

راهنمای طراحی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی

جمعه ۲۹ آذر ۱۳۹۲ ساعت ۱۶:۲۷ صلاح الدین خسروی



تعاریف کلیدی

وضعیت اضطراری (Emergency): حادثه طبیعی یا بشرساخته که فضای درمانی را به شدت تخریب کرده (برای مثال آسیب بنای بیمارستان در اثر زلزله یا طوفان)، فرآیند درمان و مراقبت از بیماران را مختل نموده (برای مثال قطع داخلی یا سراسری برق، آب یا تلفن در اثر سیل، آتش سوزی و یا اختلال داخلی این سیستم ها) و یا باعث تغییر یا افزایش قابل توجه و سریع تقاضا برای خدمات بیمارستانی می شود (برای مثال حملات تروریستی، فروریختن ساختمان و یا تصادفات هوایی). معمولاً به وضعیت های اضطراری با وسعت تخریب زیاد و اضطرار بالا؛ سانحه (Disaster) اطلاق می شود.

مخاطره (Hazard):

رخداد یا وضعیت فیزیکی که دارای پتانسیل ایجاد مرگ و میر، جراحت، آسیب به اموال و تأسیسات، تخریب زیرساخت ها، از بین بردن محصولات کشاورزی، آسیب به محیط زیست، قطع روند طبیعی کار و فعالیت و یا هرگونه آسیب و تخریب دیگر را دارا است.

مخاطرات طبیعی (Natural Hazards):

مخاطراتی که عوامل انسانی در ایجاد آنها دخالت مستقیم ندارند و به انواع زیر تقسیم می شوند:

– مخاطرات جوی: از جمله طوفان، گردباد، یخبندان و خشکسالی

– مخاطرات توپولوژیک: از جمله رانش زمین، بهمن و سیل

– مخاطرات زمین شناختی: از جمله زلزله، آتشفشان و تسونامی

– مخاطرات بیولوژیک: از جمله بیماری های عفونی و اپیدمی ها

مخاطرات بشر ساخته (Man-made Hazards):

مخاطراتی که عوامل انسانی (عمدی یا غیر عمدی) در ایجاد آنها دخالت دارند و به انواع زیر تقسیم می شوند:

– تصادفات: از جمله تصادفات هواپیما، قطار، اتومبیل

– فروریختن بناها: از جمله ساختمان ها، پل ها و سدها

– انفجارها

– آتش سوزی

– نشت مواد شیمیایی و مواد خطرزا

– ناآرامی های شهری (تظاهرات، راهپیمایی ها و زد و خوردها)

– عملیات تروریستی و بیوتروریستی

آمادگی (Preparedness):

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف توانمندسازی، ایجاد ظرفیت، شناسایی منابع، آموزش و ارتقاء توان مقابله و بازسازی افراد و سازمان ها صورت می گیرد.

کاهش اثرات (Mitigation):

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف کاهش شدت و تأثیر سوانح بر افراد، اموال و تأسیسات و عملکردهای حیاتی یک مجموعه صورت می گیرد.

مقابله (Response):

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف ارزیابی آسیب، نجات جان قربانیان حادثه، جلوگیری از آسیب بیشتر به افراد، اموال و محیط زیست و نیز پاسخ به نیازهای ضروری و فوری پس از حادثه صورت می گیرد.

بازسازی (Recovery):

بخشی از فعالیت های مرتبط با مدیریت بحران که با هدف بازگرداندن جامعه آسیب دیده به وضعیت عادی و برآوردن نیازهای بلندمدت جامعه صورت می گیرد.

مدیریت بحران (Emergency Management):

فرآیند فراگیر و یکپارچه ای که با تجزیه و تحلیل سوانح قبلی و با استفاده از منابع موجود می کوشد از وقوع سوانح پیشگیری نموده و در صورت وقوع تأثیر آنها را کاهش دهد، بطور هماهنگ و موثر با سوانح مقابله نماید و برای بازسازی و بهبود اوضاع نا سطح وضعیت عادی تلاش نماید.

برنامه ریزی (Planning):

فرآیند شناسایی مخاطرات، برآورد آسیب پذیری، شناخت توانمندی، سیاستگذاری و تعیین مسئولیت ها در روابط بین بخش های مختلف در قبال سوانح که محصول آن برنامه مدیریت بحران است.

آسیب پذیری (Vulnerability):

به میزان در معرض بودن و حساسیت یک فرد، شی و یا عملکرد به آسیب ناشی از مخاطرات اطلاق می شود. آسیب پذیری را می توان به انواع انسانی، فیزیکی و ساختاری و نیز اجتماعی تقسیم کرد.

خطرپذیری (Risk):

به میزان آسیب مورد انتظار در یک جامعه از رخداد یک سانحه اطلاق می شود که با احتمال وقوع مخاطرات و میزان آسیب پذیری جامعه ارتباط مستقیم دارد.

ارزیابی خطرپذیری (Risk Assessment):

به تعیین مخاطرات محتمل، احتمال وقوع هر سانحه و میزان آسیب ناشی از وقوع سوانح با هدف مقایسه خطرپذیری ها و تصمیم گیری در مورد مدیریت ریسک، ارزیابی خطرپذیری اطلاق می گردد.

حوادث با تلفات متعدد (Mass-casualty Incident):

حوادثی هستند که در اثر مخاطرات طبیعی یا بشر ساخت ایجاد می گردند و با ایجاد حجم زیاد تلفات و جراحت های انسانی موجب اشباع شدن سیستم های امدادی و بهداشتی - درمانی می شوند. خصوصیت ویژه این سوانح که آن را از سایر سوانح بیمارستان مستثنی می کند دست نخورده ماندن نسبی زیرساخت ها و فضاهای فیزیکی بیمارستان در جریان سانحه است و نیازهای بهداشتی - درمانی ایجاد شده که فراتر از توان پاسخگویی بیمارستان و منابع در دسترس آنهاست موجب ایجاد بحران می گردد. در ضمن در این نوع حوادث به علت درگیر شدن اکثر بخش های جامعه به حالت فوق اشباع می رسند و این مسئله امکان دسترسی به کمک های خارج از بیمارستان را به حداقل می رساند.

برنامه عملیاتی (Action Plan):

رئوس فعالیت های اختصاصی و قابل پیش بینی که بصورت مکتوب جهت به اجرا در آوردن در یک زمان معین برای پاسخ به یک نیاز و رسیدن به یک هدف مشخص طراحی می شوند.

سامانه فرماندهی حادثه (Incident Command System):

یک ساختار منعطف و قابل توسعه که برای مدیریت مبتنی بر هدف و بهبود عملیات مقابله با سوانح طراحی شده است. اصول کلی طراحی این سیستم عبارتند از ایجاد زبان مشترک، ارتباطات موثر، وحدت فرماندهی، شرح وظایف مشخص، حیطه کنترل معین و مدیریت منابع کارآمد. این مدل اولین بار در واحدهای آتش نشانی طراحی شد و بعدها به عنوان یک الگوی مدیریتی کارآمد به بخش های دیگر معرفی گردید.

سامانه فرماندهی حوادث اضطراری بیمارستانی (Hospital Emergency Incident Command System):

یک سامانه مدیریتی پایه برای مراکز پزشکی که از روی مدل سامانه فرماندهی حادثه طراحی شده است و برای ساماندهی فعالیت های فاز مقابله و بازسازی در بیمارستان ها مورد استفاده قرار می گیرد.

مرکز عملیات اضطراری (Emergency Operation Center): مکانی است از پیش تعیین شده جهت هدایت، کنترل و هماهنگ نمودن عملیات بیمارستان که از نظر خصوصیات فیزیکی، تجهیزات، امکانات و پرسنل جهت حمایت بهینه از عملیات طراحی می شود. در بیمارستان این مراکز نام های مختلفی از جمله مرکز کنترل بیمارستان (Hospital Control Center) را به خود می گیرند.

فرآیند طراحی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی

(۱) مقدمه:

الف. فرآیند طراحی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی کم و بیش از فرآیندهای استاندارد کلی برنامه ریزی (فصل اول) تبعیت می کند. در این فصل سعی خواهد شد به نکات اختصاصی این فرآیند در طراحی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی اشاره شود.

ب. در برنامه ریزی برای مراکز بهداشتی - درمانی هر جامعه باید به قوانین و دستورالعمل های موجود در زمینه استانداردهای فضاهای درمانی و راهنماهای تهیه برنامه مدیریت بحران بیمارستانی که از سوی مراجع رسمی ارائه می شوند توجه خاص نمود و الزامات آنها را در تهیه برنامه لحاظ نمود.

ج. مراکز بهداشتی - درمانی برای پیاده کردن فرآیند برنامه ریزی در زمینه مدیریت بحران نیازمند حمایت مالی و علمی مراجع مسئول هستند. برنامه ریزی نیازمند صرف وقت و انرژی است. بدون در نظر گرفتن منابع مالی و پرسنل مورد نیاز و نیز حمایت های علمی و اجرایی متخصصین و افراد مسئول، بیمارستان ها قادر نخواهند بود با وجود مسائل و مشکلات روزمره به چاره اندیشی برای مسائلی چون مدیریت بحران بپردازند.

د. بیمارستان ها جزئی از سیستم خدمات بهداشتی - درمانی در جریان سوانح هستند. از اینرو فرآیند برنامه ریزی در بیمارستان ها باید در همگونی و هماهنگی با دیگر بخش های فعال در این زمینه باشد. به عبارتی برنامه ریزی در پشت درب های بسته بیمارستان در نهایت موجب حل مشکلات درهم تنیده شبکه خدمات بهداشتی - درمانی جامعه در جریان سوانح نخواهد شد. دو راه کار برای حل این مشکل بنظر می رسد:

تلاش بیمارستان ها برای برقراری ارتباط با بخش های دخیل در مدیریت بحران. در این راستا دعوت از نمایندگان این سازمان ها جهت شرکت در جلسات برنامه ریزی و نیز تشکیل جلسات هم اندیشی می تواند شروع این ارتباط باشد. *

تلاش مراجع مسئول و ذیصلاح جهت وضع قوانین ملی و دستورالعمل های مشخص برای ارتقاء همکاری های بین بخشی. این مسئله موجب به ثمر رسیدن تلاش های موضعی بیمارستان ها در برقراری این ارتباط و همکاری می شود. *

هـ. تکیه بر روش کارگروهی در طراحی و تهیه برنامه مدیریت بحران حائز اهمیت است. این روش نه تنها نتایج کار برنامه ریزی را بهبود می بخشد بلکه همکاری و هماهنگی نیروها را به هنگام اجرای برنامه نیز افزایش می دهد.

(۲) تشکیل کمیته مدیریت بحران بیمارستانی:

الف. این کمیته با هدف ساماندهی فعالیت های مرتبط با چهار مرحله پیشگیری / کاهش اثرات، آمادگی، مقابله و بازسازی در بیمارستان تشکیل می شود.

ب. تهیه، توزیع، استقرار و نگهداری از برنامه مدیریت بحران بیمارستانی که در واقع سند علمی و عملیاتی دستیابی به هدف فوق می باشد، مهمترین مأموریت این کمیته است.

ج. ترکیب اعضای این کمیته با توجه به نوع بیمارستان و شرایط خاص آن تغییر می کند ولی حضور این افراد در کمیته توصیه می شود:

(۱) رئیس یا قائم مقام وی

(۲) مدیر بیمارستان

(۳) سوپروایزرهای بیمارستان

(۴) روسای بخش های بیمارستانی

(۵) رئیس و پزشکان بخش اورژانس

(۶) پرستاران ارشد بیمارستان

(۷) نماینده حراست

(۸) نماینده بخش خدمات

(۹) نماینده بخش های پاراکلینیک (آزمایشگاه، تصویربرداری، داروخانه)

(۱۰) نماینده تدارکات

(۱۱) نماینده ترابری و نقلیه

(۱۲) نماینده تأسیسات

(۱۳) نماینده مددکاری

۱۴) نماینده بخش اسناد پزشکی

۱۵) نماینده از سازمان های خارج بیمارستان (اورژانس، پلیس، آتش نشانی، رسانه ها، مطبوعات، هلال احمر و ...)

د. جلسات کمیته مدیریت بحران بطور ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار می گردد.

هـ. بر حسب نوع برنامه و فعالیت مورد بحث در جلسات نمایندگانی از سازمان های خارج بیمارستان جهت استفاده از نظرات کارشناسی آنها به کمیته دعوت می شوند.

۳) ارزیابی خطرپذیری:

۱) ارزیابی مخاطرات / برآورد آسیب پذیری

الف) شناسایی مخاطرات:

این مرحله شامل شناسایی مخاطرات طبیعی و بشر ساخته ایست که بیمارستان را تهدید می کند. برای این منظور می توان از مکتوبات و مستندات موجود در بیمارستان، مندرجات روزنامه ها، مشاوره سازمان های خارج از بیمارستان و مشاوره اشخاص متخصص بهره گرفت.

ب) تعیین احتمال وقوع هر یک از مخاطرات در یک دوره زمانی معین

ج) تعیین میزان تأثیر یا آسیب ناشی از مخاطرات در بیمارستان

۲) تعیین خطرپذیری بیمارستان برای هر یک از مخاطرات:

هر بیمارستان می تواند تحت تأثیر سه نوع آسیب مخرب قرار گیرد که محاسبه خطرپذیری بیمارستان در این سه حوزه به تعیین راهکارهای کاهش اثرات توسط کمیته کمک بسیار می کند.

این سه حوزه عبارتند از:

– آسیب های سازه ای

– آسیب های عملکردی

– آسیب های غیرسازه ای

۳) بیمارستان جهت تعیین خطرپذیری خود در حوزه های فوق به مشاوره افراد متخصص نیازمند است که باید از طریق کمیته مدیریت بحران این افراد یا سازمان ها شناسایی و از آنها درخواست کمک شود.

۴) هدف کلی از اجرای این مرحله رسیدن به اولویت های برنامه مدیریت بحران بیمارستانی است. این اولویت ها می توانند از طرف مراجع قانونی و رسمی تعیین و به بیمارستان ها ابلاغ شوند. این مسئله با وجود کاستن از بار کاری بیمارستان ها در انجام ارزیابی خطرپذیری نیاز به انجام این مرحله حیاتی از برنامه ریزی را مرتفع نمی کند.

۴) پژوهش

الف. جمع آوری قوانین، دستورالعمل ها و مقررات موجود

ب. جمع آوری مدارک موجود برای برنامه ریزی شامل :

برنامه های مدیریت بحران قبلی بیمارستان *

برنامه های مدیریت بحران بیمارستان های دیگر *

برنامه مدیریت بحران بیمارستان های کشورهای دیگر *

ج. جمع آوری اطلاعات در مورد منابع موجود برای برنامه ریزی شامل :

بودجه ها و ردیف ها *

پرسنل و نیروی انسانی *

تجهیزات و امکانات *

سازمان های خارج از بیمارستان *

۵) نگارش برنامه

الف. انتخاب قالب و الگوی مورد نظر کمیته مدیریت بحران بیمارستانی برای نگارش برنامه. در صورت وجود الگوی قانونی و رسمی کمیته باید خود را ملزم به استفاده از این قالب نماید، لیکن در موارد جزئی این قالب های کلی قابل تغییر با مقتضیات بیمارستان هستند.

ب. تهیه فهرستی از فعالیت های ضروری مرتبط با هر یک از مراحل مدیریت بحران در بیمارستان

ج. دسته بندی فعالیت های تعیین شده در قالب گروه های بزرگتر. برای مثال فعالیت های مرتبط با هشدار، تخلیه، ارتباطات، اطلاع رسانی، مدیریت بیماران و مصدومین و ... در یک مجموعه گردآوری شوند.

د. تعیین منابع مورد نیاز برای هر یک از دسته مسئولیت ها شامل منابع انسانی، تجهیزات و امکانات

هـ. تعیین جایگاه های مسئولیتی معین با توجه به فعالیت های فوق الذکر و تعریف نقش و وظایف آنها در قبال هر یک از دسته مسئولیت ها. در این زمینه کمیته برنامه ریزی می تواند از ساختارهایی چون ICS و HEICS الهام بگیرد.

و. تعیین شبکه و روابط بین مسئولیت ها و طراحی چارت سازمانی مدیریت بحران بیمارستان

ز. تعیین نقش و جایگاه سازمان های خارج از بیمارستان در قبال دسته فعالیت های فوق الذکر

ح. جای دادن مفاهیم فوق در قالب و اجزای انتخابی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی (فصل چهارم)

ت. تهیه پیش نویس اول برنامه و توزیع آن بین اعضای کمیته جهت نقد و اصلاح آن در زمان معین

ی. تهیه پیش نویس دوم برنامه با دخالت دادن اصلاحات کمیته مدیریت بحران بیمارستان. کمیته می تواند این پیش نویس را جهت اصلاح نهایی در اختیار مشاوران ذیصلاح و یا مراجع قانونی قرار دهد. در صورت وجود دستورالعمل های خاص برای مرور برنامه توسط مراجع قانونی بیمارستان باید برنامه را برای طی این مراحل آماده کند.

ک. تهیه برنامه نهایی و چاپ آن در قالب نهایی به تعداد کافی

ل. توزیع برنامه بین تمامی مسئولین کلیدی، بخش های بیمارستان و سازمان ها و بیمارستان های همکار

۶) نگهداری برنامه

برنامه بیمارستان باید بطور سالیانه مرور شود و در یک زمان مناسب (برای مثال ۵ سال) مورد بازبینی کلی قرار گیرد. برنامه و پیوست های آن ممکن است به دلایل زیر نیاز به مرور و بازبینی داشته باشند:

تغییر چهره مخاطرات و آسیب پذیری های بیمارستان *

تغییر مفروضات برنامه ریزی *

تغییر در بخش ها و سازمان های دخیل در برنامه و سازماندهی آنها بطوریکه عملکرد و امکان ارائه خدمات آنها را متأثر کند. *

تغییر و ارتقاء سیستم های هشدار *

تغییر منابع بیمارستان (انسانی / تجهیزات و امکانات) *

زمانیکه ارزیابی های پس از مانور یا اجرای برنامه وجود نقایص عمده در برنامه را نشان دهند. *

تغییر قوانین و مقررات ملی و منطقه ای *

۷) ارزیابی برنامه

الف. ارزیابی دوره ای برنامه و استقرار آن در سیستم بیمارستان یکی از مسئولیت های مهم کمیته مدیریت بحران بیمارستانی است.

ب. در ارزیابی برنامه، کمیته می تواند از ابزارهای زیر استفاده کند:

سمینارهای آموزشی: *

می تواند برای سطوح مختلف پرسنل و مدیران طراحی شده و در نهایت تأثیر آموزش های ارائه شده را ارزیابی نماید.

تمرین های دورمیزی: با هزینه کم قابل اجرا است.

مانورهای عملیاتی: *

در جریان آنها یک فعالیت کلیدی تمرین و ارزیابی می شود.

مانورهای همه جانبه: ♣

بیشترین شباهت را به شرایط واقعی وقوع سانحه دارد و بهترین ارزیابی را از استقرار برنامه مدیریت بحران بیمارستانی ارائه می دهد. معمولاً در سال یکبار برگزار می شود.

ج. کمیته مدیریت بحران بیمارستانی باید دستورالعمل هایی را برای اطمینان از ارزیابی برنامه در جریان وقوع سوانح واقعی و فعال شدن برنامه به هر دلیل دیگر طراحی نماید. تشکیل جلسات نقد و بررسی پس از اتمام عملیات و جمع بندی و انعکاس آنها جهت اصلاح برنامه روش رایج در این زمینه است.

ساختار برنامه مدیریت بحران بیمارستانی

(۱) مقدمه:

الف. ساختارهای متنوعی برای طراحی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی مورد استفاده قرار می گیرد که غالباً از نظر محتوایی شباهت های بسیاری دارند. این ساختارها معمولاً از قالب هایی که توسط مراجع قانونی به بیمارستان ها ارائه می شوند، تبعیت می کنند و در شکل و ساختار تفاوت هایی با یکدیگر دارند.

ب. با توجه به نمونه های برنامه های مدیریت بحران بیمارستانی در کل دو مدل متفاوت را می توان برای قالب طراحی برنامه مورد استفاده قرار داد. در مدل اول که شباهت بسیار به مدل برنامه های مدیریت بحران خارج از حوزه بیمارستان دارد، برنامه به چهار بخش برنامه پایه، پیوست ها، مدارک پشتیبان و دستورالعمل های استاندارد عملیات تقسیم می شود. هر یک از این بخش ها حاوی مطالب زیر می باشند:

§ برنامه پایه:

این برنامه معمولاً اهداف کلی، سیاست ها، شرح وظایف و روابط عمومی بین اجزای سیستم مدیریت بحران را تعیین می کند. در این برنامه جزئیات شرح وظایف و یا فعالیت های اختصاصی مرتبط با مخاطرات ذکر نمی شود.

§ پیوست ها:

پیوست ها شامل اطلاعات و دستورالعمل های اختصاصی برای یک فعالیت خاص هستند. این پیوست ها با جزئیات بیشتری به ملزومات فعالیت های اختصاصی می پردازند و بر مسئولیت ها، راهکارها و وظایف تأکید بیشتری دارند.

§ مدارک پشتیبان:

اطلاعات زمینه ای، اختصاصی، توافق نامه های همکاری دوجانبه، نقشه ها و هر گونه مدارک و مستندات دیگر در این بخش ها جای می گیرند.

§ دستورالعمل های استاندارد عملیات:

این دستورالعمل ها بخش ضروری برنامه نیستند ولی حاوی فعالیت هایی هستند که قدم به قدم توسط افراد، بخش ها و سازمان ها به اجرا در می آیند و می توانند به برنامه افزوده شوند.

این قالب معمولاً در برنامه های مدیریت بحران جامع که قرار است هر چهار مرحله کاهش اثرات، آمادگی، مقابله و بازسازی را شامل شوند، استفاده می شود. از این مدل در برنامه های کلان ملی، منطقه ای و استانی بیشتر استفاده می شود و بیمارستان ها هم می توانند برنامه مدیریت بحران خود را با این قالب طراحی کنند. در قالب دوم، که با زبانی عملیاتی تر نگاشته می شود و معمولاً برای طراحی برنامه های اختصاصی مقابله بکار می رود. برنامه به دو قسمت برنامه سوانح داخلی و برنامه سوانح خارجی تقسیم می شود. در این قالب برای هر یک از فعالیت های عمده مانند تخلیه بیمارستان، هشدار، فعال سازی برنامه و ... یک سرفصل تعریف می شود و تمامی فعالیت ها و نکات کلیدی مرتبط با آن عنوان در ذیل آن ذکر می شود. این قالب با وجود عدم تبعیت از ساختارهای استاندارد برنامه مدیریت بحران به علت سهل الوصول بودن و شفافیت در تشریح مسئولیت ها، روابط و منابع مورد استفاده بسیار دارد.

۲) ساختار برنامه:

هر یک از قالب های فوق برای برنامه مدیریت بحران بیمارستانی انتخاب شوند بر محتوای برنامه تأثیر زیادی نخواهند داشت. در اینجا نمونه ای از ساختارهای نوع اول که قالب استاندارد برنامه می باشد، ذکر می شود.

در این قالب برنامه مدیریت بحران بیمارستانی از اجزای زیر تشکیل شده است:

۱- جلد

شامل عنوان برنامه، نام بیمارستان، سال تهیه برنامه و ویرایش آن، آرم یا لگوی بیمارستان

۲- صفحه انتشار رسمی برنامه

شامل تاریخ تهیه برنامه، مراجع تهیه کننده، فهرست افراد دخیل در تهیه برنامه با ذکر نام و سمت، تأیید رسمی برنامه و امضای افراد مسئول

۳- صفحه تغییرات برنامه

شامل جدول دفعات تغییر و تاریخ آنها

۴- صفحه توزیع برنامه

شامل فرد یا سازمان هایی که نسخه های برنامه را دریافت نموده اند.

۵- فهرست برنامه

۶- فصل اول: مقدمه

الف) مقدمه:

شامل خصوصیات ویژه برنامه و نوع برنامه از نظر مراحل مدیریت بحران

ب) هدف برنامه:

در این قسمت هدف کلی از نگارش برنامه که معمولاً شامل کاهش تلفات جانی (بیماران، پرسنل و مراجعه کنندگان)، آسیب به اموال و تأسیسات و عملکرد بیمارستان به عنوان بخشی از سیستم سلامت، ذکر می شود.

ج) حیطه برنامه:

حیطه تحت پوشش برنامه از نظر فضاهای فیزیکی و نیز بخش های پیش بیمارستانی، بیمارستانی و تداوم مراقبت های پس از ترخیص.

د) موقعیت ها (Situations):

در این قسمت محیطی که برنامه ریزی در آن انجام شده است تشریح می شود. این قسمت شامل شواهدی است که برنامه بر آنها استوار است. در این قسمت خلاصه ای از مخاطرات تهدیدکننده بیمارستان، تأثیر آنها بر افراد، اموال و عملکردهای بیمارستان آورده می شود.

هـ) مفروضات (Assumptions):

در این قسمت مفروضاتی که برای برنامه ریزی از آنها استفاده شده است، آورده می شود. برای مثال برنامه مدیریت بحران بیمارستانی در شرایط بحرانی از منابع خارجی که از پیش دارای توافق دوطرفه هستند، استفاده خواهد کرد، ولی به علت آسیب دیدگی یا اشباع این سیستم ها ممکن است قادر به ارائه خدمات در

جریان سوانح نباشند. این فرض امکانات و محدودیت هایی را برای برنامه ایجاد می کند که باید در روند برنامه ریزی به آنها توجه شود.

و) محدودیت های برنامه:

در این قسمت به محدودیت های برنامه از نظر منابع و حوزه های قابل برنامه ریزی اشاره می شود تا در برنامه ریزی های بعدی و کلان تر مورد استفاده قرار گیرد.

۷- فصل دوم: تحلیل خطرپذیری

الف) شناخت مخاطرات:

مخاطرات طبیعی و بشر ساخته ای که بیمارستان را چه از داخل و چه از خارج تهدید می کنند در این بخش شناسایی و ذکر می شوند. اولویت بندی این مخاطرات بر اساس احتمال وقوع آنها در بیمارستان به اولویت های برنامه کمک بسیار می کند. در این رابطه به ریزپهنه بندی مخاطرات (زلزله / سیل) و نیز نقشه های مراکز مستعد برای مخاطرات بشر ساخته در این بخش اشاره می شود و مستندات آنها به مدارک پشتیبان برنامه افزوده می شود.

ب) شناخت آسیب پذیری:

آسیب پذیری بیمارستان ها در مقابل مخاطرات را معمولاً در قالب سه عنوان بررسی می کنند:

– آسیب پذیری سازه ای:

به قسمت های فیزیکی سازه ساختمان مثل پی، ستون ها، اسکلت و ... و آسیب پذیری آنها پرداخته می شود.

– آسیب پذیری غیرسازه ای:

به قسمت هایی که از نظر فیزیکی به سازه بیمارستان افزوده شده اند، مثل اجزای ساختمان (پنجره ها، درب ها، دیوارها، سقف های کاذب و ...)، تأسیسات بیمارستان (فاضلاب، سیستم های گرمایشی / سرمایشی و تهویه ای) و تمامی اشیاء داخل بیمارستان (تجهیزات پزشکی و اساسیه داخلی) و آسیب پذیری آنها اشاره می کند.

– آسیب پذیری اداری / سازمانی:

به توزیع فضاهای بیمارستانی، ارتباط بین آنها و خدمات بهداشتی- درمانی ارائه شده در بیمارستان اشاره دارد.

ج) شناخت توانمندی ها:

در این قسمت به توانمندی های موجود در بیمارستان در موارد زیر اشاره می شود:

- نوع تخصص های موجود در بیمارستان و خدمات ویژه تخصصی- درمانی
- تعداد تخت های بیمارستان، حداکثر و میانگین ظرفیت پذیرش به تفکیک بخش ها
- تعداد و ترکیب پرسنل در اختیار بیمارستان
- بودجه ها و منابع مالی در اختیار بیمارستان
- دسترسی به سازمان های کمک رسان خارجی و بُعد مسافتی بیمارستان تا این مراکز
- دسترسی به سیستم های جایگزین برای هر یک از تأسیسات حیاتی بیمارستان

۸- فصل سوم: نقش ها و مسئولیت ها

الف) چارت سازمانی:

در این قسمت چارت سازمانی بیمارستان در سوانح در قالب نموداری تشریح شده و نقش ها و جایگاه های مسئولیتی موجود در آن تعیین می گردد. معمولاً بیمارستان ها برای طراحی جایگاه های مسئولیتی و شرح وظایف از مدل HEICS استفاده می کنند. در این مدل که شامل ۴۹ جایگاه با شرح وظایف معین و با اولویت های مسئولیتی مشخص هستند با الهام از مدل ICS پنج فعالیت عمده مرتبط با فاز مقابله یعنی فرماندهی، برنامه ریزی، عملیات، پشتیبانی و مالی تعریف می شوند.

ب) شرح مسئولیت ها:

در این بخش به مأموریت و وظایف کلیدی هر یک از جایگاه های مسئولیتی مانند فرمانده حادثه بیمارستان، رئیس بخش عملیات و ... اشاره می شود. بعضی از برنامه ها از ذکر جزئیات شرح مسئولیت ها پرهیز نموده و بیشتر به مأموریت و وظایف کلی هر فرد در قبال سوانح می پردازند. شرح وظایف کامل جایگاه های کلیدی در قالب پیوست ها به برنامه افزوده می شود.

ج) سازمان های دخیل:

در این قسمت به سازمان های خارج از بیمارستان که در زمینه مقابله با سوانح فعال بوده و در ارتباط با بیمارستان هستند (مانند هلال احمر، آتش نشانی، پلیس و ...) اشاره و شرح وظایف دوجانبه آنها تشریح می شود.

۹- فصل چهارم: مفاهیم عملیاتی

الف) مقدمه:

در این بخش به سیاستگذاری کلی عملیات بیمارستان در سوانح اشاره می شود و اهداف اختصاصی عملیات تشریح می گردند. معمولاً در این قسمت فعالیت های مرتبط با مراحل کاهش اثرات، آمادگی، مقابله و بازسازی آورده شده و مسئولیت جایگاه های کلیدی در قبال هر یک از مراحل تشریح می شود.

ب) فعالیت های اختصاصی:

هر برنامه مدیریت بحران بیمارستانی با توجه به وسعت بیمارستان و حیطه تحت پوشش برنامه فعالیت های اختصاصی مرتبط با عملیات را تعریف و در این بخش می گنجاند. به علت اهمیت این مفاهیم و نقش کلیدی آنها در این قسمت بطور تیتروار به آنها اشاره می کنیم و در فصل بعد با جزئیات بیشتر به آنها خواهیم پرداخت:

۱. هدایت و کنترل

۲. هشدار / فعال سازی / توقف برنامه

۳. تخلیه / ورود مجدد

۴. مدیریت ترافیک

۵. مدیریت بیماران و مصدومین

۶. ارتباطات

۷. امنیت

۸. تریاژ

۹. بخش ها / اورژانس

۱۰. پیراپزشکی

۱۰- فصل پنجم: آموزش، تمرین، مانور

الف) آموزش:

در این بخش از برنامه اهداف آموزشی، برنامه زمان بندی شده آموزش پرسنل و ابزارهای آموزشی تشریح می شوند.

ب) تمرین، مانور:

جهت ارتقاء دانش و مهارت پرسنل برای پیاده کردن برنامه و استقرار آن در بیمارستان از ابزارهای زیر استفاده می شود:

۱) تمرین های دورمیزی:

در این روش افراد مسئول با استفاده از سناریوهای سوانح و مرور مسئولیت ها و وظایف هر یک از جایگاه های مدیریتی به درک بهتری از مفاهیم موجود در برنامه می رسند. این روش برای رفع سوءبرداشت ها، برطرف نمودن همپوشانی های مسئولیتی و تفکیک حوزه های مسئولیتی افراد از یکدیگر بسیار مفید بوده و با هزینه بسیار اندک قابل اجراست.

۲) مانورهای محدود:

در این روش مانورها در بخش های خاصی از بیمارستان برای مثال در بخش اورژانس و یا برای تمرین یک فعالیت خاص مانند فعال کردن مرکز کنترل بیمارستان به اجرا در می آیند. معمولاً مسئولین کلیدی و پرسنل

های دخیل در فعالیت مورد نظر در این مانورها شرکت دارند. این مانورها به علت عدم تداخل با فعالیت روزمره بیمارستان قابل انجام هستند.

۳) مانورهای همه جانبه:

در این نوع مانور که سعی می شود حداکثر شباهت را به شرایط واقعی سانحه داشته باشد، تمامی بخش ها و پرسنل بیمارستان بلکه بیمارستان های یک منطقه برای مثال شهر یا استان دخیل هستند و هدف اجرای کامل برنامه مدیریت بحران و ارزیابی شیوه مقابله بیمارستان با سوانح می باشد. این نوع مانورها به علت هزینه بالا و تداخل با فعالیت روزمره بیمارستان معمولاً در سال یکبار برگزار می شوند.

۱۱- فصل ششم: تهیه و نگهداری برنامه

الف) تهیه:

در این قسمت خلاصه ای از مراحل تهیه و طراحی برنامه توسط کمیته برنامه ریزی یا کمیته آمادگی بیمارستان قید می شود. قوانین و مستنداتی که در تهیه برنامه از آنها استفاده شده و نیز مراحل تهیه پیش نویس و ویرایش برنامه در این قسمت ذکر می شوند.

ب) نگهداری:

در این قسمت فرد یا گروه مسئول و شیوه نگهداری و به روزرسانی برنامه تعیین می شود. اینکه برنامه باید در سال چند نوبت بازبینی شود و در اصلاح و ارتقاء آن چه نکاتی باید مدنظر قرار گیرد، در این بخش قید می شود. شیوه استفاده از نتایج ارزیابی های دوره ای و نیز ارزیابی های انجام شده پس از مانورها و اجرای واقعی برنامه در سوانح نیز باید در این قسمت تعیین شود.

۱۲- پیوست ها:

پیوست های برنامه بر حسب وسعت و جزئیات مورد نیاز برنامه متغیر است. تعدادی از پیوست های مهم برنامه مدیریت بحران بیمارستانی عبارتند از:

الف. فهرست تماس های ضروری

ب. نقشه های ساختمان ها و نقشه منطقه قرارگیری بیمارستان

ج. مسیرهای تخلیه بیمارستان به تفکیک طبقات و محل های تخلیه

د. فهرست منابع ضروری (داروها، تجهیزات، پرسنل)

هـ. توافقات اصولی برای همکاری با سازمان ها و شرکت های خارج بیمارستان

و. پیوست های اختصاصی مخاطرات

ز. چارت سازمانی ICS و ماتریکس مسئولیت های اضطراری بیمارستان

ح. صفحات شرح مسئولیت های عملیاتی پرسنل کلیدی

ط. برنامه های اختصاصی بخش های بیمارستانی (اورژانس، داخلی، جراحی و ...)

۱۳- مدارک پشتیبان:

در این قسمت مستندات و مدارکی که می توانند در درک بهتر برنامه و مفروضات آن کمک کنند به برنامه افزوده می شود. این بخش می تواند بصورت ذکر منابع و قوانین مورد استفاده در برنامه، نتایج ارزیابی مخاطرات و یا فهرست های جزئی منابع باشد.

۱۴- دستورالعمل های استاندارد عملیات:

این قسمت جزء الزامی برنامه مدیریت بحران بیمارستان نیست، لیکن در صورت وجود این دستورالعمل های استاندارد که برای عملیات خاص نوشته می شوند، می توانند به برنامه ضمیمه شوند

کمیته بحران

گزارش عملکرد کمیته بحران بیمارستان شهید آیت ا... اشرافی اصفهانی

۱- تشکیل جلسات ماهیانه کمیته کنترل بحران

۲- تعیین اتاق کنترل بحران

۳- تعیین نمایندگان بخش ها در کمیته کنترل بحران بیمارستان

۴- تدوین و تصویب طرح جامع کنترل بحران بیمارستان

۵- تدوین برنامه عملیاتی برای کلیه بخش ها و نگهداری شامل سه مرحله (قبل ، حین و بعد از بحران)

۶- تهیه کروکی کلیه بخش ها و مناطق دسترسی

۷- تعیین اعضای داوطلب شرکت در طرح کنترل بحران بیمارستان (اطلاعات لازم برای دسترسی سریع به آنها)

۸- تعیین اعضای چارت سامانه مدیریت بحران بیمارستان (HICS)

۹- تعیین، تصویب و ابلاغ شرح وظایف اعضای سامانه فوق

۱۰- اجرای طرح ساماندهی تابلوها و وسایل داخل بخش ها و واحدها

۱۱- اجرای طرح ارتقاء ایمنی و بهداشت محیط کار

۱۲- اجرای یک دوره آموزش تئوری و عملی ایمنی و آتش نشانی با همکاری مرکز آتش نشانی منطقه ۱۲

۱۳- اجرای آموزشهای تئوری سوختگی ها، تریاز و حوادث

بیانیه مأموریت :

این واقعیت تلخ بر کسی پوشیده نیست که بلایای طبیعی و حوادث و سوانح و تصادفات ... در کشور ما هر ساله تعداد زیادی قربانی می گیرد و خسارات جانی و مادی و معنوی فراوان به جای می گذارد. نگاهی به سوابق وقوع حوادث و بلایا در کشور ما نشان می دهد که گاهی تلفات انسانی و مادی و معنوی آن از حد انتظار بسیار فراتر رفته است. هر چند سازمانهای مختلفی در جریان این بحرانها با تمام جدیت و توان وارد عمل شده اند ولی فقدان یک برنامه یا سند راهبردی که باعث هماهنگی و انسجام و هم افزایی فعالیت های سازمان های مختلف شود اغلب باعث بروز ناهماهنگی در ارائه خدمات قبل، حین و بعد از بروز بحرانها و همچنین موازی کاری و حتی تضاد و کشمکش درون و بین گروهی گردیده است. لذا در راستای تحقق اهداف عالی نظام و سند چشم انداز بیست ساله و مطابق با مأموریت و اهداف راهبردی وزارت محترم بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهید اشرفی اصفهانی با بهره گیری از تمام امکانات و توانایی های خود و بررسی همه جانبه شرایط و جوانب اقدام به تدوین استراتژی های مناسب در برخورد با موقعیت های بحرانی و تهیه سند جامع راهبردی می نماید. تا با ایجاد تحول در مراحل مختلف فرایند مدیریت بحران گامی بلند در جهت کاهش آسیب های ناشی از بحرانهای مختلف داخلی و خارجی بردارد. بخش ها و واحد های این بیمارستان با بهره گیری از راهبردهای زیر به نحو مطلوب این مهم را برآورده خواهند نمود.

راهبردها:

۱- پیشگیری و به حداقل رساندن آسیب های جانی و مالی و معنوی ناشی از حوادث بحرانهای داخل بیمارستان

۲- آمادگی کامل بیمارستان برای مواجهه با حوادث و بحرانهای داخل بیمارستان

۳- آمادگی کامل بیمارستان برای مواجهه با حوادث و بحرانهای خارج از بیمارستان

۴- ارتقای سطح آمادگی علمی و عملی کلیه پرسنل تحت پوشش بیمارستان

راهبرد اول:

پیشگیری و به حداقل رساندن آسیب های جانی و مالی و معنوی ناشی از حوادث و بحرانهای داخل بیمارستان

راهکارها:

۱- مقاوم سازی سازه ها ۲- ایمن سازی محیط و لوازم کار ۳- ایمن سازی افراد ۴- آموزش پرسنل

راهکار ۱: مقاوم سازی سازه ای و غیر سازه ای

راهکار ۲: ایمن سازی محیط و لوازم کار: ابزار برنامه ریزی: چک لیست های ایمن سازی و بهداشت محیط کار

راهکار ۳: ایمن سازی فردی: ابزار برنامه ریزی: چک لیست ایمن سازی پرسنل (واکسیناسیون، پرونده بهداشتی پرسنل)

راهکار ۴: آموزش پرسنل در مورد ایمنی و بهداشت محیط کار و لوازم کار: ابزار برنامه ریزی: پیش بینی نیازهای آموزشی پرسنل

راهبرد ۲: آمادگی کامل بیمارستان برای مواجهه با حوادث بحرانهای داخل بیمارستان

راهکار ۱: تدوین و تنظیم دستورالعملهای عمومی مواجهه با حوادث غیر مترقبه:

– ابزار برنامه ریزی: دستورالعملها و راهنمای عمومی در هنگام حوادث غیر مترقبه

– نوع برنامه: برنامه یکباره – همیشگی

– مسئول اجرایی: کلیه پرسنل

راهکار ۲: تدوین و تنظیم یک برنامه اختصاصی برای هر بخش یا واحد بیمارستانی

– ابزار برنامه ریزی: پیش بینی – روش جمع آوری اطلاعات (تعیین نقاط قوت و ضعف بخش یا واحد): سناریو پردازی

– روش برنامه ریزی: مشارکتی و گروهی

– نوع برنامه: اقتضایی

مسئول اجرایی : تمام پرسنل مسئول نظارت و ارزشیابی : مسئول بخش یا واحد

پرونده کنترل بحران هر بخش یا واحد به ترتیب شامل فهرست زیر است:

۱- صفحه جلد با تاریخ تدوین

۲- نمودار سازمانی بخش

۳- کروکی بخش (محل ورود و خروج - اتاقها - کپسول آتش نشانی شیر اصلی گاز و آب - برق و غیره)

۴- لیست اعضای داوطلب و مسئول کنترل بخش و شماره تلفن و آدرس

۵- شرح برنامه کنترل بحران بخش شامل :

۶- لیست وسایل و تجهیزات موجود

۷- شرح وظایف پرسنل و نمودار سازمانی بخش (سلسله مراتب)

۸- لیست برنامه های آموزشی انجام شده

۱- تدوین مأموریت	۲- تدوین اهداف	۳- تدوین
برنامه ها و مربوط به هر هدف (در سه وضعیت زمانی قبل از بحران ،		
حین بحران، بعد از بحران)		
۴- تنظیم سلسله مراتب و		
شرح وظایف (سازماندهی) و هماهنگی		
۵- ارزشیابی		
دروه ای		

۹- فرم گزارش آمار

۱۰ ضمیمه ها

راهنمای ۳ : آمادگی کامل بیمارستان برای مواجهه با حوادث و بحرانهای خارج از بیمارستان :

مسئول برنامه ریزی: کمیته مدیریت بحران بیمارستان ابزار برنامه ریزی: پیش بینی

روش جمع آوری اطلاعات: سناریو پردازی (ماتریس SWOT) مسئول اجرایی : رئیس کمیته مدیریت بحران

مسئول ارزشیابی و نظارت : کمیته مدیریت بحران ابزار نظارت و ارزشیابی : چک لیست مانور

این طرح آزمایشی بوده و در صورت اثبات کار آبی آن بعد از انجام حداقل دو مانور در سال و ارزشیابی آن می تواند جزئی از استراتژی (سند راهبردی) بیمارستان قرار گیرد. برنامه ریزی این طرح با مشارکت نمایندگان بخشها و واحدهای مختلف بیمارستان و همچنین نمایندگان واحدها و سازمانهای ذی نفع و ذی صلاح خارج از بیمارستان انجام گرفته و تصمیم نهایی توسط کمیته مدیریت

بحران بیمارستان اتخاذ می گردد .

گروه برنامه ریزی :گروه برنامه ریزی که مسئولیت اداره آن بر عهده ریاست بیمارستان خواهد بود شامل چندین عضو است .

کمیته مدیریت بحران بعد از تدوین برنامه جامع مدیریت بحران بیمارستان ، هر سه ماه یکبار جلسه ای برگزار کرده و جدیدترین تغییرات و تحولات ایجاد شده را روی برنامه اعمال خواهد نمود.

برنامه آمادگی بیمارستان قبل از بحران

۱. تشکیل جلسه با مسئولان بخشها و واحدهای بیمارستان برای ارزیابی خطر آسیب پذیری و نقاط قوت و ضعف در برخورد با بحرانهای خارجی.

۲.تشکیل جلسه واحدها و بخش های مختلف (در کمیته مدیریت بحران بیمارستان) برای ایجاد هماهنگی بین برنامه های بخش های مختلف و ارائه برنامه های آنها .

۳. تشکیل جلسه با مسئولان و نمایندگان سازمانهای ذی صلاح و دخیل در امر کنترل بحران منطقه و ایجاد هماهنگی با برنامه های آنها.

تدوین برنامه کنترل بحران در هر بخش یا واحد:

پرونده کنترل بحران هر بخش یا واحد به ترتیب شامل فهرست زیر است:

۱- صفحه جلد با تاریخ تدوین ۲- نمودار سازمانی بخش ۳- کروکی بخش (محل ورود و خروج - اتاقها - کیسول آتش نشانی شیر اصلی گاز و آب و برق و غیره ۴- لیست اعضای داوطلب و مسئول کنترل بخش و شماره تلفن و آدرس ۵- شرح برنامه کنترل بحران بخش(مدل ذکر شده) ۶- لیست وسایل و تجهیزات موجود ۷- شرح وظایف پرسنل ۸- لیست برنامه های آموزشی انجام شده ۹- فرم گزارش آمار

= برنامه داخلی بیمارستان برای مقابله سریع با حوادث و بحرانهای خارجی

- تعیین روش فعال سازی طرح کنترل بحران و اعلام هشدار به پرسنل .

شروع وضعیت اضطرار و اقدام فوری

روش فعال سازی سیستم کنترل بحران بیمارستان به محض اطلاع باید در برگیرنده نحوه هشدار و اعلام وضعیت ، ارزیابی شدت حادثه ، سازماندهی مرکز تلفن ، سازماندهی فضای پذیرش ، فراخوان پرسنل ، آماده سازی تجهیزات و لوازم ، آماده سازی بخشهای درمانی و پاراکلینیکی ، آماده سازی سیستم پرستاری ، آماده سازی واحد امنیت ، روابط عمومی و خدمات عمومی باشد.

برنامه داخلی بیمارستان برای کنترل بحرانها : (تعیین منطقه درمانی و منطقه تریاژ ، تعیین فضاهای درمانی بیمارستان ، برقراری سیستم ارجاع ، ثبت مشخصات و وضعیت بیماران ، تشخیص هویت اجساد و) .

خلاصه مراحل فعال سازی طرح کنترل بحران

1. مسئول شروع اعلام وضعیت اضطرار بر عهده پرستار کنترل بحران و در شیفت های گردشی بر عهده سوپروایزر

هر شیفت خواهد بود.

۲. بلافاصله بعد از وقوع وضعیت اضطرار (بحران داخلی) یا اعلام وضعیت اضطرار از طرف مقامات مسئول (بحران خارجی) با اعلام کد ۳۳ از طریق پجر پرسنل بیمارستان را آگاه سازید در صورت قطع بودن تلفن مسئول تلفنخانه در هر شیفت را موظف کنید که با حضور خود در هر بخش سریعاً مورد اضطرار را به اطلاع پرسنل برساند.

۳. ریاست بیمارستان و پرستار مسئول کنترل بحران بیمارستان را از طریق تلفن یا به نحو مقتضی مطلع سازید این اشخاص باید در اسرع وقت در محل اتاق بحران بیمارستان حضور یابند.

۴. آمار هر بخش (طبق فرم خواسته شده را در اسرع وقت استخراج کرده و جهت ارائه گزارش یا نمابر آن در اختیار داشته باشید.

۵. آمار پرسنل و پزشکان حاضر و داوطلب را (طبق فرم خواسته شده) در اسرع وقت استخراج کرده و جهت ارائه نگه داریم.

۶. مسئولین هر بخش (در شیفت حاضر) موظف شوند پرونده مدیریت بحران آن بخش را در دسترس قرار داده و طبق برنامه پیش بینی شده در آن رفتار کنند.

۷. در صورت نیاز به پرسنل پرستاری و پزشکی بیش از تعداد حاضر، به پرستاران و پزشکان داوطلب که مشخصات آنها ضمیمه است اطلاع دهید. پرسنل حاضر باید جلیقه شناسائی بپوشند و کارت شناسائی خود را الصاق کنند.

۸. تخت های غیر اورژانسی را تخلیه کرده نسبت به ترخیص یا اسکان بیماران غیر اورژانسی در محل مناسب دیگر اقدام کنید.

۹. پذیرش بیماران غیر اورژانسی را تا پایان زمان اضطراری متوقف سازید و عملهای جراحی غیر اورژانسی را کنسل کنید.

۱۰. هر دو درب بیمارستان را باز نگهدارید و از ورود خودروهای غیر ضروری به داخل بیمارستان جلوگیری کنید.

۱۱. از نظر قطع گاز، برق، آب و تلفن آمادگی داشته باشید.

۱۲. مراحل اجرای طرح را ثبت و ضبط کنید

سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی (HIECS) از مشهورترین چارتهای موجود برای ترسیم سلسله مراتب و زنجیره فرماندهی و شرح وظایف عوامل شرکت کننده در مهار بحران استفاده کرده که ضمن پیش بینی چگونگی تشکل نیروهای مختلف بیمارستان، قابلیت انعطاف پذیری بالایی دارد و می تواند بر نمودار سازمانی بیمارستان منطبق گردد.

شرح وظایف سایر عوامل و پرسنل در پرونده همان بخش (برنامه عملیاتی کنترل بحران) وجود دارد. طبق برنامه پیش بینی شده فرمانده بحران به همراه مدیران بخش های برنامه ریزی، عملیات (مدیر امور درمان) پشتیبانی و مالی در اتاق کنترل بحران گرد هم آمده و افراد تحت سرپرستی خود را هدایت می نمایند.

شرح وظایف اعضای سیستم مدیریت بحران بیمارستانهای جنرال

گام بعدی در پیاده سازی سیستم مدیریت بحران در مراکز درمانی، تدوین و ابلاغ شرح وظایف کلیه اعضاست. شرح وظایف اعضای سیستم مدیریت بحران به ۶ عنوان کلی تقسیم گردیده است:

الف - مأموریت: در این قسمت مأموریت کلی و کاملاً خلاصه شده فرد بیان گردیداست.

ب - قبل از حادثه: کلیه کارهایی که لازم است در شرایط عادی و قبل از وقوع حادثه توسط مسئول آن جایگاه انجام پذیرد، در این بخش بیان گردیده است.

ج - مسئولیتهای فوری: در این قسمت، وظایفی که بلافاصله پس از فعال شدن جایگاه (ونه بلافاصله پس از وقوع حادثه) باید توسط مسئول آن جایگاه انجام پذیرد بیان گردیده است.

د - مسئولیتهای میان مدت: مسئول هر جایگاه، پس از انجام کامل مسئولیتهای فوری، لازم است به انجام وظایف این بخش، مبادرت ورزد. برای برخی واحدها ممکن است مسئولیت میان مدت تعریف نشده باشد.

هـ - مسئولیتهای دراز مدت: انجام مسئولیتهای دراز مدت نیز، پس از انجام کامل مسئولیتهای میان مدت توسط مسئول هر جایگاه، آغاز میگردد. برای برخی واحدها ممکن است مسئولیت دراز مدت تعریف نشده باشد.

و - سایر مسئولیتهای در این قسمت، مسئول هر بخش می تواند وظایف جدیدی را به مسئولیتهای هر واحد اضافه نماید که اولویت آن نیز باید توسط مسئول بخش تعیین گردد. (قبل از حادثه، فوری، میان مدت و یا دراز مدت) همانگونه که از تعاریف فوق پیداست، نمی توان زمان خاصی برای انجام مسئولیتهای فوری، میان مدت و دراز مدت تعیین نمود و زمان انجام وظایف هر قسمت، از واحدی به واحد دیگر متفاوت است و لذا، لازم است مسئول هر واحد، تنها پس از پایان وظایف مندرج در اولویتهای بالاتر، شروع به اجرای وظایف مندرج در اولویتهای بعدی نماید.

راهبرد ۴:

ارتقای سطح آمادگی علمی و عملی کلیه پرسنل تحت پوشش بیمارستان

راهکار ۱: اجرای آموزشهای تئوری و عملی دوره ای برای مقابله با بحرانهای داخلی و خارجی.

راهکار ۲: اجرای مانور و عملیات برای حفظ آمادگی مواجهه با بحرانهای فرضی.

اگرچه پس از انجام هرمانور عملیاتی سراسری قبل از وقوع حادثه، برنامه مقابله باحوادث غیرمترقبه مرکز درمانی مورد بازنگری می گیرد، اما هیچ مانوری نمی تواند مانند حوادث واقعی، نقایص برنامه را نشان دهد. لذا اعضای کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه پس از بازگشت به وضع عادی و همزمان با آغاز ترمیم، بازسازی و احیاء خدمات مرکز درمانی، بااستفاده از کلیه موارد ثبت شده در مرحله پاسخ به حادثه و مشاهدات خود اقدام به بازنگری و اصلاح کلیه نقایص برنامه می نمایند. لازم به ذکر است که پس از بازگشت به وضع عادی، باید ضمن برگزاری کارگاههای توجیهی و مانورهای محدود، مانورهای عملیاتی سراسری، به روال قبل از حادثه، هر سال دو بار برگزار شود تا ضمن بازنگری دائمی برنامه، آمادگی پرسنل برای پاسخ به حادثه حفظ شود.

گزارش عملکرد کمیته بحران بیمارستان شهید آیت... اشرفی اصفهانی

۱- تشکیل جلسات ماهیانه کمیته کنترل بحران

۲- تعیین اتاق کنترل بحران

۳- تعیین نمایندگان بخش ها در کمیته کنترل بحران بیمارستان

۴- تدوین و تصویب طرح جامع کنترل بحران بیمارستان

۵- تدوین برنامه عملیاتی برای کلیه بخش ها و نگهبانی شامل سه مرحله (قبل، حین و بعد از بحران)

۶- تهیه کروی کلیه بخش ها و مناطق دسترسی

۷- تعیین اعضای داوطلب شرکت در طرح کنترل بحران بیمارستان (اطلاعات لازم برای دسترسی سریع به آنها)

۸- تعیین اعضای چارت سامانه مدیریت بحران بیمارستان (HICS)

۹- تعیین، تصویب و ابلاغ شرح وظایف اعضای سامانه فوق

۱۰- اجرای طرح ساماندهی تابلوها و وسایل داخل بخش ها و واحدها

۱۱- اجرای طرح ارتقاء ایمنی و بهداشت محیط کار

۱۲- اجرای یک دوره آموزش تئوری و عملی ایمنی و آتش نشانی با همکاری مرکز آتش نشانی منطقه ۱۲

۱۳- اجرای آموزشهای تئوری سوختگی ها، تریاژ و حوادث