادی مداخله‌ها مرگ پریناتال استخراج شده از نتایج بررسی و جدول نرخ مرگ بر حسب وزن و علل مرگ
۲. تصویب مداخله‌ها بر اساس اطلاعات حاصله
۳. تعیین سطح یا بخش مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله
۴. ابلاغ اجرای مداخله به سطح تعیین شده
۵. تعیین مسئول پایش اجرای مداخلات تصویب شده
۶. تحلیل ریشه ای مرگ پریناتال و در صورت نیاز تدوین اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت
۷. ارائه پیشنهادات مناسب در جهت کاهش مرگ نوزادان در سطح شهرستان

### کمیته احیاء نوزادان

#### هدف:

هدف از برگزاری این کمیته برنامه‌ریزی جهت افزایش مستمر میزان مهارت پرسنل مرتبط با احیاء نوزادان در جهت کاهش احیاهای ناموفق و تحلیل ریشه‌ای علل احیاء ناموفق، ثبت اقدامات انجام گرفته در مورد احیاء موفق/ناموفق

اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*مسئول هماهنگی کمیته

\*مسئول بخش اعمال جراحی

\*مسئول بخش های ویژه

\*یک نفر از پرستارها آشنا به امور (دبیر کمیته)

\*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*سرپرستار بخش اطفال

\*مسئول بلوک زایمان

\*مسئول فنی (و ایمنی بیمار) بیمارستان

\*رئیس بلوک زایمان (متخصص زنان و زایمان)

\*رئیس بلوک زایمان (متخصص زنان و زایمان)

\*سوپروایزر آموزشی

#### اعضاء موقت:

مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی با صلاح دید رئیس جلسه

#### شرح وظایف کمیته :

۱. بررسی میزان مهارت پرسنل در احیاء نوزاد
۲. آموزش مهارت احیاء پایه و پیشرفته به پرسنل
۳. ثبت دقیق احیاء نوزاد طبق بسته خدمتی احیاء نوزاد
۴. تقویت تیم احیای نوزاد بیمارستان
۵. تحلیل ریشه ای احیاء ها به ازای هر احیای نا موفق (RCA) و در صورت نیاز تدوین اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت

## آئین نامه کمیته طب انتقال خون

### هدف:

هدف از برگزاری این کمیته رسیدگی علمی به تمام موارد انتقال خون انجام گرفته در بیمارستان، استفاده بجا از خون و فرآورده‌های آن، انجام توصیه‌های لازم به پزشکان و همچنین آموزش کادر پزشکی بیمارستان در امر انتقال خون و اندازه‌گیری شاخص‌های مربوطه می‌باشد.

### اعضاء ثابت :

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر داخلی

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*مسئول فنی آزمایشگاه

\*مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\*مسئول هماهنگی کمیته‌های بیمارستان

\*مسئول بانک خون

دبیر کمیته

پزشک همو ویژیلانس مرکز

\*مسئول بخش آزمایشگاه

\*سوپر وایزر آموزشی

\* حداقل یک نفر از پزشکان متخصص جراحی و داخلی بیمارستان

### اعضاء موقت :

مسئولین بخش‌های درمانی و غیر درمانی به صلاح دید رئیس جلسه

## شرح وظایف:

۱. اجرای استانداردهای طب انتقال خون در اعتبار بخشی
۲. بررسی عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده‌های خونی در بیمارستان در صورت بروز مشکل و خطاهای انسانی چه در بخش‌ها و چه در آزمایشگاه بلافاصله جلسه برگزار گردد.
۳. ارتقای سطح دانش و آگاهی کارکنان با برگزاری دوره‌های آموزشی هموویژنلانس مورد تایید سازمان انتقال خون برای پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون
۴. اتخاذ روشهای استاندارد جهت استفاده بهینه و نگهداری از خون و فرآورده‌های آن
۵. گزارش موارد درخواست ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی به منظور پایش میزان مصرفی و تعدیل آن در صورت امکان
۶. نظارت و اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری خون و فرآورده‌های خونی
۷. تصویب و اجرای مداخلات کاهش دهنده عوارض انتقال خون
۸. ارزیابی و مرور پروتکل‌های جاری در جهت بهبود کمی و کیفی خون و فرآورده‌های خون
۹. سنجش نیازهای آتی در زمینه تجهیزات مورد مصرف در بخش بانک خون
۱۰. نظارت بر نحوه درخواست خون و فرآورده‌های خونی در بخشها و نحوه تحویل آن از بانک خون
۱۱. نظارت بر اجرای استقرار نظام هموویژنلانس در بیمارستان
۱۲. بررسی و ارزیابی موارد تزریق خون در بیمارستان از نظر علت مصرف، مقدار و نتیجه هر دو مورد و توصیه‌های لازم به پزشکان در مواردیکه انتقال خون الزامی نبوده است .

۱. عسگری ن و تیم تدوین دیگران، استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران، نسل نوین سال ۱۳۹۵، آفتاب اندیشه، تهران، ۱۳۹۵
۲. صادقی فر ن، تقوی س، مدیریت مشارکتی، اول، مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، تهران، ۱۳۸۲
۳. انجمن روانپزشکی آمریکا. متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ۲۰۰۰. ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. انتشارات سخن، ۱۳۸۹.
۴. جعفریان، مرتضی و قبادی مهر، خدیجه، ۱۳۸۹، ویژگی‌های اجتماعی و روان شناختی کارآفرینی، مجموعه مقالات اولین همایش منطقه ای کارآفرینی و توسعه، واحد دلفان.
۵. دبیرخانه شورای راهبری اطلاعات و ارتباطات بهداشت، ۱۳۸۳، خدمات اطلاعات سلامت: ص ۵.
۶. پاتریشیامک گلان و کریستونل، ۱۳۷۷، عصر مشارکت، ترجمه مصطفی اسلامی، انتشارات پژوهش‌های فرهنگ‌ها.
۷. حنیفی، فریبا، ۱۳۸۰، مدیریت مشارکتی، فرهنگ مشارکت، شماره ۲۹، تهران.
۸. خنیفر، حسین، ۱۳۸۱، اصول مدیریت و وظایف مدیران، چاپ اول، تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی دانش و اندیشه معاصر.
۹. طوسی، محمد علی، ۱۳۷۲، مشارکت (در مدیریت و مالکیت)، چاپ دوم، تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی.
۱۰. طوسی، محمد علی، ۱۳۷۹، مدیریت و مشارکت کارکنان، تهران، مرکز آموزش مدیریت دولتی.
۱۱. عباس زادگان، سید محمد، ۱۳۷۶، مبانی اساسی در سازماندهی و رهبری، تهران: انتشارات شرکت سهامی.
۱۲. غریزی، عباس، ۱۳۸۶، نهج البلاغه موضوعی، چاپ دهم، تهران: انتشارات صلاه.
۱۳. لنکرانی، آیت الله حاج شیخ محمد فاضل، ۱۳۷۷، آیین کشورداری از دیدگاه امام علی (ع)، چاپ ششم تهران: انتشارات دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۱۴. لورن پلونکت و رابرت فوراینه، ۱۳۸۱، مدیریت مشارکت جو، ترجمه محمد علی طوسی، تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی.
۱۵. مرتضی، مجدفر، ۱۳۷۶، موانع اجرایی مدیریتی مشارکتی در ایران «فرهنگ مشارکت» شماره ۲.

۱۶. مقیمی، سید محمد، ۱۳۸۰، منشور مدیریت، نگرى تطبيقى به فرمان امام على (ع) به مالک اشتر، چاپ اول، تهران:

انتشارات مؤسسه مهربان نشر.

۱۷. نصیری، فخرالسادات، ۱۳۸۸، نگاهی به مدیریت اسلامی از دیدگاه قرآن، نهج البلاغه و روایات، چاپ اول، همدان نشر

روز اندیش.

۱۸. پیامبر (ص)، نهج الفصاحه، ترجمه ابو القاسم پاینده، انتشارات جاویدان، تهران.

19. Islamic Management and Decision Sciences in Iran (Approaches & Sources), Mediterranean Journal of Social Sciences (MJSS), 2016.
20. Ethics review of entrepreneurship from the perspective of Prophet Mohammad (PBUH), International Academic Journal of Economics, 2016.
21. The Role of Religion in the Management and Training of Children in the Family by Women in Iran Society - HOSEIN ALIAHMADI, African Journal of Environmental Assessment and Management (AJEAM) (Scopus Journal)- 2016.

# پیوستها:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
مرکز آموزش، درمانی / بیمارستان

سورجلسه گنبد:

دیر کینه:

تاریخ جلسه بعدی:

تاریخ جلسه قبلی:

سال:

ساعت پایان:

ساعت شروع:

تاریخ تشکیل:

ردیف	بگیری معمولات جلسات قبل	اجرا شده	در حال اجرا	عدم اجرا	دلیل عدم اجرا
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
ردیف	موضوعات مطروحه یا دستور جلسه	ردیف	موضوعات مطروحه یا دستور جلسه		
۱		۴			
۲		۵			
۳		۶			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
مرکز آموزش، درمانی / بیمارستان

ردیف	موضوع و دستور کار	تسهیلات بخشد	تقرری	بگیری کننده	بازرسی		مبلغ دوره کار	تاریخ بهای
					تاریخ شروع	تاریخ پایان		
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
								اسامی حاضرین
								نمیت و انعقاد
								اسامی حاضرین
								نمیت و انعقاد
								اسامی غایبین
								نمیت و انعقاد