

## آئین نامه عمومی کمیته‌های بیمارستانی

- جلسات کمیته های بیمارستانی طبق برنامه مصوب، در دوره زمانی تعیین شده، توسط مسئول کمیته‌ها تشکیل می‌گردد.
- زمان تشکیل کمیته‌ها طبق روزهای پیشنهادی دبیر هر کمیته توسط مسئول کمیته‌ها تعیین می‌گردد.
- حضور دبیر هر کمیته در برگزاری جلسات الزامی است و حق تعیین جانشین ندارد.
- مسئول کمیته‌ها در جلسه بهبود کیفیت با حضور ریاست بیمارستان تعیین می‌گردد.
- اعضای هر کمیته بر اساس آخرین استاندارد های اعتبار بخشی ملی با تایید ریاست و مدیریت و دبیران کمیته‌ها تعیین می‌گردد.
- حضور تمامی اعضای کمیته در جلسه الزامی است. در صورت عدم حضور یکی از اعضای کمیته حضور جانشین فرد تام الاختیار با داشتن حق امضاء و حق رأی کفایت می‌کند.
- جلسات کمیته‌ها با حضور نصف به اضافه یک اعضای کمیته معتبر می‌باشد.
- هر یک از دبیران کمیته‌ها می‌توانند بر اساس محتوای صورتجلسه در راستای اهداف کمیته هر یک از مسئولین و کارکنان بیمارستان را به صورت میهمان در جلسه دعوت نمایند.
- دبیر هر کمیته موظف، به تهیه آیین نامه اختصاصی/داخلی کمیته مربوطه با همکاری اعضاء کمیته می‌باشد و پس از بازنگری جهت داشتن کد سند به واحد بهبود کیفیت ارسال گردد. و بعد از کد سند دار شدن، آئین نامه مذکور مصوب و ابلاغ می‌گردد و شماره نامه و تاریخ ابلاغ آن در بند شماره ۵ ستون (اقدامات انجام شده و علت عدم تحقق مصوبه) وارد می‌شود.
- دبیر هر کمیته بر نحوه تکمیل فرم اطلاع رسانی آیین نامه کمیته توسط اعضاء جدید ورود نظارت می‌نماید.
- قبل از آغاز جلسه دبیر کمیته با استفاده از لیست اعضای جلسه از حضور شرکت کنندگان در جلسه (حداقل نصف به اضافه یک عضو) اطمینان می‌یابد.
- مسئول واحد بهبود کیفیت و مسئول کمیته‌ها ناظر بر روند تشکیل کمیته‌های بیمارستانی می‌باشند.
- در صورت عدم تشکیل کمیته‌ها طبق روال تعیین شده مصوب، مسئول کمیته‌ها ملزم به گزارش به دبیر کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان می‌باشد.
- دبیر برگزار کننده کمیته موظف است دستور کار هر جلسه را یک هفته قبل از تشکیل کمیته در اختیار واحد کمیته‌ها قرار دهد.

۱۵. در صورت نیاز به مطرح کردن موضوعی خاص از جانب سایر واحدها به منظور طرح و بررسی در کمیته مربوطه، مسئول واحد موظف است موضوع مورد نظر را ابتدا به واحد بهبود کیفیت اعلام نماید و پس از تایید مسئول واحد بهبود کیفیت موضوع را کتباً به دبیر کمیته مربوطه ابلاغ نماید.

۱۶. مسئول کمیته های بیمارستانی، مسئولیت تهیه دعوت نامه جهت اطلاع رسانی به اعضای کمیته قبل از تشکیل جلسات را بر عهده دارد.

۱۷. مصوبات هر کمیته می بایست توسط دبیر کمیته مربوطه تایپ و صورت جلسه گردد و بعد از جمع آوری امضاء اعضاء حاضر فایل آن در اختیار مسئول کمیته ها و مسئول واحد بهبود کیفیت قرار گیرد.

۱۸. مصوبات هر کمیته پس از تایید و ابلاغ ریاست بیمارستان لازم الاجراست.

۱۹. دبیر هر کمیته مسئول پیگیری اجرا و تحقق مصوبات کمیته مربوطه می باشد و در بند شماره ۵ (اقدامات انجام شده / علت عدم تحقق مصوبه) باید کلیه اقدامات انجام شده را به همراه شماره نامه و تاریخ ابلاغ و مراحل پیگیری آنها در رابطه با مصوبه مربوطه ثبت گردد.

۲۰. در صورت عدم اجرای مصوبات کمیته به هر دلیلی موضوع مصوبه اجرایی نشده را تا سه مرتبه می توان جهت پیگیری در دستور جلسه قرار گیرد و سپس در صورت اجرایی نشدن مجدد آن به کمیته تیم رهبری و مدیریت ارجاع داده شود.

۲۱. این آیین نامه پس از تصویب توسط ریاست بیمارستان و ابلاغ به تمام کمیته ها لازم الاجرا و قانونی است.

۲۲. دبیر کمیته باید صورت جلساتی که مربوط به ایمنی بیمار می باشد را در جلوی هر صورت جلسه مشخص نماید.

۲۳. دبیر کمیته باید مهمترین موضوع دستور جلسه خود را در بند ۲ (مهمترین موضوعات مورد بحث) نوشته و توضیحات لازم و کافی در رابطه با آن را ثبت نماید.

۲۴. کلیه دبیران و روسای کمیته دارای ابلاغ باشند.

۲۵. در صورت تغییر اعضای کمیته بایستی ابلاغیه ها نیز به روز گردند.

۲۶. دبیران کمیته موظف اند برای کلیه اعضای کمیته درخواست ابلاغ نموده و نسخه آن را نگهداری نمایند.

۲۷. کمیته های بیمارستانی در قالب کمیته های نسل چهارم اعتبار بخشی برگزار گردند.

۲۸. ابلاغ رؤسا و دبیران کمیته ها با تغییر ریاست بیمارستان تا زمانی که تصمیمی جهت تعویض آنها صورت نگرفته بقوت خود باقی است و نیازی به ابلاغ جدید توسط ریاست جدید ندارند.

۲۹. کلیه جلسات کمیته ها بایستی با هماهنگی دبیر کمیته مربوطه، طبق برنامه ی زمان بندی یکساله تدوین شده، رأس ساعت مقرر برگزار گردد.

۳۰. دبیر کمیته بایستی جهت دعوت اعضاء حداقل دو روز قبل اقدام نموده و زمان، مکان و موضوع جلسه را نیز در دعوتنامه ذکر نماید.

۳۱. در صورت کنسل شدن کمیته به هر دلیلی، دبیر کمیته موظف است روز قبل به کلیه اعضاء اعلام نموده و جهت برگزاری جلسه ی جایگزین با کلیه اعضای کمیته هماهنگی نماید.

۳۲. اعضاء موظف اند رأس ساعت مذکور در جلسه حضور یابند، تأخیر بیش از ۱۵ دقیقه به منزله غیبت تلقی می شود.

۳۳. در صورت عدم حضور دبیر کمیته، فردی بایستی به عنوان جانشین از طرف دبیر کمیته امور را پیگیری نموده و جلسه را برگزار نماید.

۳۴. دبیران و رؤسای کمیته موظفند در صورت غیبت اعضای کمیته بصورت سه جلسه متوالی در کمیته و یا بیش از ۳۰ درصد جلسات سالیانه مربوطه، عضو جدید جایگزین کنند.

۳۵. پیگیری امور فوق به عهده ی کارشناس مسئول کمیته های بیمارستان می باشد.

۳۶. جلسات کمیته حداقل با ۱/۲ اعضاء به علاوه رییس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار ایشان رسمیت می یابد.

۳۷. پیگیری مصوبات کمیته ها به عهده ی دبیران کمیته اجرائی و رؤسای کمیته می باشد.

۳۸. دبیر اجرائی کمیته موظف است در انتهای هر جلسه مصوبات انجام شده و انجام نشده ی جلسه قبل را مطرح نماید.

۳۹. دبیران اجرائی کمیته موظفند ساعت شروع و پایان جلسات را مدیریت نموده و از بحث های جانبی خارج از موضوع جلسه جلوگیری نمایند.

۴۰. دبیران اجرائی کمیته موظفند صورتجلسات کمیته را پس از تاپد در اختیار اعضاء کمیته (افراد مسئول انجام مصوبات کمیته) قرار دهند.

۴۱. مسئول کمیته ها به منظور نظارت بر حس است اجرای کمیته ها، در همه کمیته حضور داشته باشند.

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

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

۴۴. حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در تمام کمیته ها با هر دستوری کاری الزامی است.

۴۵. مسئول فنی / ایمنی بیمار باید در کمیته های بیمارستانی حضور فعال داشته باشند. حضور وی حداقل در کمیته های مرگ و میر و عوارض، انتقال خون و درمان، اخلاق بالینی الزامی است. مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران ، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است.

۴۶. اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط کارشناس مسئول کمیته ها با همکاری دبیران کمیته ها انجام گردد.

۴۷. ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها توسط مسئول کمیته ها / دفتر بهبود کیفیت انجام گردد.

۴۸. گزارش های دوره ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته ها به تیم رهبری و مدیریت و کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط کارشناس مسئول کمیته ها، ارائه گردد.

۴۹. اقدامات اصلاحی در کمیته های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثر بخشی هر یک از کمیته ها انجام گردد.

۵۰. معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و مأموریت های کمیته، آئین نامه داخلی کمیته است.

۵۱. کمیته های که به صورت مشترک برگزار می گردد نیاز به صورتجلسه جداگانه ندارد.

۵۲. برنامه ریزی جهت آموزش و اجرای استاندارد های اعتبار بخشی در حوزه هر کمیته، از شرح وظایف اصلی هر کمیته می باشد.

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

۵۴. ارائه نظرات کتبی اعضای غایب باری روشن سازی بحث و گفتگو مجاز است، اما فقط آن اعضایی که در جلسه کمیته شرکت نموده اند حق رأی دارند. نظرات کتبی اعضای غایب در جلسه بعدی قرائت و می تواند به صورتجلسه ضمیمه شود.

### قوانین اختصاصی بر اساس سنجش های اعتبار بخشی

در بیمارستان های با ۱۰۰ تخت فعال و کمتر، برگزاری جلسات کمیته 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 ومیر و عوارض و زیر کمیته های مربوط با طب انتقال خون به صورت همزمان قابل قبول است.

در بیمارستان هایی که طبق سیاست داخلی نیاز به برگزاری کمیته ایمنی دارند با توجه به مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدید های مدیریت ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات / برنامه های مدیریت، کمیته ایمنی به عنوان زیر کمیته پایش و سنجش کیفیت قرار گیرد.

برگزاری کمیته طب انتقال خون در بیمارستان هایی بدون ترانسفیوژن ، الزامی نیست.

فاصله زمانی جلسات کمیته های بیمارستانی با ۶۴ تخت فعال و کمتر تا دو برابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است.

در بیمارستان های فاقد بلوک زایمان و تک تخصصی غیر از زنان، الزامی است برای برگزاری کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن نیست.

## مشترکات کمیته ها

### نحوه تعیین کار دستور جلسات کمیته ها

دستور کار جلسه توسط دبیر اجرایی کمیته با در نظر گرفتن الزامات زیر و با هماهنگی رئیس کمیته از قبل تعیین می گردد و بنا به دستور کار، مسئول مرتبط نیز جهت تصمیم گیری بهینه، به جلسه دعوت می شوند.

- ✓ همسویی با اهداف و شرح وظایف کمیته (مندرج در آئین نامه داخلی)
- ✓ بر اساس مشکلات جاری و واقعی بیمارستان و نتایج پایش ها و ارزیابی های معاونت درمان و یا دفتر بهبود کیفیت
- ✓ قابل رهگیری با نتایج شاخص های بیمارستانی، نتایج دینفعان و مصاحبه با اعضای کمیته

### نحوه ثبت صورتجلسات کمیته

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات قبلی، مباحث مطرح شده، شرح مصوبات و اقدامات، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجرای مصوبات با تأکید بر بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار، داشتن راه حل های واضح و مشخص، قابلیت اجرای مصوبات، همسویی با دستور کار جلسات، اطمینان از تأمین منابع اجرای مصوبات، تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه ی امضا شده توسط مسئول کمیته نگهداری می شود.

### نحوه پیگیری صورتجلسات کمیته

صورتجلسات توسط دبیر کمیته در فرم صورتجلسه که حداقل شامل قسمت هایی جهت ثبت تاریخ، ساعت، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسه قبلی، مباحث مطرح شده، شرح مصوبات و اقدامات، مسئول اجرا و پیگیری مصوبات، مهلت زمان اجرای مصوبات با تأکید بر بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار، داشتن راه حل های واضح و مشخص، قابلیت اجرای مصوبات، همسویی با دستور کار جلسات، اطمینان از تأمین منابع اجرای مصوبات، تنظیم و به امضاء اعضای حاضر در جلسه رسیده و یک نسخه صورتجلسه ی امضاء شده توسط کمیته ها نگهداری میشود.

### نحوه پیگیری مصوبات کمیته

معمولاً مصوبات کمیته به دو صورت زیرساختی و فرآیندی می باشند، که هر یک از این مصوبات قبل از تشکیل کمیته توسط دبیر اجرایی کمیته از مسئولین اجرای مصوبات، پیگیری می شوند، بطوریکه ضمن بررسی وضعیت اجرایی شدن و میزان پیشرفت اجرای مصوبات، همچنین علل عدم تحقق مصوباتی که اجرایی نشدند نیز مشخص شده (با ثبت در جدول پیگیری مصوبات قبلی مندرج در فرم صورتجلسه) جهت تعیین تکلیف و رفع مسائل و مشکلات عمده و حل نشده، مجدداً در جلسه آتی کمیته مطرح می شوند.

## نحوه ارزیابی عملکرد کمی کمیته

ارزیابی عملکرد کمی کمیته‌ها از طریق تکمیل فرمی تحت عنوان " فرم پایش عملکرد کمی کمیته‌های بیمارستانی " (پیوست شماره ۲) با درج درصد برگزاری جلسات کمیته، درصد مصوبات اجرایی شده، درصد مصوبات اجرایی نشده و درصد حضور اعضا در کمیته (پیوست شماره ۳) به صورت فصلی توسط دبیران اجرایی کمیته به مسئول کمیته جهت ارائه گزارش به تیم رهبری و مدیریت و کمیته پایش و سنجش کیفیت، ارائه می‌گردد.

## نحوه ارزیابی عملکرد کیفی کمیته (اثر بخشی کمیته)

برای ارزیابی عملکرد کیفی کمیته، میزان اجرای مصوبات فرآیندی کمیته از نظر اقدامات اصلاحی صورت گرفته جهت بهبود وضعیت موجود در قالب فرمی تحت عنوان "فرم تحلیل کمیته های بیمارستانی" (پیوست شماره ۴) با درج وضعیت اجرای (درصد اجرای مصوبات اجرا شده و اقدامات صورت گرفته برای بهبود مشکلات شناسایی شده) مصوبات اجرایی نشده و علل عدم تحقق مصوبه یا نقاط قابل بهبود، به صورت فصلی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

علاوه بر این برخی از بیمارستان ها که بستر لازم در خصوص پایش شاخص های مختلف الزامی، عملکردی، فرآیندی و نتایج وجود دارد، می‌تواند با تعیین شاخص های مرتبط با کمیته، گزارش روند شاخص ها به صورت دوره ای (ماهانه / فصلی) در کمیته مربوطه ارائه و از نظر اقدامات اصلاحی صورت گرفته و ارائه راهکارهای قابل بهبود، مورد بررسی قرار گرفته و تصمیم گیری شوند.

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

مصوباتی که در کمیته مورد نظر از نظر فنی، ساختاری و مالی باید در جلسه تیم رهبری و مدیریت بیمارستان مطرح شوند، همچنین مصوباتی که طی پیگیری مصوبات قبلی و یا ارزیابی فصلی کمیته، مشخص شده علیرغم پیگیری های متعدد اجرایی نشدند، با هماهنگی مسئول کمیته ها جهت تعیین تکلیف در دستور کار جلسه ی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان قرار می‌گیرد. همچنین مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته طی هماهنگی با مسئول کمیته ها و دبیر کمیته مورد نظر به کمیته مرتبط واگذار می‌گردد تا تا موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

نام و نام خانوادگی تأییدکننده:

نام و نام خانوادگی تصویب کننده:

طاهره نائیجی

دکتر امید رضائی

مسئول واحد بهبود کیفیت

ریاست بیمارستان روانپزشکی رازی

سند:

تاریخ ابلاغ:

### نحوه ارزیابی عملکرد کمی کمیته

ارزیابی عملکرد کمی کمیته‌ها از طریق تکمیل فرمی تحت عنوان " فرم پایش عملکرد کمی کمیته‌های بیمارستانی " (پیوست شماره ۲) با درج درصد برگزاری جلسات کمیته، درصد مصوبات اجرایی شده، درصد مصوبات اجرایی نشده و درصد حضور اعضا در کمیته (پیوست شماره ۳) به صورت فصلی توسط دبیران اجرایی کمیته به مسئول کمیته جهت ارائه گزارش به تیم رهبری و مدیریت و کمیته پایش و سنجش کیفیت، ارائه می‌گردد.

### نحوه ارزیابی عملکرد کیفی کمیته (اثربخشی کمیته)

برای ارزیابی عملکرد کیفی کمیته، میزان اجرای مصوبات فرآیندی کمیته از نظر اقدامات اصلاحی صورت گرفته جهت بهبود وضعیت موجود در قالب فرمی تحت عنوان "فرم تحلیل کمیته های بیمارستانی" (پیوست شماره ۴) با درج وضعیت اجرای (درصد اجرای مصوبات اجرا شده و اقدامات صورت گرفته برای بهبود مشکلات شناسایی شده) مصوبات اجرایی نشده و علل عدم تحقق مصوبه یا نقاط قابل بهبود، به صورت فصلی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

علاوه بر این برخی از بیمارستان ها که بستر لازم در خصوص پایش شاخص های مختلف الزامی، عملکردی، فرآیندی و نتایج وجود دارد، می‌تواند با تعیین شاخص های مرتبط با کمیته، گزارش روند شاخص ها به صورت دوره ای (ماهانه / فصلی) در کمیته مربوطه ارائه و از نظر اقدامات اصلاحی صورت گرفته و ارائه راهکارهای قابل بهبود، مورد بررسی قرار گرفته و تصمیم گیری شوند.

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

مصوباتی که در کمیته مورد نظر از نظر فنی، ساختاری و مالی باید در جلسه تیم رهبری و مدیریت بیمارستان مطرح شوند، همچنین مصوباتی که طی پیگیری مصوبات قبلی و یا ارزیابی فصلی کمیته، مشخص شده علیرغم پیگیری های متعدد اجرایی نشدند، با هماهنگی مسئول کمیته ها جهت تعیین تکلیف در دستور کار جلسه ی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان قرار می‌گیرد. همچنین مصوبات مشترک بین دو یا چند کمیته طی هماهنگی با مسئول کمیته ها و دبیر کمیته مورد نظر به کمیته مرتبط واگذار می‌گردد تا موازی کاری و اتلاف وقت و هزینه جلوگیری بعمل آید.

نام و نام خانوادگی تصویب کننده:

دکتر امید رضائی

ریاست بیمارستان روانپزشکی رازی

نام و نام خانوادگی تایید کننده:

طاہره نائیجی

مسئول واحد بهبود کیفیت