الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
GAHAR

الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة

دليـــل معاييـــر اعتمـــاد المستشفيات

النـــاشر
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

إصـــدار 2021

دليـــل معاييـــر
اعتمـــاد المستشفيـــات

* صـدرت هـذه المعاييـر باللغـة الإنجليزيـة وهـذه النسـخه العربيـة هـي نسـخة مترجمـة لهـا، وفـي حيـن الاختـلاف فـي فهـم و/ أو تفسـير أي مـن محتويـات هـذه النسـخة، يتـم الرجـوع إلـي النـص الإنجليـزي.

النـــاشر
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

طبعـــــة ٢٠٢٢

إصـــــدار 2021
ســاري بدايــة من فبــراير 2021

رقم الإيداع بدار الكتب المصرية: ٢٠٢٢/١٦٩٢٠
الترقيم الدولي: ٠ - ٣ - ٨٦٢٤٨ - ٩٧٧ - ٩٧٨

IEEA | International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association

The General Authority for Healthcare Accreditation and Regulation

GAHAR Handbook for Hospital Standards

Awarded by ISQua EEA
following an independent assessment
against the Guidelines and Principles for the
Development of Health and Social Care Standards,
5th Edition

The period of Accreditation for these Standards
is from
February 2021 until **February 2025**

Prof Jeffrey Braithwaite, President

Ms Elaine O'Connor, Head of Operations

قائمــة المحتــويات

كلمة افتتاحية ٩
مقــدمه ١٠
نطــاق تطبيــق الدليــل ١١
الغــرض ١٢
الاستـــخدام ١٣
قـراءة وتفسيـر الدليـل ١٣
المفردات والكلمات المستخدمه ١٥
خطوات التقدم للاعتماد ١٧
قواعد مراجعة الفترات الزمنية السابقة ١٨
قواعد حساب مجموع درجات المعايير وعناصر التطابق مع المعيار ١٩
قواعــد قــرار الاعتمــاد ٢٠
شكر وتقدير ٢١
الإختصـــارات ٢٥
القسم الأول: متطلبات وشروط الاعتماد ٢٧
التطابق مع متطلبات اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ٢٩
علاقات تتسم بالشفافية والأخلاقيات ٣١
القسم الثاني: معايير الرعاية المتمركزة حول المريض ٣٥
متطلبات السلامة الوطنية ٤٠
ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض ٤٢
التخطيط والحفاظ على ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض ٤٤
تمكين وإشراك المرضى وأسرهم ٤٩
ضمان راحة المريض ٥٥
حماية متعلقات وخصوصية وسرية المريض ٥٧
الاستجابة إلى آراء المرضى وأسرهم ٥٩
الحصول على الرعاية واستمراريتها وقواعد انتقالها ٦١
التدفق الفعال والآمن للمرضى إلى المستشفى ٦٣
تدفق المرضى فعال وآمن ٦٨
خروج فعال وآمن للمرضى من المستشفى ٧٦
تقديم الرعاية المتكاملة ٨٠
الحفاظ على تقديم رعاية موحدة ٨٢
عمليات الفحص والتقييم والرعاية فعالة ٨٤
الفحص الأساسي الفعال والتقييم والرعاية للمرضى الذين يتلقوا العلاج بالمستشفى ٨٨
عمليات الفحص والتقييم والرعاية لكل مريض على حده ٩٨

إجراءات آمنة لتشخيص ورعاية الحالات الخاصة والحرجة ١٠٨
التعامل مع الظروف التي تهدد الحياة ١١٥
الخدمات التشخيصية والمساعدة /التكميلية ١١٨
تخطيط وإدارة خدمات الأشعة بشكل فعال وآمن ١٢١
العمليات التشغيلية الفعالة للتصوير الطبي ١٢٤
فحوصات التصوير الطبي آمنة ١٢٩
تخطيط وإدارة مناسبة ١٣١
رفع تقرير العمليات التشغيلية الفعالة في المعمل ١٣٦
خدمات المعمل الآمنة ١٤٥
إختبارات نقطة الرعاية فعالة ١٤٦
تخطيط وإدارة بنك الدم بشكل فعال ١٤٧
عمليات تشغيلية فعالة لخدمة نقل الدم ١٤٨
خدمات نقل الدم الآمن ١٥٣
الجراحة والتخدير والتهدئة ١٥٧
الرعاية الآمنة والفعالة للإجراءات الجراحية والتداخلية ١٥٩
رعاية التخدير الآمنة والفعالة ١٧٠
خدمات التهدئة آمنة ومتمركزة حول المريض ١٧٦
إدارة وسلامة الدواء ١٨١
تخطيط وإدارة الدواء بشكل فعال ١٨٤
اختيار وشراء الدواء بكفاءة ١٨٦
التخزين الآمن للدواء ١٨٧
تحضير وصرف الدواء بطريقة آمنة ١٩٧
إعطاء الدواء بطريقة آمنة ٢٠٠
متابعة الدواء الفعالة ٢٠٢
القسم الثالث : المعايير المتمركزة حول المؤسسة ٢٠٥
سلامة البيئة والمنشآت ٢٠٩
القيادة الفعالة والتخطيط لسلامة البيئة والمنشآت ٢١١
تخطيط آمن لمكافحة الحريق ٢١٣
خطة التعامل الآمن مع المواد الخطرة والنفايات ٢١٧
تخطيط السلامة والأمن ٢١٩
معدات طبية آمنة ٢٢٢
خطة مرافق آمنة ٢٢٣
خطة الاستعداد للطوارئ بشكل آمن ٢٢٥
مكافحة ومنع انتشار العدوى ٢٢٨
هيكل كفء لبرنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى ٢٣٠
احتياطات قياسية آمنة ٢٣٣

احتياطات السلامة على أساس طرق نقل العدوى، والإحتياطات لمرضى نقص المناعة..... ٢٣٩
إدارة خدمة المغسلة ومنسوجات الرعاية الصحية بشكل آمن ٢٤٤
البناء والتطوير الآمن..... ٢٤٥
رصد ومتابعة الأوبئة بشكل فعال..... ٢٤٥
خدمات الماء والغذاء الآمنة..... ٢٤٨
الإدارة والحوكمة المؤسسية..... ٢٥٠
هيئة حاكمة فعالة ٢٥٢
الإدارة الفعالة للمستشفي..... ٢٥٥
القيادة الفعالة للإدارات ٢٥٩
الإشراف المالي الكفء..... ٢٦٠
ثقافة المؤسسة الآمنة، والأخلاقية، والإيجابية ٢٦٥
صحة وسلامة ومشاركة العاملين الفعالة ٢٦٧
التقييم والمشاركة المجتمعية ٢٧٠
التوافق مع المتغيرات في مكونات النُظُم الصحية..... ٢٧٢
الخدمات المجتمعية الفعالة ٢٧٢
إدارة الموارد البشرية..... ٢٧٧
التخطيط الفعال للموارد البشرية ٢٧٩
عملية حفظ ملفات العاملين تتسم بالكفاءة ٢٨٣
برنامج تعريف فعال ٢٨٤
التدريب والتعليم الفعال..... ٢٨٥
تقييم عادل لأداء العاملين..... ٢٨٦
هيكل منظم للطاقم الطبي..... ٢٨٧
هيكل الطاقم الطبي يتسم بالكفاءة ٢٨٨
هيكل تمريض منظم..... ٢٩٢
إدارة وتكنولوجيا المعلومات..... ٢٩٦
عمليات إدارة المعلومات الفعالة..... ٢٩٨
نظام إدارة جودة فعال..... ٢٩٩
سرية وأمن المعلومات المتمركزة حول المريض..... ٣٠١
توافر المعلومات الخاصة بالمريض..... ٣٠٤
إدارة سجل المريض الطبي بشكل فعال..... ٣٠٥
تكنولوجيا المعلومات الفعالة في الرعاية الصحية..... ٣٠٦
الجودة وتحسين الأداء ٣٠٨
دعم القيادة الفعال..... ٣١٠
كفاءة المشاركة والمُدخلات على مستوى الأقسام..... ٣١٢
إدارة البيانات بكفاءة ٣١٣
برنامج إدارة مخاطر فعال..... ٣١٨

التحسين المستدام ٣٢٢
القســم الرابــع: المتطلبات الإضافية ٣٢٣
التعليم الإكلينيكي المتمركز على سلامة المرضى ٣٢٦
التعليم الطبي العادل والفعال ٣٢٧
برنامج أبحاث عادل وفعال ٣٣٠
برنامج زرع أعضاء عادل وفعال ٣٣٢
أنشطة عملية المراجعة والاستعداد لها ٣٣٥
قائمة بالمصطلحات ٣٤٨
المـــراجع ٣٥٦

كلمة افتتاحية

كخطوة أساسية نحو تنفيذ الإصلاح الشامل للرعاية الصحية في مصر، تقدم الهيئة العامة للإعتماد والرقابة الصحية دليل معايير اعتماد المستشفيات- ٢٠٢١، والذي يمثل استمرارًا للجهود التي بدأت في القرن الماضي لتحسين خدمات الرعاية الصحية في جمهورية مصر العربية من خلال وضع المعايير القياسية. وهذا الإصدار يعد نتاجًا قيمًا للجهود المشتركة بين ممثلين من مختلف القطاعات الصحية في مصر، ومنها وزارة الصحة والسكان والقطاع الخاص وأساتذة الجامعات والنقابات المهنية.

ويعرض هذا الدليل معايير تقديم الرعاية الصحية من منظورين رئيسيين وهما: المنظور الذي يركز على المريض والمنظور الذي يركز على المؤسسة. ويتبنى كل جزء من الجزئين الرئيسيين من هذا الدليل أحد هذين المنظورين ويناقش بالتفصيل الحد الأدنى من المتطلبات اللازمة لاعتماد المؤسسات على أساسهما. ويتناول الجزء الأول من هذه الدليل متطلبات وشروط عملية الاعتماد. ويتناول الجزء الثاني المعايير المتمركزة حول المريض، ويتبنى نموذج بيكر للرعاية الصحية التي تركز على المريض من أجل ضمان استجابة المؤسسات إلى احتياجات المرضى. ويتناول الجزء الثالث المعايير المتمركزة حول المؤسسة، ويلقي الضوء على العديد من الجوانب اللازمة ليصبح مكان العمل ملائماً لتقديم رعاية صحية آمنة وفعالة، حيث يتبنى مفاهيم تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية. ويتناول القسم الرابع المتطلبات الإضافية.

وقد صيغت هذه المعايير بعناية لتوجيه الوضع الحالي للرعاية الصحية بمصر نحو رؤية مصر ٢٠٣٠، كما تمت مقارنتها بدقة مع المعايير الدولية للتأكد من أنها تضاهي جميع المعايير الدولية بالإضافة إلي التأكد من تطابقها مع القوانين واللوائح المصرية وملائمتها مع الثقافة المصرية. وبذلك تكون المعايير حافزًا لإحداث التغيير والتحسين في كلا من ثقافة وممارسة الرعاية الصحية في مصر.

مقـدمه

إن الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض هـي الرعايـة الصحيـة التـي تحتـرم وتسـتجيب إلـى تفضيـلات واحتياجـات وقيـم المرضـى ومتلقـي الخدمـة. وتتمثـل الأبعـاد المتفـق عليهـا علـى نطـاق واسـع للرعايـة المتمركـزة حـول المريـض فـي الاحتـرام، والدعـم النفسـي، والراحـة البدنيـة، والمعلومـات والتواصـل، واسـتمرارية الرعايـة وتسلسـلها وتنسـيقها ، ومشـاركة الأسـرة، وسـهولة الحصـول علـى الرعايـة. وتسـتند المراجعـات التـي تقيـس تجربـة المرضـى فـي مجـال الرعايـة الصحيـة علـى هـذه الأبعـاد. وأثبتـت الدراسـات أن الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض تعمـل علـى تحسـين تجربـة المرضـى فـي الحصـول علـى الرعايـة الصحيـة وإضافـة قيمـة عامـة للخدمـات. فعندمـا يعمـل مسـئولو ومقدمـو الرعايـة الصحيـة والمرضـى واللأسـر فـي شـراكة، تتحسـن جـودة وسـلامة الرعايـة الصحيـة وتنخفـض التكاليـف ويـزداد رضـاء مقدمـي خدمـة الرعايـة الصحيـة ويتـم الوصـول بنجـاح إلـى تجربـة جيـدة للمريـض أثنـاء تلقيـه الرعايـة.

وقـد تؤثـر الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض تأثيـراً إيجابيـاً أيضـاً علـى مقاييـس العمـل مثـل الإدارة الماليـة والجـودة والسـلامة والرضـا ومـدي الحصـول علـي الخدمـة. إن الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض هـي أحـد أبعـاد الرعايـة الصحيـة عاليـة الجـودة وتـم تعريفهـا فـي تقريـر "معهـد الطـب" Institute of Medicine-IOM- عبور الفجوات نحو الجودة - بأنهـا أحـد أهـداف الجـودة السـتة لتحسـين الرعايـة. وفـي السـنوات الأخيـرة، بـرزت الاسـتراتيجيات المسـتخدمة فـي جميـع أنحـاء العالـم لتحسـين جـودة الرعايـة الصحيـة الشـاملة، مثـل التقاريـر العامـة والحوافـز الماليـة، بصفتهـا قـوى دافعـة علـى مسـتوى السياسـات لتحسـين الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض.

إن عمـلاء أنظمـة الرعايـة الصحيـة لا يقتصـرون علـى المرضـى فقـط. فالعاملـون فـي الرعايـة الصحيـة يواجهـون مخاطـر أيضـا. وعلـى الرغـم مـن اسـتمرار النقـاش حـول مـا إذا كان ينبغـي اعتبـار السـلامة البدنيـة والنفسـية للعامليـن جـزءًا مـن مبـادرات سـلامة المرضـى، فـإن العديـد مـن المؤسسـات تفكـر فـي الأمـر بهـذه الطريقـة، ومنهـا الجهـات الفاعلـة الرئيسـية فـي صناعـة الرعايـة الصحيـة فـي جميـع أنحـاء العالـم. وتوجـد ثلاثـة جوانـب رئيسـية قـد تؤثـر علـى السـلامة البدنيـة والنفسـية للعامليـن: السـلامة والضغـط النفسـي والهيـكل التنظيمـي.

كمـا يحـدد هـذا الدليـل الحـد الأدنـى مـن المتطلبـات حتـى تلتـزم مؤسسـات الرعايـة الصحيـة بمتطلبـات سـلامة المرضـى والتركيـز عليهـم مـع الحفـاظ علـى بيئـة عمـل آمنـة ومنظمـة وإيجابيـة.

نطــاق تطبيــق الدليــل

تنطبق هذه المعايير على المستشفيات باعتبارها مؤسسات تسعى إلى الانضمام الي منظومة التأمين الصحي الشامل.

المنشآت المتضمنة:

تنطبق هذه المعايير على:

- مستشفيات وزارة الصحة والسكان.
- المستشفيات العسكرية .
- مستشفيات الشرطة.
- المستشفيات المتخصصة.
- المستشفيات الخاصة.
- المستشفيات الخيرية.

المنشآت الغير متضمنة

لا تنطبق هذه المعايير على:

- مستشفيات الرعاية النهارية.
- منشآت الرعاية طويلة الأجل.
- المستشفيات المتنقلة والكرفانات الطبية.
- أنظمة الطب غير الإخْلافي / الحيوي "Non-allopathic systems of medicine"
- أنظمة الطب البديل.
- دور الرعاية.

الغـرض

إن معاييـر الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة تصـف مسـتوى كفـاءة الرعايـة فـي كل مرحلـة مـن مراحـل عمليـة رعايـة المرضـى حيـث تعكـس مسـتوى الأداء المطلـوب والقابـل للتحقيـق الـذي يمكـن مقارنتـه بـالأداء الفعلـي للمستشـفى. ويتمثـل الغـرض الرئيسـي مـن معاييـر الاعتمـاد فـي التوجيـه نحـو ممارسـات رعايـة صحيـة آمنـة والعمـل علـى اسـتدامتها.

كمـا تعمـل هـذه المعاييـر علـي تعزيـز وتوجيـه إدارة المؤسسـة؛ فهـي تسـاعد العامليـن وفريـق الإدارة والمستشـفى ككل علـى وضـع ممارسـات التوظيـف الآمنـة، وتكليـف العامليـن المرخصيـن وغيـر المرخصيـن بالمهـام ، وضمـان التوثيـق الكافـي، وحتـى وضـع سياسـات للتكنولوجيـا الجديـدة.

إن التطابـق مـع معاييـر الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة يضمـن مسـئولية المستشـفى تجـاه قراراتهـا وأفعالهـا. والعديـد مـن المعاييـر تركـز علـى المريـض وعلـى السـلامة مـن أجـل تحقيـق أفضـل النتائـج الممكنـة وتقليـل حـدوث الضـرر. وتشـجع هـذه المعاييـر العامليـن بالمستشـفى علـى تعزيـز المعرفـة لديهـم باسـتمرار مـن خـلال الخبـرة والتعليـم المسـتمر وتوفيـر أحـدث أدلـة العمـل. ويمكـن أن تُسـتخدم هـذه المعاييـر فـي تحديـد مجـالات التحسـين فـي الممارسـة الإكلينيكيـة ومجـالات العمـل، بالإضافـة إلـى تحسـين سـلامة المرضـى وتوفيـر بيئـة عمـل آمنـة.

الاستـــخدام
قـراءة وتفسيـر الدليـل

- تُقيم الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة الهيـكل ، والعمليـات ، و/أو النتائـج الخاصـة بالمستشـفي مـن خـلال وضـع المعاييـر التـي تتنـاول هـذه المفاهيـم.
- ينقسـم هـذا الدليـل إلـى أربعـة أقسـام، بالإضافـة إلـى الكلمـة الافتتاحيـة، والمقدمـة، ونطـاق تطبيـق الدليـل، والغـرض، والاسـتخدام، والشـكر والتقديـر، والاختصـارات، وأنشـطة عمليـة المراجعـة والاسـتعداد لهـا، والمصطلحـات والتعريفـات، والمراجـع.
- ينقسم كل قسم إلى فصول حيثما يكون مناسبًا.
- يحتوي كل فصل على:
  - مقدمة تتضمن الغرض العام
  - وثائق التنفيذ الإرشادية التي يجب مراجعتها من أجل تحقيق التطابق مع المعايير.
  - تفاصيل أهداف الفصل تلي المقدمة، ولكل منها معيار أو أكثر.
- المعيـار هـو ؛ هـو مسـتوي معيـن مـن الجـودة أو الإنجـاز ، خاصـة ذلـك المسـتوي الـذي يعتبـر مقبـولا، ويتكـون مـن نـص المعيـار، وكلمـات رئيسـية، والغـرض، ودليـل عمليـة المراجعـة، وأدلـة التطابـق مـع المعيـار، والمعاييـر ذات الصلـة.

مكونات المعيار

- نص المعيار:
  - في هذا الدليل، يُكتب كل معيار في شكل جملة تكون مسبوقة بكود.
  - يلي كل معيار جملـة مكتـوبة بلون غيـر الأسود تصف أهم بعد من أبعاد الجودة الذي يتناوله المعيار.
- الكلمات الرئيسية:

تهـدف الكلمـات الرئيسـية إلـى مسـاعدة المؤسسـات علـى فهـم أهـم عنصـر (العناصـر) فـي نـص المعيـار. ولتلـك الكلمـات أو المفاهيـم دلالـة كبيـرة. فهـي تجيـب علـى السـؤال: ؟ مـا الـذي يهـدف المعيـار إلـي قياسـه؟

- الغرض
  - الغرض يهدف إلى مساعدة المؤسسات على فهم المعني الكامل للمعيار.
  - ينقسم الغرض عادة إلى جزئين.
    - معيـاري: يصـف هـدف ومنطـق المعيـار ويقـدم شـرحًا عـن كيـف يتناسـب المعيـار مـع البرنامـج ككل، ويجيـب علـى السـؤال: لمـاذا يجـب التطابـق مـع المعيـار.
    - إخبـاري: يهـدف إلـى مسـاعدة المؤسسـات علـى تحديـد اسـتراتيجية تفسـير وتنفيـذ المعيـار، ويجيـب علـى السـؤال: كيـف سـيتم التطابـق مـع المعيـار؟
  - تتطلـب بعـض المعاييـر أن يتـم توثيـق وتنفيـذ وتسـجيل و/أو مراقبـة الحـد الأدنـي مـن المكونـات اللازمـة لتنفيـذ العمليـات، وعـادة مـا تسـبق هـذه المكونـات عبـارة " علـي الأقـل مـا يلـي" ثـم يليهـا قائمـة مـن المتطلبـات فـي تسلسـل رقمـي أو أبجـدي. بنـاء علـي ذلـك، تعتبـر هـذه المكونـات أساسـية ولا يمكـن فصلهـا مـن أجـل الوصـول الـي الحـد الأدنـى المقبـول مـن التطابـق مـع المعيـار.

- أدلة التطابق مع المعيارEOCs:
  - تشير أدلة التطابق مع المعيار إلى ما تتم مراجعته وإعطاء درجه عليه أثناء عملية المراجعة في المستشفى.
  - أدلـة التطابـق لـكل معيـار تحـدد متطلبـات التطابـق الكامـل مـع المعيـار حيـث يتـم أخـذ الدرجـة وفقًـا لـكل دليـل تطابـق مسـتوفي.

دليل عملية المراجعة:

. وهي تيسر علي المراجعين وتساعدهم في تقييم أدلة التطابق المطلوبة مع المعيار.

- المعايير ذات الصلة:

بمـا أن خدمـات الرعايـة الصحيـة ذات طبيعـة معقـدة، فـإن كل معيـار يقيـس جـزءًا صغيـرًا منهـا. ولفهـم معنـى كل معيـار فـي السـياق العـام لمعاييـر الرعايـة الصحيـة، يجـب أخـذ المعاييـر الأخـرى ذات الصلـة فـي الاعتبـار.

- يتم تصنيف وتجميع المعايير في ثلاث مجموعات:
  - الفصول، حيث يتم تجميع المعايير ذات الهدف الموحد.
  - أبعـاد الجـودة، حيـث يتنـاول كل معيـار أحـد أبعـاد الجـودة بالإضافـة إلـي التصنيـف الاسـتراتيجي للمعاييـر لتحليـل خصائـص الجـودة الخاصـة بهـا.
  - متطلبات التوثيق، حيث تتطلب بعض المعايير أنواعًا معينة من الوثائق.

المفردات والكلمات المستخدمه

هـذا الدليـل يسـتخدم كلمـات ومفـردات معينـة لضمـان تحقيـق الاتسـاق والوضـوح، والتـي تعد أهـم الكلمات التي تسـاعد المستشـفيات فـي تفسـير المعايير:

١. عملية، سياسة، إجراء، برنامج، خطة، أدلة عمل، بروتوكول

كلما استخدمت كلمة "عملية" في معيار، فإنها تشير إلى متطلب من الضروري تحقيقه.

- "العملية" :
  سلسلة من الأفعال أو الخطوات المتخذة من أجل تحقيق هدف معين.
- "العملية الموثقة" :
  وثيقة تصف العملية ويمكن أن تكون في شكل سياسة أو إجراء أو برنامج أو خطة أو أدلة عمل أو بروتوكول.
- "السياسة":
  - مبدأ العمل الذي تتبناه المؤسسة.
  - عادة ما تجيب على السؤال: ما هي العملية؟
  - تُعد أكثر صرامة من أدلة العمل أو البروتوكولات.
  - لا تتضمن الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.
- "الإجراء":
  - طريقة ثابتة أو رسمية للقيام بشيء ما.
  - عادة ما يجيب على السؤال: كيف تحدث العملية؟
  - يُعد أكثر صرامة من أدلة العمل أو البروتوكولات.
  - لا يتضمن الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.
- "الخطة":
  - مقترح/ طرح مفصل لفعل أو تحقيق شيء ما.
  - عادة ما تجيب على السؤال: ما الهدف؟ لماذا وكيف ومتى سيتم تحقيقه؟
  - تشمل الأهداف التي يجب تحقيقها خلال فترة زمنية معينة.
- أدلة العمل:
  - قاعدة عامة أو مبدأ أو نصيحة.
  - عادة ما تجيب على السؤال: ما هي العملية؟ كيف يجب أن تحدث؟
  - عادة ما تتسم بالسرد أكثر من البروتوكول.

"البروتوكول":

- أفضـل ممارسـة للتعامـل مـع حالـة معينـة، والـذي يتضمـن خطـة عـلاج تسـتند إلـى اسـتراتيجيات قائمـة علـى الأدلـة وإجمـاع آراء المتخصصين.
- عـــادة مـا يحتـــوي علـى رســـوم بيانيـــة ومخططـات انسـيابية وخـــرائط ذهنيـة ووخرائـط التفكيـــر المتسلسـل "Thinking trees"

٢. الوثيقة مقابل السجل

- يتم إنشاء الوثيقة عند التخطيط لما يجب القيام به.
- يتم إنشاء سجل لتوثيق شئ تم عمله.

٣. الطبيب مقابل عضو الطاقم الطبي

- الطبيب هو متخصص يمارس الطب.
- عضو الطاقم الطبي هو متخصص يمارس الطب أو طب الأسنان وغيرهم من الممارسين المستقلين.

خطوات التقدم للاعتماد

المستشفى التي ترغب في الحصول على اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تبدأ بـ:

- **التقدم بطلب للانضمام إلى البرنامج عبر الموقع: www.gahar.gov.eg أو عن طريق إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى reg@gahar.gov.eg.**
- **تتلقي المستشفي من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية رسالة بالبريد الإلكتروني مرفق بها نموذج الطلب. ويجب على المستشفى استكمال الطلب وتحميل المستندات المطلوبة.**
- **تقوم الهيئة بمراجعة وثائق المستشفى.**
- **تحدد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية رسوم إجراء المراجعة وتقوم بإرسال تفاصيل الحساب البنكي.**
- **تقوم المستشفى بإيداع قيمة الرسوم المطلوبة في البنك المركزي المصري في الحساب البنكي وترسل نسخة من إيصال الدفع عبر البريد الإلكتروني.**
- **يتم تحديد موعد زيارة المستشفى لإجراء المراجعة.**
- **يقوم فريق المراجعين بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم المستشفى وفقًا لدليل معايير المستشفيات الصادر عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.**
- **يُقدم تقرير المراجعة إلى لجنة الاعتماد لمراجعته واتخاذ القرار بناءً على قواعد اتخاذ القرار.**
- **تُخطر المستشفى بقرار لجنة الاعتماد. يحق للمستشفى تقديم طعن على القرار في غضون ١٥ يوم. إذا لم يُقدم أي طعن، يعتمد رئيس الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية القرار ويتم إصدار الشهادة النهائية.**

قواعد مراجعة الفترات الزمنية السابقة

- يتطلب من المراجعين مراجعة متطلبات المعايير وتقييم مدى تطابق المستشفى مع متطلبات المعايير خلال الفترات الزمنية السابقة.
- الفترات الزمنية السابقة هي الفترة التي تسبق زيارة المراجعة والتي خلالها يجب أن تلتزم المستشفي بالتطابق مع معايير اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. ويؤثر إخفاق المستشفي في التطابق مع هذه القاعدة على قرار الاعتماد.
- تختلف "الفترات الزمنية السابقة" من مستشفى إلى أخرى حسب حالة الاعتماد والتسجيل.
- المستشفى التي ترغب في الحصول على الاعتماد يجب أن:
  - تتطابق مع متطلبات السلامة الوطنية خلال الفترة كاملة منذ تلقي الموافقة على التسجيل حتي وقت زيارة المراجعة الخاصة بالاعتماد.
  - تتطابق مع بقية المعايير المذكورة في دليل معايير المستشفيات الصادر عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمدة أربعة أشهر على الأقل قبل زيارة المراجعين.
- المستشفى التي ترغب في إعادة الاعتماد:
  - بالنسبة للمستشفيات المعتمدة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب أن تتطابق مع جميع المعايير المذكورة في دليل معايير المستشفيات الصادر عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من تاريخ الموافقة على الاعتماد السابق حتى زيارة مراجعة الإعتماد التالية.

قواعد حساب مجموع درجات المعايير وعناصر التطابق مع المعيار

خلال زيارة المراجعة، يتم تحديد درجة لكل معيار كدليل على التطابق مع متطلبات المعيار.

يتم ذلك عن طريق قواعد حسابية تعتمد على الجمع وحساب النسبة المئوية لدرجات كل دليل تطابق على النحو التالي:

- **"مطابق/ مستوفي"** عندما تحقق المستشفى ٨٠٪ أو أكثر من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المحددة. ويكون إجمالي الدرجات (٢).
- **"مطابق جزئيا/ مستوفى جزئياً"** عندما تحقق المستشفى أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو يساوي ٥٠٪ من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية المحددة. ويكون إجمالي الدرجات (١).
- **"غير مطابق/ غير مستوفى"** عندما تحقق المستشفى أقل من ٥٠٪ من التطابق مع المتطلبات خلال الفترات الزمنية السابقة المحددة. ويكون إجمالي الدرجات (صفر) .
- **غير قابل للتطبيق** عندما يُقرر المراجع أن متطلبات المعيار خارج نطاق خدمات المستشفى (يتم حذف الدرجات من البسط والمقام).
- وعلي الرغم من أن غالبية أدلة التطابق مع المعيار تعد مستقلة بذاتها، أو وحدات قائمة بنفسها للقياس والتي تمثل الهيكل والعملية و/أو النتائج ، إلا أن القليل من أدلة التطابق مع المعيار تتبع بعضها البعض، و التبعية تعني أنه لا يمكن تحقيق التطابق مع أحد أدلة التطابق مع المعيار (أو أخذ درجة عليه) إلا عند التأكد من أنه تم التطابق مع أدلة التطابق الآخري التابعه له.

تحديد درجات كل معيار:

- **"مطابق/ مستوفى"** عندما يبلغ متوسط درجات أدلة التطابق القابلة للتطبيق لهذا المعيار نسبة ٨٠٪ أو أكثر.
- **"مطابق جزئيا/ مستوفى جزئياً"** عندما يبلغ متوسط درجات أدلة التطابق القابلة للتطبيق لهذا المعيار نسبة أقل من ٨٠٪ ولكن أكثر من أو يساوي ٥٠٪.
- **"غير مطابق/ غير مستوفى"** عندما يبلغ متوسط درجات أدلة التطابق القابلة للتطبيق لهذا المعيار نسبة أقل من ٥٠٪.

تحديد درجات كل فصل:

يتم تحديد درجات كل فصل بعد حساب متوسط درجات جميع المعايير القابلة للتطبيق في هذا الفصل.

قواعـــد قـــرار الاعتمـــاد

يمكن للمستشفي أن تحقق الاعتماد من خلال إثبات التطابق مع قواعد قرار الاعتماد المحددة. وتستلزم هذه القواعد الحصول على درجات معينة على مستوى المعيار ومستوى الفصل والمستوى العام حيث يتكون قرار الاعتماد من أربعة قرارات.

القرار الأول: حالة اعتماد المستشفى (٣ أعوام)

- التطابق الكلى بنسبة ٨٠٪ أو أكثر، و
- ينبغي أن يحصل كل فصل على ما لا يقل عن ٧٠٪، و
- لا يوجد معيار واحد كامل "غير مطابق / غير مستوفي"، و
- لا يوجد معيار واحد من متطلبات السلامة الوطنية "غير مطابق/ غير مستوفي".

القرار الثاني: حالة الاعتماد المشروط للمستشفى (عامين)

- التطابق الكلى بنسبة تتراوح من ٧٠٪ إلى أقل من ٨٠٪، أو
- ينبغي أن يحصل كل فصل على ما لا يقل عن ٦٠٪ ، أو
- يوجد معيار واحد "غير مطابق / غير مستوفي " في الفصل، و
- لا يوجد معيار واحد من متطلبات السلامة الوطنية "غير مطابق/ غير مستوفي".

القرار الثالث: حالة الاعتماد المشروط للمستشفى (عام)

- التطابق الكلى بنسبة تتراوح من ٦٠٪ إلى أقل من ٧٠٪، أو
- ينبغي أن يحصل كل فصل على ما لا يقل عن ٥٠٪، أو
- يوجد معياران غير مطابقين في الفصل، و
- لا يوجد معيار واحد من متطلبات السلامة الوطنية "غير مطابق/ غير مستوفي".

القرار الرابع: رفض الاعتماد

- التطابق الكلى بنسبة أقل من ٦٠٪، أو
- حصول فصل واحد على أقل من ٥٠٪، أو
- يوجد أكثر من معيارين غير مطابقين في الفصل، أو
- يوجد معيار من متطلبات السلامة الوطنية "غير مطابق / غير مستوفي".

المستشفى التي حالتها اعتماد أو اعتماد مشروط و لديها بعض من عناصر عدم التطابق يُطلب منها أن:

- تُرسل خطة عمل تصحيحية لاستكمال التطابق مع المعايير التي لم يتم التطابق معها خلال ٩٠ يومًا من القرار الأول و٦٠ يومًا من القرار الثاني و٣٠ يومًا من القرار الثالث إلى البريد الإلكتروني reg@gahar.gov.eg.
- تتقدم بطلب وتجتاز زيارة مراجعة الاعتماد خلال عامين من القرار الثاني وعام من القرار الثالث.

مدة سريان الإعتماد ٣ سنوات. وربما يتم تعليق الاعتماد أو سحبه إذا:

- أخفقت المستشفى في اجتياز مراجعات المتابعة في حالة الاعتماد المشروط،
- أخفقت المستشفى في تقديم خطط عمل تصحيحية في حالة وجود دليل عدم تطابق أو أكثر،
- أخفقت المستشفى في اجتياز المراجعة غير المعلنة،
- أخفقت المستشفى في التطابق مع التعميمات الدورية الصادرة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية كلما كان ذلك ممكنا.

شكر وتقدير

فريق وضع معايير المستشفيات

د. أحمد الجمل
واضع معايير أول، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
مستشار جودة الرعاية الصحية الدولية

د. سهى المرصفي
أخصائي أول مكافحة العدوى بمستشفى الشيخ زايد التخصصي

د. سماح العزب
مستشار جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى

أ. نجية شرف الدين
مديرة إدارة التمريض سابقا بمستشفى القصر العيني التعليمي الجديد

أ. حنان سالم
أخصائي جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى

مجموعات الخبراء المتخصصون

مجموعة سلامة البيئة والمنشآت

أ. غادة الجزار
مدير الجودة بمستشفى دار الطب

أ. أحمد محمد صالح
مدقق، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

مجموعة مكافحة ومنع انتشار العدوى

أ. د. ولاء عبد اللطيف
أستاذ مساعد الميكروبيولوجيا الطبية والمناعة
بجامعة عين شمس
مستشار مكافحة ومنع انتشار العدوى

أ. د. دينا محمد عرفان
أستاذ مساعد الميكروبيولوجيا الطبية والمناعة
بجامعة عين شمس
مستشار مكافحة ومنع انتشار العدوى

أ. د. شيماء عبد السلام
مدرس الميكروبيولوجيا الطبية والمناعة
بجامعة عين شمس
مستشار مكافحة ومنع انتشار العدوى

د. علاء أحمد نبيل الجمال
مدرس مساعد الميكروبيولوجيا الطبية والمناعة بجامعة عين شمس
أخصائي مكافحة ومنع انتشار العدوى

مجموعة عمل معايير المعامل

أ. د. رانيا الشرقاوى
أستاذ علم الأمراض الكيميائية بجامعة الإسكندرية

أ. د. سولاف أحمد
أستاذ الباثولوجيا الإكلينيكية بالمعهد القومي للبحوث بالقاهرة

د. محمد يحيى
مدرس الباثولوجي الاكلينيكي بجامعة الازهر
مدير المعمل وبنك الدم بالمستشفى السعودي الألماني

د. صافيناز غريب
مدير مساعد لجودة المعامل الإكلينيكية بالإدارة المركزية للمعامل بوزارة الصحة والسكان

أ. د. منى عوض
أستاذ الباثولوجيا الإكلينيكية بالمعهد القومي للبحوث بالقاهرة

أ. د. مي شريف
أستاذ مساعد الباثولوجيا الإكلينيكية بجامعة القاهرة

د. غادة زياد
استشاري الباثولوجيا الإكلينيكية بمستشفى ٥٧٣٥٧

د. ولاء قنديل
مساعد مدير إدارة المعامل بوزارة الصحة والسكان

مجموعة عمل إدارة وسلامة الدواء

أ. د. نرمين صبري
أستاذ الصيدلة الإكلينيكية بجامعة القاهرة
استشاري إدارة الدواء

د. بسمة الشناوي
مدير إدارة الجودة بمستشفى كليوباترا

د. غادة علي محمد يونس
رئيس إدارة صيدلة المستشفيات
مشرف على الإدارة العامة لتوريد الأدوية،
هيئة الدواء المصرية

د. هند إبراهيم أبو السعد
صيدلي إكلينيكي أول ومسئول سلامة الأدوية بمستشفى دار الفؤاد

د. شيرين محمد عبد الجواد
رئيس المكتب الفني بالإدارة المركزية لشئون الصيدلة، هيئة الدواء المصرية

د. معاذ مسعود
إدارة صيدلة المستشفيات، هيئة الدواء المصرية

د. رغدة شهاب الدين عبد اللطيف
رئيس قسم الاستخدام الرشيد للدواء بإدارة صيدلة المستشفيات، هيئة الدواء المصرية

مجموعة عمل معايير الأشعة

د. سهام محمد السعدني
مدير عام الإدارة العامة للأشعة

د. طارق بدر
نائب مدير عام الإدارة العامة للأشعة

أ.د. خالد محمد تعلب
أستاذ الطب النووي بالأكاديمية الطبية العسكرية

د. ياسر محمد غانم
استشاري طب الأورام الإشعاعي، الأكاديمية الطبية العسكرية

د. قاسم عبد الحليم مصطفى
أخصائي فيزياء الإشعاع

أ. سهير سعد عبد الخالق
خبير الحماية من الإشعاع

أ. علاء الدين الفقي
أخصائي إحصاء وفني تسجيل طبي

فريق اختبار التجربة الاسترشادية

د. زكريا عبد الحميد
مراجع جودة الرعاية الصحية،
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
نائب رئيس مجموعة عمل معايير الرعاية الصحية الأولية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. نهلة بدر
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
عضو مجموعة عمل معايير مؤسسات الرعاية الصحية الأولية

د. متولى محمد
مراجع جودة الرعاية الصحية،
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

م. مروة عيسوي
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. ايمان السيد
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. مجدى يوسف
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. محمد محمود
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
عضو مجموعة عمل سلامة البيئة والمنشآت

د. إيمان درويش
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
عضو مجموعة عمل معايير مؤسسات الرعاية الصحية الأولية

د. اسماعيل الفقى
مراجع جودة الرعاية الصحية، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

إدارة وضع المعايير بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. عزة مصطفى

د. هبة حسام

د. نائلة أمين

د. حما سليمان

المكتب الفني بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. محمود السيد زيد

د. ياسمين الرخاوى

شكر خاص إلى المستشفيات التي أجريت فيها الاختبارات الميدانية.

فريق وضع ومراجعة المعايير من أعضاء مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. اسلام ابو يوسف
نائب رئيس مجلس إدارة
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. احمد صفوت
عضو مجلس إدارة
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

أ.د. سيد العقدة
عضو مجلس إدارة
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
ورئيس فريق مجموعة عمل سلامة البيئة والمنشآت، الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. خالد عمران
عضو مجلس إدارة
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

أ. د. نوران الغندور
عضو مجلس إدارة
الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. أشرف اسماعيل
رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

الإختصـــارات

الكـود	المعنـــى
APC	متطلبات وشروط الاعتماد
NSR	متطلبات السلامة الوطنية
PCC	ثقافة تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض
ACT	الحصول على الرعاية، واستمراريتها، وقواعد انتقال الرعاية
ICD	تقديم الرعاية المتكاملة
DAS	الخدمات التشخيصية والمساعدة / التكميلية
SAS	الجراحة والتخدير والتهدئة
MMS	إدارة وسلامة الدواء
EFS	سلامة البيئة والمنشآت
IPC	مكافحة ومنع انتشار العدوى
OGM	الإدارة والحوكمة المؤسسية
CAI	التقييم والمشاركة المجتمعية
WFM	إدارة الموارد البشرية
IMT	إدارة وتكنولوجيا المعلومات
QPI	الجودة وتحسين الأداء

القســـــم الأول

متطلبـــات وشـــروط الاعتمـاد

القسم الأول: متطلبات وشروط الاعتماد
Accreditation Prerequisites and Conditions

الغرض من القسم:

يهدف هذا القسم إلى تقديم إطار أخلاقي واضح يجب أن تتبعه المستشفى من أجل التطابق مع عملية المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. و يشترط لاستكمال عملية المراجعة أن يتم التطابق بشكل كامل مع هذه المعايير. وأدلة التطابق مع المعيار التي تحصل علي درجة "مطابق جزئيا" أو "غير مطابق" يجب أن يتم التعامل معها من خلال لجنة اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، وقد يؤدي ذلك إلى رفض الاعتماد أو تعليقه.

التطابق مع متطلبات اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

APC.01: تقوم المستشفى بالحفاظ علي وضمان ومتابعة التطابق مع متطلبات التسجيل

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الحفاظ على متطلبات التسجيل

الغرض:

تعتبر متطلبات التسجيل هي الحد الأدنى من متطلبات الجودة والسلامة والتطابق لأي مستشفى ترغب في الإنضمام إلي منظومة التأمين الصحي الشامل. عندما يتم تسجيل المستشفى، من المتوقع أن تحافظ المستشفى على نفس مستوى الجودة المحقق أثناء زيارة التسجيل أو تعمل علي تحسينه.

دليل عملية المراجعة:

أثناء عملية المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يُقيم المراجع التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تضع المستشفى عملية لتقييم التطابق بصفة دورية مع متطلبات التسجيل.
٢. تعمل المستشفى على كلا من التغذية الراجعة والتقارير الواردة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال فترة التسجيل.
٣. تستجيب المستشفى إلى جميع متطلبات وتقارير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في الوقت المناسب.
٤. تستخدم المستشفى أدوات متابعة معتمدة Monitoring tools لقياس التطابق مع متطلبات السلامة الوطنية.
٥. عند تحديد فجوة، تتخذ المستشفى جميع الإجراءات اللازمة لتحسين الأداء والحفاظ على التطابق مع متطلبات التسجيل.
٦. ترفع المستشفى تقارير إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بأي عقبات تؤثر على تحقيق التطابق مع متطلبات التسجيل.

المعايير ذات الصلة:

ICD.03: الرعاية قبل دخول المستشفى، ورعاية الإسعاف، والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث؛ SAS.01: خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية؛ IPC.01: فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى.

APC.02: تضمـن المستشـفى تقديـم رعايـة طبيـة آمنـة مـن خـلال التطابـق مـع تسـجيل الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة لمتخصصـي الرعايـة الصحيـة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تسجيل العاملين

الغرض:

تهدف عملية تسجيل متخصصي الرعاية الصحية إلى ضمان كفاءة العاملين بالرعاية الصحية من خلال مطابقة مؤهلاتهم وخبراتهم مع نطاق الخدمات الطبية بالمستشفى المسجلة أو المعتمدة . وفي المقابل، تعمل هذه العملية علي تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المجتمع. ومن المتوقع أن تسجل المستشفى ١٠٠٪ من جميع أعضاء مهن الرعاية الصحية التالية:

أ. الأطباء
ب. أطباء الأسنان
ج. الصيادلة
د. أخصائي العلاج الطبيعي
ه. طاقم التمريض
و. فنيو التمريض
ز. الفنيون الصحيون
ح. الكيميائيون والفيزيائيون
ط. الأطباء البيطريون (الذين يعملون في المطبخ أو معمل أبحاث المستشفى أو أماكن أخرى)

تضع المستشفى عملية لتسجيل جميع العاملين المعينين حديثًا في غضون شهر إلى ثلاثة أشهر.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ربما يُقيم المراجع التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة لتسجيل جميع أعضاء المهن الطبية المذكورة.
٢. تُكلف المستشفى فريق عمل لضمان التسجيل الكامل وتحديد أولئك الذين لم يتم تسجيلهم في إطار زمني محدد.
٣. تغطي العملية جميع أنواع عقود/ اتفاقيات العمل التى تشمل العمل بدوام كلي أو جزئي أو بنظام الزيارات أو أنواع أخرى.
٤. ترفع المستشفى التقارير إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، والهيئات الصحية ذات الصلة، والنقابات المهنية، حول أي نتائج قد تؤثر على سلامة المرضى مثل الشهادات والمؤهلات المزيفة أو المزورة.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.03 : التوظيف؛ WFM.05 : التحقق من صحة المؤهلات.

علاقات تتسم بالشفافية والأخلاقيات

APC.03: تمد المستشفى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمعلومات دقيقة وكاملة طوال جميع مراحل عمليات التسجيل والاعتماد.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

معلومات دقيقة وكاملة

الغرض:

خلال عمليات التسجيل والاعتماد، قد تطلب الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بيانات ومعلومات عن العديد من النقاط. ويشمل نطاق عمل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عندما يتم تسجيل المستشفي، قيام المستشفي بإبلاغ الهيئة عن أي تغييرات قد تحدث في المستشفى وأي تقارير من المقيّمين الخارجيين.

قد تقدم المستشفيات المعلومات إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية شفهيًا، من خلال الملاحظة المباشرة أو المقابلات أو من خلال تطبيق أو أي نوع آخر من أنواع التواصل مع ممثل/موظف الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. وتعمل السياسات والإجراءات المتعلقة بالاعتماد علي تعريف المستشفي علي البيانات و/ أو المعلومات المطلوبة والإطار الزمني لتقديمها. ومن المنتظر أن تقدم المستشفى معلومات دقيقة وكاملة إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في الوقت المناسب فيما يتعلق بهيكل ونطاق عمل المستشفى، والمباني، والحوكمة، والتراخيص، وتقارير التقييم المقدمه من المقيّمين الخارجيين. وتطالب الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية كل مستشفى، سواء كانت مسجلة أو معتمدة أو مهتمة بعملية الاعتماد، بتحري الأمانة والنزاهة والشفافية.

دليل عملية المراجعة:

يتوقع المراجعون الشفافية قبل وأثناء المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فيما يخص مشاركة المعلومات أو التقارير أو التعبير عن التساؤلات المتعلقة بالتسجيل والاعتماد والترخيص والتفتيش والمراجعة المالية والشئون القانونية والأخطاء الجسيمة ومؤشرات الأداء التي يتوجب الإبلاغ عنها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تُقدم المستشفى معلومات دقيقة وكاملة إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أثناء عملية التسجيل.
٢. تُقدم المستشفى معلومات دقيقة وكاملة إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في الفترة ما بين عمليتي التسجيل والاعتماد.
٣. تُبلغ المستشفى في غضون ٣٠ يومًا عن أي تغييرات هيكلية في نطاق عمل المستشفى سواء بإضافة أو حذف خدمات طبية بنسبة تزيد عن ١٥٪ (من الأسَرة والتخصصات والعاملين)، أو عمليات التوسعات أو هدم في المباني.
٤. تتيح المستشفى للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إمكانية الحصول علي نتائج وتقارير التقييم التي تقدمها أي مؤسسة معنية بالتقييم.

المعايير ذات الصلة:

CAI.06: تعزيز جودة الرعاية.

APC.04: تستخدم المستشفى عملية الاعتماد كوسيلة لتحسين السلامة والفاعلية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

قيمة عملية الاعتماد

الغرض:

إن اعتمـاد الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة يعنـي أن المستشـفى مـكان يحافـظ علـى درجـة عاليـة مـن معاييـر السـلامة. وتفتـرض الهيئـات العامـة والحكوميـة والعامليـن بالمستشـفى والجهـات الممولـة الأخـري المصداقيـة فـي عمليـات الخدمـة المقدمـة بالمستشـفيات المعتمـدة. وعلـى هـذا، فمـن حـق الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة الحصـول علـى أي معلومـات لتأكيـد التطابـق مـع معاييـر وسياسـة الاعتمـاد و/ أو تقييـم جميـع الإجـراءات المتعلقـة بسـلامة المرضـى وبالجـودة فـي أي وقـت خـلال جميـع مراحـل الاعتمـاد. وعندمـا تقـوم جهـات خارجيـة بخـلاف الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بتقييـم المجـالات المتعلقـة بالسـلامة والجـودة مثـل عمليـات التفتيـش علـى السـلامة مـن الحريـق، أو التحقيقـات الجنائيـة للشـرطة، أو التحقـق مـن الدعـاوى القضائيـة، أو التفتيـش علـى ظـروف عمـل العامليـن ، أو تقييـم حـوادث السـلامة، أو شـكاوى الجـودة؛ فـإن هـذه التقييمـات تُكمـل مراجعـات الاعتمـاد ولكـن قـد تركـز أو تكـون معنيـة بأمـر مختلـف. إن خلـق ثقافـة السـلامة ليسـت بالمهمـة السـهلة؛ فالأمـر يتطلـب مـن الجميـع أن يكونـوا علـى درايـة بقضايـا السـلامة وأن يكونـوا قادريـن علـى الإبـلاغ عنهـا.

تعمـل المستشـفى علـى تحسـين السـلامة بالمستشـفي مـن خـلال مشـاركة المعلومـات مـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بشـأن أي عقبـات يتـم تحديدهـا مـن خـلال العمليـات الداخليـة أو الخارجيـة. إن المعلومـات المتاحـة للجمهـور عـن المستشـفى سـواء عبـر الموقـع الالكترونـي أو علـى الانترنـت، والإعلانـات والكتيبـات والصحـف وغيرهـا تعكـس نطـاق الخدمـات والبرامـج المعتمـدة مـن الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة.

دليل عملية المراجعة:

أثنـاء المراجعـة التـي تقـوم بهـا الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة، يتوقـع المراجعـون الشـفافية فـي مشـاركة المعلومـات أو التقاريـر أو الاهتمامـات المتعلقـة بقضايـا السـلامة. ويتوقـع المراجعـون رؤيـة وسـائل معلنـة لتعريـف العامليـن والمرضـى بآليـات الإبـلاغ عـن مشـكلات السـلامة إلـى الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تسـمح المستشـفى للهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بإجـراء تقييـم ميدانـي لتقييـم التطابـق مـع معاييـر الاعتمـاد وتطبيـق السياسـات الخاصـة بذلـك، أو التحقـق مـن الأمـور المتعلقـة بالجـودة والسـلامة، أو التقاريـر، أو عقوبـات الهيئـات التـي تضـع القواعـد المنظمـة/ المُلزمـة.
٢. تقوم المستشفى بوصف حالة التسجيل أو الاعتماد ونطاق الخدمات بدقة.
٣. تقـوم المستشـفى بتعريـف العامليـن والمرضـى بآليـات الإبـلاغ عـن مشـكلات السـلامة إلـى الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة.

المعايير ذات الصلة:

CAI.06: تعزيز جودة الرعاية؛ QPI.11: نظام الإبلاغ عن الحوادث.

APC.05: تحافظ المستشفى على المعايير المهنية أثناء عمليات المراجعة.

المساواة

الكلمات الرئيسية:

المعايير المهنية أثناء عمليات المراجعة

الغرض:

يهـدف المراجعـون إلـى أداء واجباتهـم ومسـئولياتهم وتحقيـق أعلـى مسـتويات الأداء وبالمقتضيـات الأخلاقيـة مـن أجـل تحقيـق المصلحـة العامـة والحفـاظ علـى سـمعة الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة. ولتحقيـق هـذه الأهـداف، يجـب أن تثبـت عمليـة المراجعـة المصداقيـة والمهنيـة وجـودة الخدمـة والثقـة. ومـن المتوقـع أن تحافـظ المستشـفى علـى المعاييـر المهنيـة فـي التعامـل مـع المراجعيـن. ويُتوقـع أن ترسـل المستشـفى تقريـرا إلـى الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة فـي حالـة وجـود تضـارب فـي

المصالـح بيـن المراجـع والمستشـفى والتـي قـد تؤثـر علـى النقـاط التاليـة فـي عمليـة المراجعـة:

أ. النزاهة
ب. الموضوعية
ج. الكفاءة المهنية
د. السرية
ه. الإحترام

تضمـن المستشـفى عـدم وجـود مخاطـر مباشـرة علـى أمـن وسـلامة المراجعيـن. وتحتـرم المستشـفى سـرية وحساسـية عمليـة المراجعـة.

دليل عملية المراجعة:

أثنـاء المراجعـة التـي تقـوم بهـا الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة، يتوقـع المراجعـون أن قيـم الأمـن والسـلامة والسـرية والخصوصيـة والاحتـرام والنزاهـة والموضوعيـة والكفـاءة المهنيـة سـتكون محـل عنايـة فـي جميـع الأوقـات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. أثنـاء المراجعـات، تُبلـغ المستشـفى عـن أي تضـارب فـي المصالـح مـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة مـع ذكـر الأدلـة.
٢. أثناء المراجعات، تُحافظ المستشفى على المعايير المهنية في التعامل مع المراجعين.
٣. أثناء المراجعات، تضمن المستشفى أن البيئة لا تشكل أي مخاطر تتعلق بأمن وسلامة المراجعين.
٤. أثنـاء المراجعـات، تتجنـب المستشـفى التصريحـات إلـى وسـائل الإعـلام أو وسـائل التواصـل الاجتماعـي دون موافقـة الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة.

المعايير ذات الصلة:

CAI.06: تعزيـز جـودة الرعايـة؛ EFS.09: خطـة الأمـن؛ EFS.10: خطـة المعـدات الطبيـة؛ EFS.12: خطـة الكـوارث؛ IMT.02: خطـة إدارة المعلومـات؛ QPI.02: خطـة الجـودة.

القســـــم الثاني

معاييــر الرعايــة المتمركزة حــول المــريض

القسم الثاني: معايير الرعاية المتمركزة حول المريض
Patient-Centered Standards

تمثل الرعاية المتمركزة حول المريض نقلة نوعية في رؤية المرضى ومتخصصي الرعاية الصحية والشركاء للرعاية الصحية والعلاج. فحسبما جاء في تعريف معهد الطب (Institute of Medicine (IOM إن الرعاية المتمركزة حول المريض هي تقديم الرعاية التي تحترم وتستجيب إلى تفضيلات واحتياجات المريض وتتوافق مع قيمه، وتضع قيم المريض قيد الاعتبار حين اتخاذ كافة القرارات الإكلينيكية. إن ظهور الرعاية المتمركزة حول المريض يفسح المجال لنظام رعاية صحية مصمم لتحسين المؤسسة وتحقيق راحة الأشخاص الأهم والأضعف في المعادلة: المرضى والأسر والمجتمعات.

وعلى مدار العقدين الماضيين، أصبحت الرعاية المتمركزة حول المريض معترف بها دوليًا باعتبارها بُعدًا من أبعاد المفهوم الأوسع للرعاية الصحية عالية الجودة. وفي عام ٢٠٠١، قام معهد الطب الأمريكي في تقريره "عبور الفجوات نحو الجودة: نظام صحي جديد للقرن الحادي والعشرين" بتعريف الرعاية الجيدة على أنها آمنة، وفعالة، وتركز على المريض، ويتم تقديمها في الوقت المناسب، وتتسم بالكفاءة، وعادلة.

ووضع التقرير العديد من القواعد لإعادة تصميم وتحسين الرعاية المتمركزة حول المريض، ومنها ضمان أن تستند الرعاية على علاقات علاجية مستمرة؛ وتصميم الرعاية بناءً على احتياجات المرضى وقيمهم؛ والتأكد من أن المريض هو مصدر التأثير؛ وتبادل المعرفة والمعلومات بحرية؛ والحفاظ على الشفافية.

وذكر تقرير معهد الطب أربعة مستويات تحدد الرعاية الجيدة ودور الرعاية المتمركزة حول المريض في كل مستوى:

١. مستوى تجربة المريض: يشير إلى تجربة المريض في رعايته. يجب تقديم الرعاية التي تحترم المريض وتمده بالمعلومات وتدعم مشاركة المرضي وأسرهم
٢. مستوى النظام الميكرو إكلينيكي Clinical Micro System يشير إلي المجموعه الإكلينيكية التي تحدد الخدمة والقسم أو برنامج الرعاية ، يجب مشاركة المرضي وأسرهم في وضع الإطار الشامل للخدمة والقسم أو البرنامج
٣. مستوى المستشفى: يشير إلى المستشفى ككل. ويجب أن يشارك المرضى والأسر بعضوية كاملة في اللجان الرئيسية للمستشفى .
٤. مستوى البيئة: يشير إلى المستوى التنظيمي للنظام الصحي. ويمكن للمرضى والأسر إبلاغ السلطات المحلية.

وفقًا لشارميل وفرامبتون، فإن تقرير معهد الطب يدعم الرعاية المتمركزة حول المريض ليس فقط لتحقيق تجربة أفضل للمريض، ولكن أيضًا كممارسة أساسية لتقديم رعاية عالية الجودة في الولايات المتحدة.

ولكن يجد الكثيرون صعوبة في تغيير طريقة تقديم الرعاية تغيراً نشطاً ويبذلون الكثير من الجهود لتحقيق مشاركة المرضي والتعلم من تجاربهم. والاستراتيجيات الرئيسية المتبعة لدي المؤسسات التي تقدم الرعاية المتمركزة حول المرضى في جميع أنحاء العالم تشمل وجود قيادة عليا ملتزمة؛ ومتابعة منتظمة لبيانات التغذية الراجعة من المرضى ورفع تقارير بذلك بشكل منتظم؛ وإشراك المرضى والأسر ؛ واستخدام الموارد لتحسين البيئة والرعاية المقدمة ؛ وبناء قدرات العاملين وتوفير بيئة عمل داعمة؛ ووضع أسس للمسائلة عن الأداء؛ ودعم ثقافة المؤسسات القائمة علي التعلم (learning organizations).

وعلى المستوي الدولي، تستخدم خدمات الرعاية الصحية مجموعة من الاستراتيجيات لتعزيز الرعاية المتمركزة حول المريض، ومنها تنمية قدرات العاملين ، والقيادات، وجمع التغذية الراجعة من المرضى ورفع تقارير بها، والمشاركة في وضع ومراجعة طرق تقديم الخدمات، وتنفيذ قوانين حقوق المرضى، وإشراك المرضى والأسر كشركاء في تحسين الرعاية.

وتوجد ثمانية مبادئ للرعاية المتمركزة حول المريض كما حددها معهد بيكر:

١. **تفضيلات المرضى**

فـي كل خطـوة، يجـب تزويـد المرضـى بالمعلومـات اللازمـة لاتخـاذ قـرارات مدروسـة بشـأن رعايتهـم. ويجـب أن تؤخـذ هـذه التفضيـلات دائمًـا فـي الاعتبـار عنـد تحديـد أفضـل مسـار لهـذا المريـض. ومتخصصـي الرعايـة الصحيـة بخبرتهـم ودورهـم يعملـون علـي اسـتكمال وتعزيـز وجهـه نظـر المريـض. ويجـب أن يتـم تقييـم المريـض ورعايتـه بطريقـة تحافـظ علـي كرامتـه وتُظهـر التعاطـف مـع قيّمـه الثقافيـة. وعلـى متخصصـي الرعايـة الصحيـة التركيـز علـى قيمـة الحيـاة لـدي المرضـي ، والتـي قـد تتأثـر بمرضهـم وعلاجهـم. ويجـب أن يعمـل الجميـع كفريـق واحـد نحـو تحقيـق هـدف مشـترك

٢. **الدعم النفسي**

إن تحديـات عـلاج وشـفاء الجسـم قـد تؤثـر أيضًـا علـى العقـل والقلـب. وممارسـة الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض تعنـي إدراك المريـض كشـخص كامـل، لديـه خبـرات بشـرية متعـددة الأبعـاد، وحريـص علـى المعرفـة والاتصـال الإنسـاني، والـذي قـد يحتـاج إلـى مسـاعدة إضافيـة متخصصـة مـن أجـل الحفـاظ علـى روح التفـاؤل. ويسـاعد الدعـم النفسـي علـى تخفيـف الخـوف والقلـق الـذي قـد يتعـرض لـه الشـخص فيمـا يتعلـق بالحالـة الصحيـة (الحالـة البدنيـة والعـلاج وتوقعـات سـير المـرض)، وتأثيـر مرضـه علـى نفسـه وعلـى الآخريـن (الأسـرة ومقدمـي الرعايـة وغيرهـم)، الصعوبـات الماليـة التـي قـد يواجههـا.

٣. **الراحة البدنية**

يجـب علـى المرضـى التحلـي بالشـجاعة لمواجهـة الظـروف التـي قـد تكـون مخيفـة ومؤلمـة وصعبـة وتشـعرهم بالوحـدة. وقـد يفيـد فـي ذلـك تخفيـف الألـم ووسـادة ناعمـة. ويجـب أن يعمـل متخصصـو الرعايـة الصحيـة للتأكـد مـن أن تفاصيـل بيئـات المرضـى تعمـل مـن أجلهـم، وليـس ضدهـم. ويجـب أن يظـل المرضـى يشـعرون بالأمـن والراحـة قـدر الإمـكان أثنـاء الأوضـاع الصعبـة، وأن يكونـوا محاطيـن بأشـخاص مؤهليـن لرعايتهـم.

٤. **المعلومات والتعليم**

يجـب تقديـم معلومـات كاملـة إلـى المرضـى عـن الحالـة الإكلينيكيـة والتحسـن وتوقعـات سـير المـرض وعمليـة الرعايـة وكذلـك معلومـات تسـاعدهم فـي ضمـان اسـتقلاليتهم وقدرتهـم علـى الإدارة الذاتيـة وتعزيـز صحتهـم. وعندمـا يكـون المرضـى علـى اطـلاع تـام، ويتـم منحهـم الثقـة والاحتـرام عـن طريـق مشـاركة كل الحقائـق ذات الصلـة، سيشـعرون بقـدر أكبـر مـن القـدرة علـى تحمـل مسـئولية عناصـر رعايتهـم التـي يمكنهـم التحكـم فيهـا.

٥. استمرارية وانتقال الرعاية

يجب أن يكون الانتقال من مرحلة من مراحل الرعاية إلى المرحلة التالية سلسًا قدر الإمكان. ويجب إخبار المرضى بما يمكن توقعه. ويجب أن تكون نظم العلاج، وخاصة الأدوية، محددة ومفهومة بشكل واضح. ويجب أن يكون جميع المعنيين قادرين على التخطيط وفهم العلامات التحذيرية (والمؤشرات الإيجابية) التي يجب البحث عنها.

٦. تنسيق الرعاية

إن كل جانب من جوانب الرعاية يعتمد على أن كل جانب آخر يعمل بكفاءة وفعالية قدر الإمكان. ويجب اعتبار العلاج وتجربة المريض وحدة متكاملة، حيث تعمل الأجزاء المتحركة المختلفة بالتناسق للحد من مشاعر الخوف والضعف. ويجب أن يتعاون متخصصو الرعاية الصحية من أجل تحقيق سلامة المريض البدنية والنفسية بشكل عام.

٧. إمكانية الحصول على الرعاية

يجب أن يحصل المرضى، بأقصى حد ممكن، على كل الرعاية التي يحتاجون إليها، عندما يحتاجون إليها، بطريقة ملائمة ولا تسبب إضافة الكثير من الضغط. ويجب أن يكون من السهل تحديد ميعاد والالتزام بنظم الأدوية وممارسة الرعاية الذاتية.

٨. إشراك الأسرة والأصدقاء

إن الرعاية المتمركزة حول المريض تشجع على الحفاظ على مشاركة المرضى وتكاملهم مع أسرهم ومجتمعاتهم وحياتهم اليومية من خلال:

استيعاب الأفراد الذين يقدمون الدعم للمريض أثناء الرعاية.

احترام دور من ينوب عن المريض في اتخاذ القرار.

دعم أفراد الأسرة والأصدقاء كمقدمي رعاية، والتعرف على احتياجاتهم.

متطلبات السلامة الوطنية
National Safety Requirements

الغرض من الفصل:

تُعرِّف منظمة الصحة العالمية سلامة المرضى على أنها الحد من وتخفيف الممارسات غير الآمنة داخل الأنظمة الصحية، وكذلك من خلال استخدام أفضل الممارسات التي ثبُت أنها تؤدي إلى أفضل نتائج للمريض. والرعاية الصحية بيئة معقدة حيث يمكن أن تؤدي الأخطاء إلى إلحاق الضرر الجسدي أو الوفاة. وتطبيق إجراءات الحماية عادة ما يفيد، ومع ذلك فإن كل مستوى من مستويات الحماية، مثل أجهزة الإنذار والإجراءات الموحدة ومتخصصي الرعاية الصحية المدربين قد يعانوا من نقاط ضعف.

وقد زاد التحسين والالتزام نحو سلامة المرضى في جميع أنحاء العالم منذ أواخر التسعينيات، مما أدى إلى تحول ملحوظ في الطريقة التي يُنظر بها إلى سلامة المرضى.

وعندما تحدث عدة إخفاقات في النظام، قد يتم الإفلات من الخطأ ، ولكن الثمن الذي ندفعه نتيجة حدوث هذه الأخطاء يكون دائماً مرتفع علي مستوي الإنسان والنظام الصحي كله، وإن قياس سلامة المرضي وقياس الأحداث العرضية يعد إجراء أساسي في مراقبة تطور هذه الاستراتيجيات ، وتتبع النجاح ويساعد في الإبلاغ عن المشكلات وتحديد أماكن التحسين المحتملة.

يتعين على المستشفيات إثبات التزامها بسلامة المرضى كجزء من عملية التسجيل التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، وهذا يتطلب التطابق مع كل متطلب من متطلبات السلامة الوطنية. وأثناء عمليات المراجعة، يُقيم المراجعون مدى الحفاظ على التنفيذ الآمن والفعال لكل متطلب من متطلبات السلامة الوطنية في جميع الممارسات ذات الصلة. ويجب أن يكون تطبيق المعايير وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها في مصر.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو ضمان قيام المؤسسات بوضع والحفاظ على برنامج سلامة المرضى بشكل فعال. ولتحقيق هذه الفاعلية، يتناول الفصل جميع متطلبات السلامة الوطنية. وقد تم ذِكر المتطلبات في فصول أخرى لملائمتها لتلك الفصول.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية مع الأخذ في الاعتبار بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. الدستور المصري
٢. لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨
٣. لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية
٤. إعلان جدة حول سلامة المرضى ٢٠١٩
٥. دليل منظمة الصحة العالمية بشأن تقييم سلامة المرضى
٦. قائمة التحقق من السلامة في العمليات الجراحية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية
٧. مبادرات منظمة الصحة العالمية الودية بشأن سلامة المرضى

لا يتم إعطاء درجات إلى أي معايير في هذا الفصل. ويتم حساب درجات متطلبات السلامة الوطنية في الفصول المُدرجة بها/ المذكورة فيها.

الكـــود	الكلمة الرئيسية في متطلب السلامة الوطنية	الكـــود في هذا الدليل
سلامة المرضى		
NSR.01	التعريف الصحيح للمريض	ACT.03
NSR.02	الأوامر الشفهية أو الهاتفية	ICD.18
NSR.03	نظافة وتطهير الأيدي	IPC.05
NSR.04	التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب	ICD.35
NSR.05	تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها	ICD.11
NSR.06	الوقاية من قرح الفراش	ICD.12
NSR.07	التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية	ACT.09
NSR.08	الإنذارات الحرجة	ICD.34
NSR.09	إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له	ICD.37
NSR. 10	الحد من الجلطات الدموية الوريدية	ICD.13
NSR. 11	النتائج الحرجة	ICD.30
إدارة وسلامة الدواء		
NSR.12	استخدام المختصرات والرموز	IMT.04
NSR.13	التوافق بين الأدوية	MMS.10
NSR.14	تخزين ووضع الملصقات التعريفية على الأدوية	MMS.04
NSR.15	الأدوية عالية الخطورة والإلكتروليتات المركزة	MMS.06
NSR.16	الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق	MMS.07
الجراحة والتخدير والتهدئة		
NSR.17	وضع علامة على موضع الجراحة	SAS.05
NSR.18	قائمة تحقق ما قبل العمليات	SAS.06
NSR.19	(الوقت المستقطع Time-out)	SAS.07
NSR.20	تجنب الخطأ الناتج عن ترك الأدوات داخل جسم المريض	SAS.09
سلامة البيئة والمنشآت		
NSR.21	السلامة من الحريق	EFS.03
NSR.22	تدريبات المحاكاه علي مكافحة الحريق	EFS.05
NSR.23	السلامة من المواد الخطرة	EFS.06
NSR.24	خطة إدارة السلامة	EFS.07
NSR.25	برنامج السلامة من الإشعاع	DAS.09
NSR.26	برنامج سلامة المعامل	DAS.24
NSR.27	سلامة المعدات الطبية	EFS.10
NSR.28	سلامة المرافق	EFS.11

ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض

Patient-Centeredness Culture

الغرض من الفصل:

فـي الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض، تعـد احتياجـات المريـض الصحيـة المحـددة والنتائـج الصحيـة المرغوبـة هـي القـوة الدافعـة وراء جميـع قـرارات الرعايـة الصحيـة وقياسـات الجـودة. ونظـرًا لأن العديـد مـن المرضـى غيـر قادريـن علـى تقييـم مستوى المهـارة الفنيـة أو مستوى تدريـب متخصصـي الرعايـة الصحيـة، فـإن معاييـر الحكـم علـى خدمـة بعينهـا هـي معاييـر غيـر فنيـة وشـخصية وتشـمل جوانـب مثـل الراحـة و والحصـول علـي الخدمـة بطريقـة ودودة و طريقـة تواصـل متخصـص الرعايـة الصحيـة والمهـارات الشـخصية والجـداول الزمنيـة المحـددة.

هـذا ويتطلـب أن يقـوم متخصصـو الرعايـة الصحيـة بتنميـة مهـارات التواصـل بشـكل جيـد وتلبيـة احتياجـات المرضـى بفاعليـة وفـي الوقـت المناسـب. والرعايـة المتمركـزة حـول المريـض تتطلـب أيضًـا أن يصبـح متخصـص الرعايـة الصحيـة ممثـلاً عـن المريـض و يسـعى جاهـدا ليـس فقـط لتوفيـر الرعايـة الفعالـة فحسـب بـل والآمنـة أيضـاً. إن هـدف الرعايـة الصحيـة المتمركـزة حـول المريـض هـو إشـراك وتمكيـن المرضـى وأسـرهم ليصبحـوا مشـاركين نشـطين فـي رعايتهـم، ليـس فقـط مـن منظـور إكلينيكـي، ولكـن أيضًـا مـن منظـور نفسـي وعقلـي وروحـي واجتماعـي ومـادي.

علـى المسـتوى العالمـي، شـددت المـادة ٢٥ مـن الإعـلان العالمـي لحقـوق الإنسـان علـى حـق الإنسـان فـي مسـتوى معيشـي لائـق لضمـان الصحـة والسـلامة البدنيـة والنفسـية لـه ولأسـرته بمـا فـي ذلـك الرعايـة الطبيـة والحـق فـي الأمـن فـي حالـة المـرض أو الإعاقـة. وفـي عـام ١٩٩٠، نـص إعـلان القاهـرة حـول حقـوق الإنسـان فـي الإسـلام بوضـوح فـي المـادة ٢٠ علـى أنـه يجـب ألا يخضـع أي إنسـان لأبحـاث سـريرية دون موافقتـه بشـرط ألا يوجـد أي ضـرر علـى صحـة الشـخص أو حياتـه.

وعلـى المسـتوى المحلـي، دعمـت الأطـر القانونيـة والأخلاقيـة المصريـة الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض أيضـا. فوفقًـا للدسـتور المصـري، تعـد الرعايـة الصحيـة الشـاملة ذات الجـودة الموحـدة حقًـا للمصرييـن. وأكـدت اللائحـة المصريـة لآداب مهـن الطـب والتمريـض والصيدلـة وغيرهـا مـن أخلاقيـات متخصصـي الرعايـة الصحيـة علـى جوانـب متعـددة مـن حقـوق المريـض والتزامـات متخصصـي الرعايـة الصحيـة تجـاه المرضـى. وحـدد جهـاز حمايـة المسـتهلك عـدة ممارسـات وتعليمـات يجـب علـى المرضـى إدراكهـا خـلال عمليـات الرعايـة الصحيـة الخاصـة بهـم. بالإضافـة إلـى ذلـك، تصـف القوانيـن المصريـة بوضـوح آليـة الحصـول علـى الموافقـات القانونيـة. وخـلال السـنوات القليلـة الماضيـة، ناقـش البرلمـان المصـري بعـض القوانيـن ذات الصلـة بحقـوق بعـض فئـات المجتمـع المصـري مثـل النسـاء والأطفـال والمعاقيـن وكبـار السـن. وحـددت الحكومـة المصريـة للجمهـور العديـد مـن طـرق تقديـم الشـكاوى مـن المستشـفيات ومنهـا الخطـوط السـاخنة فـي وزارة الصحـة والسـكان.

ومـن الناحيـة العمليـة، تحتـاج المستشـفيات إلـى ضمـان وجـود مقومـات لسياسـات وإجـراءات موحـدة لتقديـم الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض. فلـن تقتصـر عمليـات الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض بالمؤسسـات الصحيـة علـى طبـع كتيبـات حقـوق ومسـئوليات المريـض وتقديمهـا للمرضـى. ولكـن يجـب أن تحـدد السياسـات والإجـراءات آليـات خلـق واسـتمرار ثقافـة الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض. وتوجـد حاجـة إلـى التعليـم واسـتخدام التقنيـات التـي تشـجع سـلوكيات تقديـم الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض.

أثنـاء المراجعـة التـي تقـوم بهـا الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة، يجـب أن يكـون المراجعـون قادريـن علـى قيـاس كيفيـة تعريـف المؤسسـات لثقافـة تقديـم الرعايـة المتمركـزة حـول المريـض وكيفيـة العمـل علـى اسـتمرارها مـن خـلال مراجعـة الوثائـق ذات الصلـة بهـذا الفصـل، ومراجعـة تنفيـذ عـلاج المريـض والتعامـل المباشـر معـه، وتتبـع المرضـى، وإجـراء مقابـلات مـع العامليـن. وقـد تتنـاول جلسـة مقابلـة القيـادات هـذا الموضـوع أيضًـا.

الهدف من الفصل:

- تمت كتابة هذا الفصل وترتيبه ترتيباً منطقياً حتى يصف أولاً المقومات والثقافة اللازمة للإلتزام بمتطلبات الفصل.
- يصف حقوق ومسئوليات المريض الأساسية
- يتناول تلك التقنيات والتغيرات الثقافية التي تحتاج المؤسسات إلى معالجتها أثناء بناء ثقافة تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية مع الأخذ في الاعتبار بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. الدستور المصري
٢. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٦٤
٣. إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام عام ١٩٩٠
٤. قانون ٢٠٠٨/١٢٦ بشأن الطفل المصري
٥. قانون ٢٠١٨/١٠ بشأن حقوق المعاقين
٦. مشروع القانون المصري لرعاية المسنين
٧. لقانون ٢٠١٨/١٨١ بشأن حماية المستهلك المصري
٨. قانون ٢٠١٧/٢٠٦ بشأن الإعلان عن خدمات الرعاية الصحية
٩. لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨
١٠. لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (مطبوعات نقابة التمريض)
١١. لائحة أخلاقيات وقواعد سلوك موظفي الخدمة المدنية، ٢٠١٩، إذا كان قابل للتطبيق.
١٢. القانون الجنائي المصري ١٩٣٧/٥٨
١٣. قوانين الموافقة المصرية
١٤. قرار وزير الصحة والسكان ١٨٦/ ٢٠٠٠ بشأن إدارة حالات الطوارئ
١٥. قرار وزير الصحة والسكان ٢١٦/ ١٩٨٢ بشأن تنظيم منشآت الرعاية الصحية
١٦. قرار وزير الصحة والسكان ٢٠٠١/١٨٦ بشأن حق المريض في معرفة التكلفة المتوقعة للرعاية

التخطيط والحفاظ على ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض

PCC.01: إعلانـات المستشـفى واضحـة وتتوافـق مـع القوانيـن واللوائـح ولائحـة آداب المهـن المعمـول بهـا فـي نقابـات متخصصـي الرعايـة الصحيـة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

إعلانات المستشفى

الغرض:

غالباً ما تستخدم المستشفيات الإعلانات كوسيلة هامة لتحسين الاستفادة من الخدمات. ويساعد الإعلانات المحتوي لإعلاني الجيد تساعد علي فهم المجتمع للخدمات الصحية المتاحة. وقد تستخدم المستشفيات الصحف أو إعلانات التليفزيون أو اللافتات أو الكتيبات أو التعميمات أو المواقع الإلكترونية أو صفحات التواصل الاجتماعي أو مراكز اتصالات أو الرسائل النصية أو رسائل البريد الإلكتروني الجماعية أو وسائل أخرى للإعلان عن الخدمات المقدمة. ووفقا للقوانين المصرية، يجب الإلتزام بالصدق والأمانة عند الإعلان عن خدمات الرعاية الصحية. وتتناول نقابات الأطباء والتمريض و الصيادلة وغيرها من النقابات الصدق والشفافية بصفتهما قيم سامية في لوائح آداب المهنة الخاصة بهم .و يمكن أن تبدأ المستشفى في التطابق مع هذا المعيار من خلال الإطلاع علي القوانين واللوائح وآداب المهن ذات الصلة ومعرفة كيفية تطبيقها على خطة المستشفى المتعلقة بالإعلانات/ التواصل. ويجب أن تكون المعلومات دقيقة ومحدثة وواضحة عن أنواع الخدمات، ومتخصصي الرعاية الصحية، وتكلفة الخدمات، وساعات العمل.

دليل عملية المراجعة:

ربما يتحقق مُراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من إعلانات المستشفى على موقعها الالكتروني أو صفحات التواصل الاجتماعي أو أى نوع آخر من أنواع الإعلانات في أي وقت من استلام الطلب وتعيين المراجعين حتى إرسال تقرير المراجعة. قد تتم مقارنة الإعلانات مع المعلومات المذكورة بالطلب ومع ملاحظات زيارة المراجعة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة توجه عملية تقديم إعلانات واضحة ومحدثة ودقيقة عن الخدمات.
٢. تتوافق الإعلانات مع القوانين واللوائح ولائحة آداب المهن المعمول بها في نقابات متخصصي الرعاية الصحية.
٣. يتلقى المرضى وأسرهم معلومات واضحة ومحدثة ودقيقة حول خدمات المستشفى ومتخصصي الرعاية الصحية وساعات العمل.
٤. يتم إبلاغ المرضى وأسرهم بالتكاليف المتوقعة بطريقة ولغة يفهمونها.

المعايير ذات الصلة:

PCC.09: مواد تثقيف المريض والأسرة؛ ACT.01: إتاحة الحصول علي خدمات المستشفي؛ CAI.05: شكاوي ومقترحات المجتمع.

PCC.02: التعاون المتعدد التخصصات لخلق ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الرعاية المتمركزة حول المريض المتعددة التخصصات

الغرض:

إن خلق والحفاظ علي ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض يتطلب تخطيطًا دقيقًا وتنفيذًا سريعًا ومتابعة حثيثة. وتتطلب رحلة تغيير/ تحسين ثقافة المستشفى عملًا جماعيًا يتسم بالتعاون بين التخصصات المتعددة كفريق عمل. وتُشكل لجنة

متعددة التخصصات بالمستشفى للإشراف على والمساعدة في تنفيذ وضمان استمرارية ثقافة تقديم الرعاية المتمركزة حول الأفراد. وتكون للجنة اختصاصات تشمل على الأقل ما يلي:

أ. العمل على تخطيط والمساعدة في تنفيذ والحفاظ على استمرارية ممارسات الرعاية المتمركزة حول المريض.

ب. تضم اللجنة أعضاء من مختلف التخصصات ومنها طاقم التمريض وأعضاء الفريق الطبي والإداريين والمديرين وممثلي المرضى.

تشمل العضوية الفعالة في هذه اللجنة على الأقل المرضى وأفراد الأسرة (يمكن أن يكون المريض الذي يزور المستشفى بشكل متكرر أو لفترة طويلة من الوقت)، وكذلك عددا من صغار الإداريين والمديرين، ومجموعة من مقدمي الرعاية الإكلينيكية وغير الإكلينيكية. ويضع هذا الفريق رؤية لخلق ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض ويضع خطوات واضحة لتحقيقها، ويشارك هذه الرؤية مع العديد من الشركاء والعاملين، ويحدد العقبات والمقاومة المحتملة، ثم يعمل على إزالة هذه العقبات وتخفيف المقاومة.

دليل عملية المراجعة:

قد يتلقى مُراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية معلومات عن كيفية دعم اللجنة لثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض من خلال العرض التقديمي الافتتاحي. وقد يقوموا بمراجعة الاختصاصات ومحاضر الاجتماعات أثناء جلسة مراجعة الوثائق أو أثناء جلسة مقابلة القيادات. وقد يطرحون أسئلة حول الآليات المتخذة لتخطيط ودعم وضمان استمرارية ممارسات الرعاية المتمركزة حول المريض

أدلة التطابق مع المعيار:

١. اللجنة متعددة التخصصات لها شروط مرجعية معتمدة.
٢. تجتمع اللجنة في أوقات محددة مسبقًا عدة مرات في السنة.
٣. يتم تسجيل اجتماعات اللجنة.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01: لجان الجودة؛ ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات .

PCC.03: القيادات والعاملين بالمستشفي يقدمون الدعم في مبادرات الرعاية المتمركزة حول المريض.

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

دعم الرعاية المتمركزة حول المريض

الغرض:

تتطلب استدامة ثقافة تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض تعريف ومشاركة العاملين عن كيف يكونوا لديهم ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض. ومن العناصر التي تؤكد علي هذه الثقافة ، العلاقة بين متخصص الرعاية الصحية والمريض، وطرق التواصل، والمناقشات بين أعضاء الطاقم الطبي. يمكن تعريف هذه الثقافة عن طريق المحاضرات والعروض التجريبية والدورات التدريبية وورش العمل وتجارب / تمثيل الأدوار Role-plays وغيرها من الآليات. يمكن أن تضع قيادات المستشفى مبادرات تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض، ولكن الأمر يتطلب تبنى وتنفيذ العاملين لهذه المبادرات. وينبغي أن تكون المستشفى قادرة على قياس مدى الإمتثال مع مبادرات تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض كما يجب أن تكون قادرة على تقييم أداء العاملين في هذا الشأن.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتلقى مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية معلومات عن مبادرات تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض أثناء العرض التقديمي الافتتاحي.

- قد يفحص مُراجع الهيئة ملفات العاملين حتي يُقيم مدى انعكاس الرعاية المتمركزة حول المريض في تقييمات أداء العاملين.
- قد يستفسر مُراجع الهيئة عن مدى دعم القيادات لمبادرات تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض أثناء جلسة مقابلة القيادات.
- أثناء عمليات التتبع والجولات قد تعقد مقابلات مع العاملين للاستفسار عن مبادرات تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تعريف وتعليم وتدريب العاملين بشأن مبادرات تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض.
٢. تضع المستشفى آليات لتقييم أداء العاملين فيما يخص تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض؛ وقد تتضمن هذه الآليات أنشطة تثقيف المريض و/ أو مشاركة المريض في اتخاذ قرارات الرعاية و/ أو تقديم الدعم النفسي للمرضي.
٣. عند تنفيذ موظف أو مجموعة من العاملين أحد مبادرات الرعاية المتمركزة حول المريض، توجد آلية لاستخدام الدروس المستفادة من هذه المبادرة في تحسين الأداء على مستوى المستشفى.
٤. تتخذ قيادات المستشفى إجراءات لتشجيع العاملين على المشاركة في مبادرات الرعاية المتمركزة حول المريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.16: إقامة مريحة؛ PCC.17: احتياجات المريض؛ PCC.10: عملية تثقيف المريض والأسرة؛ PCC.21: التغذية الراجعة من المريض والأسرة؛ ICD.02: التعاون في الرعاية.

PCC.04: حماية حقوق المريض والأسرة، وتعريف المرضى والأسر بهذه الحقوق.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المريض والأسرة

الغرض:

إن السعي للحصول على الرعاية وتلقي العلاج في المستشفى قد يكون أمرًا مرهقًا بالنسبة للمرضى، مما يجعل من الصعب عليهم التصرف بناءً على فهم حقوقهم مسئولياتهم في عملية الرعاية. ويجب أن يكون المرضى قادرين على فهم حقوقهم ومعرفة كيفية استخدامها. وإذا لم يفهم المريض حقوقه لأي سبب من الأسباب، تلتزم المستشفى بمساعدته على معرفتها. وتوجه المستشفى العاملين فيما يتعلق بدورهم في حماية حقوق المرضى والأسر. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان أن جميع العاملين على دراية بحقوق المريض والأسرة ويستجيبون لها عند تفاعلهم مع المرضى وتقديم الرعاية لهم في جميع أنحاء المستشفى، وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. حقوق المريض والأسرة على النحو المحدد في القوانين واللوائح، ولائحة آداب المهن بنقابات متخصصي الرعاية الصحية.
ب. حق المريض والأسرة في الحصول على الرعاية التي تقدمها المستشفى.
ج. حق المريض والأسرة في معرفة اسم عضو الطاقم الطبي المعالج و/ أو المشرف و/ أو المسئول.
د. حق المريض والأسرة في الرعاية التي تحترم قيم ومعتقدات المريض الشخصية.
ه. حق المريض والأسرة في معرفة القرارات المتعلقة برعايتهم والمشاركة في اتخاذها
و. حق المريض والأسرة في رفض الرعاية ووقف العلاج.
ز. حق المريض والأسرة في الأمن والخصوصية والسرية والكرامة.
ح. حق المريض والأسرة في تقييم وعلاج آلامه .
ط. حق المريض والأسرة في تقديم شكوى أو اقتراح دون الخوف من الانتقام بشأن الرعاية والخدمات.

ي. حق المريض والأسرة في معرفة سعر الخدمات والإجراءات.
ك. حق المريض والأسرة في التماس الحصول علي رأي ثانٍ سواء من داخل المستشفى أو من خارجها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة حقوق المريض وقد يجري مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ المُراجع وثيقة حقوق المرضى المعلنة في المستشفى، وقد يلاحظ أيضًا كيفية تلقى المرضى معلومات عن حقوقهم، وقد يتحقق من الظروف التي بموجبها تتم حماية حقوق المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمده توجه عملية تحديد حقوق المريض والأسرة كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ك).
٢. جميع العاملين على دراية بحقوق المرضى والأسر.
٣. توجد وثيقة معتمدة عن حقوق المرضى معلنه في أماكن التجمعات بالمستشفى بطريقة تجعلها مرئية للعاملين والمرضى والأسر.
٤. يتم حماية حقوق المريض والأسرة في جميع أماكن المستشفى في جميع الأوقات.
٥. يتم تلقي معلومات حقوق المريض مكتوبة أو بطريقة أخرى يفهمها المريض وأسرته.

المعايير ذات الصلة:

PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة ؛PCC.13 : الرفض المبني علي المعرفة ؛ PCC.19: كرامة وخصوصية وسرية المريض؛ ACT.10:التماس الحصول علي رأي ثان؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض.

PCC.05: تمكين المرضى والأسر حتى يقوموا بمسئولياتهم.

المساواة

الكلمات الرئيسية:

مسئوليات المريض والأسرة

الغرض:

ينبغي أن يكون لدي المرضي وأسرهم القدرة علي القيام بمسئولياتهم في عملية الرعاية الخاصة بهم . وإذا لم يكن بإمكان المرضي وأسرهم عدم فهم مسئولياتهم، لأي سبب من الأسباب، ، تلتزم المستشفى بمساعدتهم على فهمها. وقد يؤثر عدم القدرة علي القيام بهذه المسئوليات علي عمليات الرعاية أو التعامل مع المرضى أنفسهم أو أسرهم أو المرضى الآخرين أو العاملين. تلتزم المستشفي بجعل وثيقة مسئوليات المرضى مرئية لكل من المرضي والعاملين في جميع الأوقات. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات للتأكد من دراية المرضى بمسئولياتهم. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. مسؤولية المرضي وذويهم في إعطاء معلومات واضحة ودقيقة عن مرضهم / حالتهم وتاريخهم المرضي السابق والحالي
ب. مسئولية المرضي وذويهم في الالتزام بسياسات وإجراءات المستشفى.
ج. مسئولية المرضي والأسر في الوفاء بالالتزامات المالية وفقًا للقوانين واللوائح وسياسة المستشفي.
د. مسئولية المرضي والأسر في احترام المرضى الآخرين ومتخصصي الرعاية الصحية.
ه. مسئولية المرضي والأسر في اتباع خطة العلاج الموصى بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مسئوليات المريض وإجراء مقابلات مع

العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.

- أثناء المُراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يلاحظ المُراجع وثيقة مسئوليات المرضى المعلنه في المستشفى. وقد يلاحظ المُراجع أيضًا كيف يتلقي المرضى معلومات عن مسئولياتهم.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمده توجه عملية تحديد مسئوليات المريض وذويهم كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين على دراية بمسئوليات المرضى وذويهم.
٣. توجد وثيقة معتمدة عن مسئوليات المريض والأسرة معلنة في أماكن التجمعات بالمستشفى بطريقة تجعلها مرئية للعاملين والمرضى والأسر.
٤. يتم تزويد المرضي بالمعلومات عن مسؤولياتهم بطريقة مكتوبة أو بطريقة أخرى يفهمها المريض وأسرته.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ PCC.07: الموافقة على دخول المستشفى؛ PCC.10: عملية تثقيف توعية المريض والأسرة؛ PCC.09: مواد تثقيف توعية المريض والأسرة.

PCC.06: يتم التعامل مع حالات الإخلال بحقوق ومسئوليات المرضي وأ سرهم

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الإبلاغ عن حالات الإخلال

الغرض:

تتطلب استدامة ثقافة الرعاية المتمركزة علي المرضي ، الرقابة المستمرة لمدي الإلتزام وتحديد فرص التحسين. فتمكين المرضي والأسر والعاملين يجعلهم قادرين علي الإبلاغ عن أي حالات إخلال بحقوق ومسئوليات المريض والأسرة

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع العاملين للاستفسار عن آليات الإبلاغ عن حالات الإخلال.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلات مع العاملين بالجودة وإدارة المخاطر و القيادات للاستفسار عن عملية الإبلاغ عن حالات الإخلال ونتائجها وإجراءات التحسين التي يتم اتخاذها بناءً على هذه النتائج.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. المستشفى مسئولة عن جمع وتحليل وتفسير وتقييم حالات الإخلال بحقوق ومسئوليات أي مريض أو أسرة.
٢. يتم تزويد العاملين والمرضي والأسر بالمعلومات عن كيفية الإبلاغ عن حالات الإخلال بحقوق ومسئوليات المريض والأسرة بطريقة مكتوبة أو بطريقة أخرى يفهمونها.
٣. يتم إعداد تقرير دوري عن حالات الإخلال بحقوق ومسئوليات المريض والأسرة وإرساله إلى مدير المستشفى.
٤. يتم اتخاذ الإجراءات لتحسين ممارسات الرعاية المتمركزة حول المريض بناءً على تلك التقارير.
٥. عندما تظهر مشكلة أخلاقية مثل قرارات متضاربة بشأن إعطاء العلاج أو سحبه، يوجد دليل على مناقشة واضحة وحل حاسم للموقف.

المعايير ذات الصلة:

PCC.4: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.05: مسئوليات المريض والأسرة.

تمكين وإشراك المرضى وأسرهم

PCC.07: الحصول على الموافقة على دخول المستشفى وتلقي العلاج من المريض أو من ينوب عنه قانوناً قبل دخول المستشفى و بعد مناقشة احتياجات والتزامات المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الموافقة على دخول المستشفى

الغرض:

إن الموافقة على دخول المستشفى تمثل فهم المريض أو أسرته وموافقته على عملية دخول المستشفى والنتائج المترتبة علي ذلك. و قد تشمل هذه النتائج علي التكاليف المحتملة والمخاطر والالتزامات التي قد يلتزم بها المريض أثناء تلقي الرعاية في المستشفى. تضع المستشفى وتنفذ عملية لإعطاء المرضى وأسرهم معلومات عن التكاليف المحتملة والمخاطر والالتزامات بلغة يفهمونها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المنطقة التى تتم فيها إجراءات دخول المستشفى، مثل مكتب الدخول أو مكتب الطوارئ أو غرفة التمريض أو غيرها. وأثناء هذه الزيارة، وقد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة العملية مع العاملين المسئولين ويتحقق من النماذج المستخدمة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بمراجعة ملف مغلق أو مفتوح من أجل تقييم ما إذا تم اكتمال إقرار الموافقة على دخول المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تقديم إقرار الموافقة على دخول المستشفى مكتوبة بلغة يفهمها المريض.
٢. يتضمن سجل المريض الطبي سجلاً بموافقة المريض أو من ينوب عنه قانوناً على دخول المستشفى.
٣. توجد عملية تتناول المواقف التي لا يمكن فيها للمريض أو من ينوب عنه قانوناً إعطاء إقرار الموافقة على دخول المستشفى.
٤. إن المسئولين عن الحصول على إقرار موافقة دخول المستشفى قادرون على الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالتكاليف و المخاطر أو الالتزامات المحتملة أثناء تلقى العلاج بالمستشفى.

المعايير ذات الصلة:

PCC.4: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.05: مسئوليات المريض والأسرة.

PCC.08: تُتاح الفرصة أمام المرضى والأسر للقاء عدة أعضاء من فريق الرعاية الصحية (بما في ذلك طاقم التمريض وعضو الطاقم الطبي).

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

لقاء فريق الرعاية الصحية

الغرض:

أثناء جميع مراحل الرعاية وخاصة أثناء ساعات الزيارة، قد يكون لدى المرضى وأسرهم أسئلة حول التشخيص أو خطة الرعاية أو النتيجة المتوقعة للرعاية أو مدة الإقامة أو غيرها من الأسئلة. ويتم تشجيع المرضى وأسرهم على التعبير عن أسئلتهم، وتوجد أنظمة للرد على الأسئلة التي تُطرح عندما لا يتواجد متخصصو الرعاية الصحية للإجابة عليها. وتتيح المستشفى الفرصة للمرضى وأسرهم لطرح الأسئلة والحصول على إجابات بطريقة يفهمونها. وتُستخدم أدوات مثل تقنية

"اللحظات الخمس لسلامة الأدوية" أو حملات نظافة اليدين التي شعارها: "اسألني هل غسلت يدي" لتشجيع المرضى على طرح الأسئلة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع المرضى أو العاملين لتقييم مدى توافر وفعالية آليات الاستجابة إلى استفسارات المريض والأسرة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية تسمح للمرضى وأسرهم بمقابلة أو التحدث إلى متخصصي الرعاية الصحية عند الحاجة.
٢. توجد عملية يمكن من خلالها للمرضى وأسرهم طلب معلومات إضافية عن التشخيص وخيارات العلاج وما إلى ذلك، ويتم تلبية هذه الطلبات.
٣. توجد عملية واضحة تُمكن المرضى وأسرهم من طرح الأسئلة وتلقي الإجابة عليها حتى في حالة عدم وجود متخصصي الرعاية الصحية.
٤. استخدام أدوات لتشجيع المرضى على طرح الأسئلة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.4: حقوق المريض والأسرة.

PCC.09: توجد مواد تثقيف صحي ملائمة خاصة بالمرضي

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

مواد تثقيف صحي للمريض والأسرة

الغرض:

قد تتم التوعيه المجتمعية في شكل مقاطع فيديو أو منشورات على وسائل التواصل الاجتماعي أو كتيبات أو نشرات أو رسائل نصية أو غيرها من الأشكال. ويجب أن تتناسب مواد التثقيف الصحي مع حالة المريض ومستوى تعليمه ولغته وثقافته بما يحافظ علي صحته وسلامته البدنية والنفسية ويدعمها ويعمل علي تحسينها. وقد تشتمل مواد التثقيف الصحي علي المتطلبات المتعلقة ببرامج الإقلاع عن التدخين، ونصائح التعامل مع الضغوط، وإرشادات النظام الغذائي والتمارين الرياضية، وإساءة استخدام المواد المخدرة

قد تحتاج المستشفيات إلى توفير مواد التثقيف الصحي الخاصة بالمرضي والأسر حول موضوعات صحية معينة بناءً على احتياجات المجتمع الذي تقدم له الخدمة. ومن المهم أن تتأكد المستشفيات من توفر هذه المواد عند الحاجة، خاصة أثناء الحملات الصحية والإجراءات عالية الخطورة. ومن المهم أيضًا التأكد من أن هذه المواد التثقيفية يفهمها الجمهور المستهدف حيث قد تتضمن لغات مختلفة أو رسوم توضيحية مصورة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يبحث مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عن قائمة بجميع موضوعات و/ أو أماكن و/ أو أوقات توزيع مواد التثقيف الصحي للمرضي
- قد يفحص مُراجع الهيئة مواد التثقيف الصحي للمرضي الموجودة في غرف الانتظار ومكاتب الخدمات ومحطة التمريض وغيرها من الأماكن.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفى موضوعات و/ أو أماكن و/ أو أوقات توزيع مواد التثقيف الصحي الخاصة بالمرضي.
٢. تتوفر مواد التثقيف الصحي للمرضي بسهولة أثناء الأوقات وفي الأماكن وعن الموضوعات التي تحددها المستشفى.

٣. تحتوي مواد التثقيف الصحي للمرضي على معلومات ملائمة تستند إلى أدلة.
٤. مواد التثقيف الصحي للمرضي مناسبة للقراء من مستويات التعلم المتفاوتة.
٥. ترجمة مواد التثقيف الصحي إلى لغات مختلفة للمرضى الأجانب، إن وجدوا.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03: دعم الرعاية المتمركزة حول المريض؛ ICD.10: فحص احتياجات الرعاية الصحية؛ ICD.11: تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها؛ ICD.12: قرح الفراش؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.20: احتياجات المريض الغذائية.

PCC.10: يتم تعريف المريض والأسرة بالمعلومات بشكل واضح

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات

الغرض:

يساعد تعريف المريض والأسرة بالمعلومات على فهم عملية الرعاية وعلى تمكين المرضى والأسر من اتخاذ قرارات مبنية علي المعرفة. وتشارك التخصصات المتعددة في عملية تعريف المرضى والأسر بالمعلومات أثناء عمليات الرعاية. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لتحديد عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تحديد احتياجات المريض والأسرة.
ب. مسئولية متعددة التخصصات في تعريف المرضى والأسر بالمعلومات.
ج. يتم تعريف المرضي بالمعلومات وفقاً لقيم المريض والأسرة ومستوي تعليمه ، وتُقدم بالشكل واللغة التي يفهمونها.

يقوم فريق متعدد التخصصات بتحديد ما يحتاجه المريض من معلومات و التي قد تختلف من مريض لآخر؛ ولكن يجب على الأقل استيفاء المعلومات التالية لجميع المرضى:

د. معلومات عن تشخيص وحالة المريض
ه. خطة الرعاية والنتيجة المتوقعة للرعاية وبدائل خطة الرعاية.
و. تعليمات الخروج من المستشفى.

يتم تسجيل برنامج التعريف بالمعلومات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تصف عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات .
- أثناء مراجعة الملف المفتوح أو المغلق، ربما يفحص مُراجع الهيئة سجلات تعريف المريض والأسرة بالمعلومات من أجل تقييم ما إذا كان تم استكمالها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات والتي تتضمن على الأقل النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع العاملين على دراية بعملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات وتوثيقها.
٣. يتم تسجيل احتياجات المريض من التعريف بالمعلومات والمسئول عن ذلك والطريقة المستخدمة في التعريف ، في سجل المريض الطبي ،

٤. يتم تعريف المرضى بالمعلومات الملائمة لحالتهم.
٥. توثيق أنشطة تعريف المرضى بالمعلومات في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03: دعم الرعاية المتمركزة حول المريض؛ PCC.09: مواد التثقيف الصحي للمريض والأسرة؛ ICD.10: تقييم احتياجات الرعاية الصحية؛ ICD.11: تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها؛ ICD.12: قرح الفراش؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.20: احتياجات المريض الغذائية.

PCC.11: الحصول على موافقة مبنية علي المعرفة مسجلة على بعض الإجراءات الطبية على النحو المطلوب بموجب القوانين واللوائح.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

موافقة مسجلة مبنية علي المعرفة

الغرض:

أحد الركائز الأساسية لضمان مشاركة المرضى في قرارات الرعاية الخاصة بهم هو الحصول على الموافقة المبنية علي المعرفة. وللحصول علي موافقة المريض ، يجب إبلاغه بالعديد من العوامل المتعلقة بالرعاية المخطط لها. وهذه العوامل مطلوبة لاتخاذ قرار مبني علي المعرفة. والموافقة المبنية علي المعرفة هي عملية الحصول على إذن قبل إجراء تدخل رعاية صحية للفرد، أو قبل الإفصاح عن معلومات شخصية. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لوصف كيف وأين يتم استخدام الموافقة المبنية علي المعرفة. وتتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

قائمة الإجراءات الطبية التي تتطلب موافقة مبنية علي المعرفة، وهذه القائمة تشمل:

أ. الجراحة والإجراءات التداخلية.
   i. التخدير أو التهدئة المعتدلة أو العميقة.
   ii. استخدام الدم والتبرع بالدم.
   iii. إجراءات أو علاجات عالية الخطورة (ومنها على سبيل المثال لا الحصر: المعالجة بالصدمة الكهربائية، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيماوي).
   iv. البحوث.
   v. أنشطة التصوير الفوتوغرافي والترويجي حيث يمكن أن تكون الموافقة لوقت أو غرض محدد.
ب. من المعلومات التي تشتمل عليها الموافقة، احتمالية النجاح وخطر عدم القيام بالإجراء أو التدخل وفوائد وبدائل أداء تلك العملية الطبية المعينة.
ج. المواقف المحددة التي يمكن فيها أن الحصول علي موافقة شخص آخر غير المريض، وآليات الحصول عليها وتسجيلها وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها وسياسات المعتمدة بالمستشفى.
د. توفر نماذج إقرار الموافقة في جميع الأماكن ذات الصلة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تصف عملية الحصول علي موافقة المريض.
- أثناء مراجعة الملف المفتوح أو المغلق، قد يفحص مُراجع الهيئة إقرار موافقة المريض من أجل تقييم ما إذا تم استكماله.
- أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ربما يتحقق المُراجع من توزيع وتوافر نماذج الموافقة في الأماكن التي بحاجة إلى استخدامها، مثل غرفة العمليات وعيادة الأسنان ووحدة المناظير وغيرها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة توجه عملية الموافقة المبنية علي المعرفة وتحتوى على جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. تتوفر نماذج الموافقة المبنية علي المعرفة في جميع الأماكن ذات الصلة
٣. يتم الحصول على الموافقة المبنية علي المعرفة بطريقة ولغة يفهمها المريض.
٤. الموافقة المبنية علي المعرفة تُسجل وتُحفظ في سجل المريض الطبي.
٥. يقوم الطبيب المسؤول بالتوقيع علي الموافقة المبنية علي المعرفة على الموافقة مع المريض ومع وجود الشهود على النحو المطلوب بموجب القانون.
٦. الموافقة المبنية علي المعرفة التي يقوم بها شخص آخر غير المريض تمتثل للقوانين واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.12: سريان الموافقة المبنية علي المعرفة؛ SAS.06: قائمة تحقق ما قبل الجراحة؛ ICD.27: المرضى النفسيين.

PCC.12: تحديد سريان الموافقات المبنية علي المعرفة.

دقة التوقيت

الكلمات الرئيسية:

سريان الموافقة المبنية علي المعرفة

الغرض:

ينبغي أن تكون الموافقة المبنية علي المعرفة سارية خلال الوقت أو من أجل الإجراء الذي تم الحصول علي الموافقة له. وأحيانا تصبح الموافقات غير سارية كما في الحالات التالية:

أ. حدوث تغير في حالة المريض الصحية.
ب. حدوث تغيير في خطة الرعاية.
ج. ظهور معلومات إضافية مهمة توضح احتمال حدوث مخاطر مختلفة للمريض إذا خضع للإجراء المقصود.
د. مرور فترة زمنية معينة.
ه. حدوث تغيير في حالة المريض العقلية
و. تغيير عضو الطاقم الطبي الذي كان من المفترض أن يقوم بالإجراء المحدد.

يجب على المستشفى تحديد هذه المواقف التي تعتبر فيها الموافقة غير سارية وعملية الحصول على موافقة جديدة وتسجيلها.

دليل عملية المراجعة:

ربما يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع العاملين للاستفسار عن سريان الموافقة المبنية علي المعرفة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفى متطلبات سريان اقرار الموافقة المبنية علي المعرفة.
٢. تحدد المستشفى قائمة بالحالات التي يلزم فيها الحصول على موافقة جديدة على الخدمات المقدمة.
٣. جميع العاملين المعنيين على دراية بسريان الموافقة.
٤. يتم الحصول على اقرار موافقة جديدة عندما تنتهي مدة سريان الموافقة القديمة أو تصبح غير سارية لأي سبب من الأسباب مذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٥. يتم تسجيل الموافقة الجديدة في سجل المريض الطبي عند الحاجة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة؛ SAS.06: قائمة تحقق ما قبل الجراحة.

PCC.13: إبلاغ المرضى والأسر بحقوقهم ومسئولياتهم بشأن رفض أو وقف خطوة (خطوات) في عملية الرعاية الطبية مثل العلاج أو الإجراء التشخيصي أو الإجراء التداخلي.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الرفض المبني علي المعرفة

الغرض:

إن رفض أو وقف الرعاية الطبية قد يكون لخطوة (خطوات) أو اتخاذ قرار بالخروج ضد المشورة الطبية " طريقة داما DAMA". ويتم تزويد المرضى وأسرهم بما يكفي من المعلومات والتثقيف والوثائق بشأن المخاطر قد تضر بالمريض نتيجة اختياره/ اختياراتهم. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات عن مناقشات حول جودة الحياة من أجل توعية المرضى وتثقيفهم حول المخاطر/ الفوائد المحتملة عند تعارض اختيار المريض مع محددات / ضوابط الرعاية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. كيفية إبلاغ المريض/ الأسرة بحالة المريض الطبية الحالية.
ب. كيفية إبلاغ المريض/ الأسرة بعواقب قرارهم.
ج. كيفية تسجيل رفض المريض و/ أو الأسرة لأحد خطوات عملية الرعاية الطبية.
د. كيفية المتابعة مع المريض/ الأسرة بعد مغادرة المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- ربما يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تصف عملية الرفض المبني علي المعرفة.
- أثناء مراجعة الملف المفتوح أو المغلق، ربما يفحص مُراجع الهيئة نموذج رفض المريض من أجل تقييم ما إذا تم اكتماله.
- أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ربما يتحقق المُراجع من توزيع وتوافر نماذج الرفض في الأماكن التي بحاجة إلى استخدامها، مثل غرفة الطوارئ والأقسام الداخلية وغيرها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة توجه عملية الرفض المبنية علي المعرفة.
٢. يتلقى العاملون التعريف المناسب لكيفية تقوية وتمكين المرضى من اتخاذ قرار مبني علي المعرفة.
٣. يتوفر نموذج الرفض المبني علي المعرفة/ الخروج ضد المشورة الطبية " داما DAMA" في جميع الأماكن ذات الصلة.
٤. نموذج الرفض المبني علي المعرفة/ الخروج ضد المشورة الطبية " داما DAMA" يحتوي على جميع المعلومات المطلوبة والمذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٥. نموذج الرفض المبني علي المعرفة/ الخروج ضد المشورة الطبية " داما DAMA" تُسجل وتُحفظ في سجل المريض الطبي.
٦. نموذج الرفض المبني علي المعرفة/ الخروج ضد المشورة الطبية " داما DAMA" التي يقدمها شخص آخر غير المريض تتطابق مع القوانين واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقـوق المريـض والأسـرة؛ PCC.09: مـواد التثقيـف الصحـي للمريـض والأسـرة؛ PCC.10: عمليـة التعريـف بالمعلومـات للمريـض والأسـرة؛ ICD.14: خطـة الرعايـة؛ ACT.08: مسـئولية رعايـة المريـض.

PCC.14: تزويد المرضى والأسر بالمعلومات ومساعدتهم أثناء عملية إعداد الفواتير أو أي عملية إدارية أخرى.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

تثقيف المريض والأسرة بشأن العمليات الإدارية

الغرض:

يجب أن تتسم العمليات الإدارية، بما في ذلك عمليات إعداد الفواتير، بالشفافية والاحترام وتستجيب إلى احتياجات المرضى وأسرهم. وتضمن المستشفى أن المرضى وأسرهم قادرون على فهم العمليات الإدارية والمشاركة فيها.

دليل عملية المراجعة:

- ربما يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بزيارة قسم حسابات المرضى أو قسم إعداد فواتير المرضى (أو الأقسام المعنية الأخرى) من أجل تقييم عملية تقدير التكلفة، وتثقيف المرضى بشأن عملية إعداد الفواتير.
- ربما يستفسر مُراجع الهيئة أيضًا عن العمليات الإدارية الأخرى مثل الحصول على موافقة مسبقة من شركات التأمين، ورد التكاليف، ودفع مبلغ تحت الحساب، وغيرها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد موظف علاقات مرضي و/أو شئون مالية من أجل مساعدة المرضى و/ أو الأسر على فهم والتعامل مع عمليات إعداد الفواتير (أو غيرها من العمليات الإدارية).
٢. تتوافر الوثائق والأدوات لتقدير التكلفة.
٣. توجد عملية لضمان التثقيف والدعم الدوري للمرضى والأسر بشأن عملية إعداد الفواتير (أو غيرها من العمليات الإدارية).
٤. تحدد المستشفى المرضى الذين قد تتطلب حالتهم تكاليف أعلى من المتوقع وتقدم لهم المعلومات بشكل دوري.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقـوق المريـض والأسـرة؛ PCC.09: مـواد التثقيـف الصحـي للمريـض والأسـرة؛ PCC.10: عمليـة التعريـف بالمعلومـات للمريـض والأسـرة؛ PCC.07: الموافقـة علـى دخـول المستشـفى؛ ACT.02: عمليـة التسـجيل.

ضمان راحة المريض

PCC.15: أماكن الانتظار لمختلف الخدمات متمركزة حول المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

أماكن الانتظار

الغرض:

قد تعد أماكن الانتظار مرحلة مؤلمة بشكل كبير في تجربة المريض، فلا يقتصر انتظار المريض للحصول على خدمة طبية على مشاعر مثل القلق والخوف والارتباك ولاحباط والانزعاج فحسب ولكن قد يزداد الشعور بالإحباط إذا كانت منطقة الإنتظار بها مقاعد غير مريحة أو تفتقر إلى الاحتياجات الأساسية للإنسان أو كانت شديدة الإزدحام. تضمن المستشفى أن أماكن الانتظار مريحة ومناسبة لاحتياجات المريض والأسرة.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يزور المُراجع أماكن الانتظار المخصصة لاستيعاب المرضى أو أسرهم.
- قد تشمل الزيارات أماكن الانتظار في العيادات الخارجية أو غرفة الطوارئ أو مكتب الدخول أو مكتب التسجيل أو الكافتيريا أو في مناطق أخرى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. أماكن الانتظار مضاءة وجيدة التهوية ونظيفة وآمنة.
٢. أماكن الانتظار مخططة لاستيعاب العدد المتوقع من المرضى وأسرهم.
٣. توفر أماكن الانتظار الاحتياجات الأساسية للإنسان مثل دورات المياه ومياه الشرب والطعام.
٤. يتلقى المرضى معلومات حول مدة الانتظار المحتملة.

المعايير ذات الصلة:

ACT.05: الراحة البدنية وسهولة الوصول؛ ACT.06: لافتات تحديد الطريق.

PCC.16: توفر المستشفي إقامة مريحة للمرضي أثناء تلقيهم العلاج

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

إقامة مريحة

الغرض:

إن خلق مكان مريح للمرضى حتى يستعيدوا صحتهم مرة أخرى هو جزء لا يتجزأ من ضمان مغادرتهم المستشفى بإيجابية. وربطت أكثر من ٦٠٠ دراسة بين بيئة المستشفى وعوامل مثل رضاء المريض والتوتر والنتائج الصحية وجودة الرعاية الصحية الشاملة، وفقًا لما نقلته الجمعية الأمريكية للمستشفيات. وتشمل العوامل الرئيسية في بيئة الرعاية الصحية بالمستشفى مستويات الضوضاء وعلاج المريض والتعامل مع الألم والعوامل البيئية التي تُعيق أو تُسهل التواصل؛ وكل هذه العوامل مرتبطة ببعضها البعض. وعندما تكون الضوضاء شديدة ببيئة المستشفى، قد يواجه المرضى صعوبة في النوم أو الشعور بالراحة، مما يعيق قدرتهم على التعافي. وقد تعمل هذه الضوضاء على إعاقة عمليه التواصل أيضاً. وتعتبر نظافة المستشفى أمرًا ضروريًا لجعل المرضى يشعرون بالراحة والطمأنينة أثناء إقامتهم، فالنظافة تخلق جوًا أكثر هدوءًا. وتضمن المستشفى أن تكون إقامة المريض مريحة ومناسبة لاحتياجات المريض وأسرته.

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عدد من غرف المرضى ذات مستويات اقتصادية مختلفة من أجل تقييم مستوي الراحة بهم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع المرضى أو العاملين للاستفسار عن ساعات الزيارة، وتوافر الطعام الصحي، والإقامة المريحة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يمكن للمرضى التحكم في بيئة غرفتهم مثل التهوية ودرجة الحرارة والإضاءة والضوضاء.
٢. توافر مساحات ومعدات مريحة لاستخدام المريض.
٣. توافر طعام صحي للمرضى والمرافقين لهم على مدار اليوم وخلال أيام الأسبوع.
٤. ساعات الزيارة ملائمة للمرضى وأسرهم.

المعايير ذات الصلة:

ACT.05: الراحة البدنية وسهولة الوصول.

حماية متعلقات وخصوصية وسرية المريض

PCC.17: تحدد المستشفى وتبلغ وتحترم احتياجات المريض النفسية والدينية والروحية وغيرها من التفضيلات.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

احتياجات المريض

الغرض:

أشارت الأبحاث إلى أن التواصل أثناء التعاملات الطبية يمكن أن يؤثر على الحالة النفسية للمريض، وقد يكون له أثراً إيجابياً على النتائج النفسية والاجتماعية. ويجب أن تركز المزيد من الأبحاث على العمليات التي من خلالها يستطيع أعضاء الفريق الإكلينيكي تحديد احتياجات المريض النفسية حتى يتم توفير أساليب العلاج حسب الحاجة. وتوجد هياكل تمنح مقدمي الخدمة الاستقلالية في بعض عمليات صنع القرار التي تساعدهم في عملهم.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلات مع العاملين أو المرضى للاستفسار عن الاحتياجات النفسية والدينية والروحية وكيف يمكن تعديل بعض المهام الروتينية بناءً على هذه الاحتياجات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يقوم أعضاء الطاقم الطبي بتقييم وإعادة تقييم احتياجات المرضى النفسية والدينية والروحية ويتم توثيق ذلك.
٢. يتم تعديل خطط الرعاية وفقاً للاحتياجات النفسية والدينية والروحية للمريض .
٣. تعمل خدمات التنظيف وتقديم الطعام وغيرها من الخدمات علي تُقييم وإعادة تقييم تفضيلات المريض والأسرة.
٤. يتم تعديل المواعيد المحددة بما يتوافق مع تفضيلات المريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03: دعم الرعاية المتمركزة حول المريض؛ PCC.04: حقوق المريض والأسرة.

PCC.18: حماية كرامة المريض وخصوصيته وسريته أثناء جميع عمليات الرعاية الطبية؛ مثل الفحص والتقييم والرعاية والعلاج.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

كرامة المريض وخصوصيته وسريته

الغرض:

تتمثل أحد أهم الاحتياجات البشرية في الرغبة في التعامل باحترام وحفظ الكرامة. ومن حق المريض الحصول على رعاية تتسم بالاحترام والمراعاه في جميع الأوقات والظروف، وتُقدر قيمة شخص المريض وكرامته. كما تحافظ على خصوصية المريض، وخاصة خلال المقابلات التشخيصية، والفحوصات، والإجراءات/ العلاج، والإحالة. وقد يرغب المرضى في التمتع بالخصوصية بعيداً عن العاملين أو المرضى الآخرين أو حتى أفراد الأسرة المرافقين. يجب أن تعامل المستشفى معلومات المريض على أنها سرية ويجب أن تنفذ عمليات لحماية هذه المعلومات من تسريبها أو ضياعها أو سوء استخدامها.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ربما يلاحظ المُراجع مواقف مثل فحص المريض ويُقيم مدى الحفاظ على الخصوصية والسرية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تُحترم خصوصية المريض في جميع المقابلات التشخيصية والفحوصات والإجراءات/ العلاج والنقل.
٢. الحفاظ على سرية معلومات المرضى وفقا للقوانين واللوائح.
٣. يمكن للمرضى تحديد من يمكنه حضور عمليات الفحص أو التقييم أو التشخيص أو الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة.

PCC.19: تحديد مسئولية المستشفى تجاه متعلقات المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

متعلقات المريض

الغرض:

قد تشتمل ممتلكات المرضى على الملابس أو أطقم الأسنان أو سماعات الأذن الطبية أو النظارات أو العدسات اللاصقة أو الأشياء الثمينة مثل المجوهرات والأجهزة الإلكترونية والنقود و البطاقات الائتمانية/ الفيزا. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لقبول أو رفض الاحتفاظ بمتعلقات المرضى. وقد تقبل المستشفى الاحتفاظ بمتعلقات المريض من أجل تحقيق مصلحة المريض إذا لم يؤدي ذلك إلى تعطيل أو المساس بعمليات المستشفى أو سلامة المرضى أو العاملين، وإذا كان المريض غير قادر على تحمل مسئولية متعلقاته أو إذا لم يوجد أحد أفراد الأسرة أو من ينوب عنه لتولي الاحتفاظ بالمتعلقات. ويجب أن تتناول سياسة المستشفى على الأقل ما يلي:

أ. من المسئول عن تأمين متعلقات المريض
ب. متى تبدأ المسئولية عن هذه المتعلقات؟
ج. كيفية حماية المتعلقات؟ ولأي فترة زمنية؟ ماذا سيحدث بعد ذلك؟
د. كيف يتم إبلاغ المرضى والأسر بمسئولية المستشفى عن المتعلقات؟
ه. كيف تتعامل المستشفى مع حالات المفقودات والمتعلقات التي تم العثور عليها؟

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثيقة التي تحدد مسئوليات المستشفى تجاه متعلقات المريض.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع العاملين لتقييم درايتهم بسياسة المستشفى.
- أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يلاحظ المُراجع الملصقات أو الكتيبات أو وسائل الاتصال الآخرى التي تُخبر المرضى بمسئولية المستشفى تجاه متعلقاتهم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات الأمن وغيرها من السجلات والخزائن التي تحفظ بها متعلقات المرضى ويتم تسجيلها .

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة تحدد مسئوليات المستشفى تجاه متعلقات المريض كما هو مذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).

٢. جميع العاملين على دراية بسياسة المستشفى.
٣. يتم إبلاغ المريض أو الأسرة بالمعلومات المتعلقة بمسئولية المستشفى تجاه المتعلقات عند إمكانية تطبيق ذلك.
٤. يتم حماية متعلقات المريض وإعادتها له.
٥. يتم تسجيل المفقودات والمتعلقات التي تم العثور عليها وحمايتها وإعادتها إن أمكن. تحدد المستشفى العملية التي يجب اتباعها عندما لا يتم إرجاع المتعلقات أثناء إطار زمني محدد.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة.

الاستجابة إلى آراء المرضى وأسرهم

PCC.20: تعمل المستشفى علي تحسين الخدمات المقدمة بناءً على التغذية الراجعة من المرضى والأسر.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

التغذية الراجعة من المرضى والأسر

الغرض:

قد تكون التغذية الراجعة من المرضى تعبيراً عن ما يقلقهم أو الثناء أو الشكوى بشكل رسمي أو خلال استطلاعات الرأي والتي قد تساعد المستشفى على تحديد سبل تحسين الأداء الاكلينيكي وغير الاكلينيكي. وفي نهاية المطاف، يساعد ذلك علي تقديم رعاية أفضل وتحقيق رضاء المرضي. ويمكن للمستشفيات الحصول على التغذية الراجعة من المرضى بطرق متنوعة: استطلاعات رأي عن طريق التليفون أو مكتوبة أو من خلال مجموعات التركيز Focus groups المعنية بمناقشة موضوع بعينه أو من خلال المقابلات الشخصية. وتستخدم العديد من المستشفيات استطلاعات الرأي الورقية التي تعتبر أكثر الطرق فاعلية من حيث التكلفة وأكثرها موثوقية. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية إدارة التغذية الراجعة الواردة من المرضى. وتتناول سياسة المستشفى على الأقل ما يلي:

أ. قياس التغذية الراجعة من مرضي الأقسام الداخلية.
ب. قياس التغذية الراجعة من مرضى العيادات الخارجية.
ج. قياس التغذية الراجعة من مرضى الطوارئ.

يجب أن تحدد المستشفى ما إذا كانت هذه العملية تقيس تجربة المريض أم رضاء المريض. فإذا كانت تقيس تجربة المريض، يجب أن تُقيم المستشفى ما إذا كان شيئًا ما يجب أن يحدث في بيئة الرعاية الصحية ، فعلي سبيل المثال تقيم المستشفي ما إذا كان متخصص الرعاية الصحية قام بالتواصل الواضح مع المريض وكم مرة حدث التواصل. أما بالنسبة إلى رضاء المريض، يجب أن تقيس المستشفى ما إذا كانت توقعات المريض حول الرعاية الصحية قد تمت تلبيتها. فبالنسبة لشخصين يحصلان على نفس الرعاية بالضبط، ولكن لديهما توقعات مختلفة لكيفية تقديم هذه الرعاية، قد يعطيا تقييمات رضاء مختلفة بسبب اختلاف توقعاتهما. فالقياس وحده لا يكفي. فتحتاج المستشفى إلى تحليل وتفسير المعلومات التي تم الحصول عليها من التغذية الراجعة بعد قياسها و العمل علي تحديد مشاريع التحسين المحتملة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة التغذية الراجعة من المرضى والأسر.
- قد يُقيم مُراجع الهيئة عملية استخدام التغذية الراجعة من المرضى والأسر في تحسين الأداء أثناء جلسة مقابلة القيادات أو أثناء جلسة مراجعة برنامج الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية قياس واستخدام التغذية الراجعة من المرضى والأسر كما هي مذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. توجد أدلة على قيام المستشفى بتلقي وتحليل وتفسير التغذية الراجعة من المرضى والأسر.
٣. توجد أدلة على مشاركة التغذية الراجعة التي تم تفسيرها مع العاملين المعنيين والتخطيط لاستخدامها في التحسين.
٤. توجد أدلة على أن التغذية الراجعة من المرضى والأسر تُستخدم لتحسين جودة الخدمة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.22: الشكاوى والمقترحات.

PCC.21: يستطيع المرضى والأسر تقديم شكاوى ومقترحات شفهية أو كتابية من خلال عملية محددة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الشكاوي والمقترحات

الغرض:

في حين أن المستشفيات قادرة على قياس واستخدام التغذية الراجعة من المرضى بشكل استباقي، فقد يرغب المرضى والأسر أيضًا في تقديم شكاوى أو مقترحات شفهية أو بدون ذكر أسمائهم بشأن الرعاية التي تلقوها ويرغبوا في أن تتم مراجعة تلك الشكاوى أو المقترحات والتصرف بناءً عليها. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لإنشاء نظام موحد للتعامل مع مختلف شكاوى ومقترحات المرضى و/ أو أسرهم من أجل تسهيل المتابعة والمراقبة والتعلم من الممارسات. وتتناول سياسة المستشفى على الأقل ما يلي:

أ. آليات إبلاغ المرضى والأسر بقنوات الاتصال لتقديم شكواهم ومقترحاتهم.
ب. عمليات تتبع شكاوى ومقترحات المرضى والأسر.
ج. مسئولية الاستجابة لشكاوى ومقترحات المرضى.
د. الإطار الزمني لتقديم تغذية راجعة إلى المرضى والأسر حول الشكاوى أو المقترحات المقدمة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى.
- قد يُقيم مُراجع الهيئة عملية التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى أثناء أنشطة التتبع أو جلسة مقابلة القيادات أو جلسة مراجعة برنامج الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية التعامل مع شكاوى ومقترحات المرضى كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. تسمح المستشفى بإتاحة عملية تقديم الشكاوى للجمهور.
٣. يُسمح للمرضى والأسر بتقديم الشكاوى و المقترحات.
٤. تقوم المستشفى ببحث وتحليل الشكاوى و المقترحات.
٥. يتلقى المرضى والأسر تغذية راجعة بشأن شكاواهم أو ومقترحاتهم في غضون الإطار الزمني المعتمد.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.20: التغذية الراجعة من المرضى والأسر.

الحصول على الرعاية واستمراريتها وقواعد انتقالها
Access, Continuity, and Transition of Care

الغرض من الفصل:

إن الحصول على الرعاية هي العملية التي من خلالها يبدأ المريض في تلقي خدمات الرعاية الصحية. وتيسير الحصول على الرعاية الصحية هو مساعدة الأشخاص في طلب موارد الرعاية الصحية المناسبة من أجل الحفاظ على صحتهم أو تحسينها. ويعد الحصول على الرعاية مفهومًا معقدًا و يتطلب تقييم أربعة جوانب على الأقل: توافر الخدمة، والقدرة على تحمل التكاليف، واستحقاق الخدمة، وإمكانية الوصول لمكان الخدمة.

وتزداد أهمية استمرارية الرعاية للمرضى إذا زاد عدد كبار السن بالمجتمع، أو ظهر به أمراض متعددة ومشاكل معقدة، أو اشتمل على عدد كبير من المرضى الذين أصبحوا ضعفاء اجتماعيًا أو نفسيًا.

ويشير انتقال الرعاية إلى تنسيق واستمرارية الرعاية الصحية أثناء الانتقال من إحدى مؤسسات الرعاية الصحية إلى مؤسسة أخرى أو إلى المنزل، وبين متخصصي الرعاية الصحية والظروف المختلفة حيث تتغير حالات واحتياجات المرضي من الرعاية خلال العلاج من المرض المزمن أو الحاد.

على المستوى العالمي، قدمت منظمة الصحة العالمية الإطار العالمي للحصول على الرعاية عندما أعلنت أن جميع الأشخاص متساوون في الحصول على الخدمات الصحية عالية الجودة التي تُقدم بطريقة تلبي احتياجاتهم طوال حياتهم، ويتم تنسيقها عبر سلسلة متصلة من الرعاية، وتتسم بأنها شاملة وآمنة وفعالة وتُقدم في الوقت المناسب وبكفاءة وتحقق القبول والرضا؛ بالإضافة إلى التأكيد علي العمل علي رفع كفاءة جميع العاملين وتحفيزهم وتوفير البيئة الداعمة لهم.

على المستوى المحلي، يرتكز الدستور المصري على أهمية حصول جميع المصريين على خدمات الرعاية الصحية، مع التركيز بشكل خاص على توفير الرعاية الطارئة المنقذة للحياة. ولقد حددت القوانين المصرية الخاصة بإنشاء المستشفيات الحد الأدنى لمتطلبات الترخيص ومسارات الحصول على الرعاية. كماحددت لائحة أخلاقيات مهنة الطب إطار مسئوليات الأطباء تجاه المرضى. ويوجد قانون جديد قيد المناقشة عن المساءلة الطبية ، حيث من المتوقع وضع رؤية واضحة لمسئولية الطبيب عن الرعاية. بالإضافة إلى ذلك، أعلنت الحكومة المصرية عن مبادرة كبرى لتحول صناعة الرعاية الصحية في مصر، حيث يتم فصل التمويل عن تقديم الخدمة وتقيس هيئة الاعتماد جودة الخدمات المقدمة. وكل ذلك سيكون تحت مظلة "التأمين الصحي الشامل" حيث يتم وضع معايير مدى استحقاق المريض للحصول على الرعاية ووضع آليات الإحالة.

من الناحية العملية، يجب أن تأخذ المستشفيات في الاعتبار جميع سبل الحصول على الخدمات حتى قبل دخول المستشفى عند إمكانية تطبيق ذلك. ومن المهم أيضًا خلق ثقافة "الطبيب المسؤول". إن وضع سياسات تنظيمية بشأن تدفق المرضى ودراسة معوقات هذا التدفق يساعد المؤسسات على استخدام الموارد المتاحة بشكل أفضل وعلى التعامل بأمان مع المرضى.

أثناء المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، سيقوم المراجعون بتقييم عملية تدفق المرضى من وإلى المستشفى ومدى سلاسه هذه العمليه. كما سيقومون بإجراء مقابلات مع العاملين ومراجعة المستندات المتعلقة بالمعايير للتأكد من أن هذه العملية تتسم بالمساواة والفعالية والكفاءة.

الهدف من الفصل:

- الهدف الرئيسي هو التأكد من أن المؤسسة توفر وتحافظ على الحصول العادل والفعال للمرضى على خدمات الرعاية الصحية بطريقة فعالة وآمنة.
- قد يبدأ المريض في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال غرفة الطوارئ أو قسم العيادات الخارجية أو مكتب الدخول أو وحدة غسيل الكلى أو وحدة الرعاية النهارية أو مكاتب التسجيل/ الدخول.

- عند دخول المستشفى للعلاج وخلال رحلة المريض، يتحمل أحد الأشخاص مسئولية خطة الرعاية الخاصة بالمريض، حتى إذا كان المريض ممددا على نقالة في انتظار نقله من غرفة الطوارئ إلى غرفة المريض.
- تتغير أحيانا خطط الرعاية ويتعين استدعاء طبيب آخر للمشورة أو حتى لتحمل مسئولية رعاية المريض بالكامل. ويجب أيضًا على المستشفى مواجهة هذه المواقف بوضع عمليات واضحة للتعامل معها.
- يحتاج المرضى أحيانا نقلهم من مكان إلى آخر؛ وهذه العملية تنطوي على خطر سوء التعامل مع المعلومات وفقدان بعضها، لذا يجب على المؤسسات وضع عملية لتجنب هذه المخاطر.
- وأخيرًا، عند الخروج من المستشفى أو النقل أو الإحالة إلى خدمة خارج المستشفى، يجب توثيق ذلك وتوفير المعلومات الواضحة.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية مع الأخذ في الاعتبار بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. الدستور المصري
٢. قانون التأمين الصحي الشامل ٢٠١٨/٢
٣. قرار رئيس الوزراء ٢٠١٤/١٠٦٣ بشأن التعامل مع حالات الطوارئ
٤. القرار الوزاري رقم ١٨٦/ ٢٠٠١ بشأن التعامل مع حالات الطوارئ
٥. انتقال الرعاية، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٦
٦. قانون ٢٠١٨/١٠ بشأن حقوق المعاقين
٧. الكود المصري للبناء للمعاقين
٨. مطبوعات نقابة التمريض- إرشادات التمريض
٩. قرار وزير الصحة والسكان ٢١٦/ ١٩٨٢ بشأن تنظيم منشآت الرعاية الصحية
١٠. قرار وزير الصحة والسكان ٢٥٤/ ٢٠٠١ بشأن ملخص متطلبات الخروج من المستشفى
١١. مطبوعات الإدارة المركزية للطوارئ والرعاية الحرجة، وزارة الصحة والسكان المصرية

التدفق الفعال والآمن للمرضى إلى المستشفى

ACT.01: تعمل المستشفى على إتاحة خدماتها للمرضى وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها ومحددات/ضوابط الاستحقاق المحددة مسبقًا.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

إتاحة الحصول على خدمات المستشفي (قبل تسجيل المريض)

الغرض:

على الرغم من أن الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تبنت مفهوم التغطية الشاملة منذ بداية عام ٢٠٠٥، إلا أن عدداً قليلاً من الدول حقق الهدف. ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى كثرة المعوقات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة. فإذا توفرت الخدمات والإمدادات اللازمة، ستتواجد فرصة للحصول على الرعاية الصحية ويستطيع المجتمع " الحصول علي" الخدمات. يعتمد مدى إمكانية حصول المجتمع على الرعاية الصحية أيضاً على المعوقات المالية أو الاجتماعية أو الثقافية أو معوقات بالمستشفى والتي تحد من الانتفاع بالخدمات. وبالتالي، فإن قياس الحصول على الرعاية الصحية بمدى الانتفاع يعتمد على القدرة على تحمل تكلفة الخدمات وإمكانية الوصول للمكان، والرضاء عن الخدمات وليس مجرد كفاية الإمدادات. فالخدمات المتاحة تصبح مناسبة وفعالة إذا استطاع المجتمع "تحقيق نتائج صحية مرضية". ويجب الأخذ في الاعتبار توفر الخدمات ومعوقات الحصول عليها وذلك في سياق وجهات النظر المختلفة، والاحتياجات الصحية، والخلفيات المادية والثقافية لمختلف فئات المجتمع، مثل تجنب إعاقة حصول النساء علي الخدمة الصحية من خلال توفير متخصصات في الرعاية الصحية من الإناث في الوقت والمكان المناسبين. إن عملية تسجيل المريض- التي يتناولها المعيار التالي- تتضمن عادة مراجعة مدي استحقاق المريض لتلقي خدمات معينة. ومحددات/ ضوابط هذا الاستحقاق عادة ما يتم تحديدها مسبقًا من ممولي الرعاية الصحية وبالإستدلال بالقوانين واللوائح وسياسات المستشفى. ويجب أن تكون المحددات/ الضوابط المحددة مسبقًا متاحة للمسئولين عن إتاحة الخدمة الصحية للمرضي. ومن أجل تحسين إمكانية الحصول على خدمات المستشفى، يجب تعريف المرضى والأسر بالخدمات المتاحة.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية إتاحة الحصول على الرعاية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. عملية مسح لخصائص المرضي لتحديد ما إذا كان نطاق خدمات المستشفى يلبي احتياجاتهم من الرعاية الصحية.

ب. إتاحة الخدمة في الطوارئ بشكل آمن ومناسب لظروف المرضى.

ج. إتاحة الخدمة في الأقسام الخارجية والمتنقلة يشتمل على تحديد مواعيد وعملية انتظار محددة بوضوح للمرضى مما يضمن التعريف الصحيح للمريض ، وتبادل كافي وواضح للمعلومات، وتحقيق السلامة والراحة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى، ثم يقوم بزيارة نقطة الاتصال الأولى بالمستشفى مثل مكاتب الخدمة ومكتب الاستقبال ومراكز الاتصال التليفوني وغرف الطوارئ ومناطق العيادات الخارجية. ويجوز أن تكون الزيارة جزءًا من عملية مراجعة أخري مثل جولة أو نشاط تتبع.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة هذه المناطق ليقف على المعلومات المقدمة للمرضى مثل الكتيبات أو الملصقات أو الرسائل الإلكترونية أو الشفهية أو غيرها من أنواع المعلومات، وربما يقابل المرضى لتقييم مدي درايتهم بها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشأن إتاحة الحصول على الخدمة والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).

٢. يتم إبلاغ المرضى بالخدمات المتاحة، بما في ذلك ساعات العمل وأنواع الخدمات وتكلفة كل خدمة (عندما يكون ذلك

ملائماً) وكيفية الحصول علي الخدمة.

٣. تحدد المستشفى نظامًا لإبلاغ المرضى والأسر بالخدمات المناسبة علي أن يكون ذلك النظام مناسباً للمستويات التعليمية المختلفة ومتاحاً في نقاط الاتصال مع المرضي وأماكن تجمعات المرضي.

٤. نقل و/ أو إحالة المرضى إلى مؤسسات رعاية صحية أخرى عندما لا يتطابق نطاق خدمات المستشفى مع احتياجاتهم من الرعاية الصحية.

المعايير ذات الصلة:

ACT.05: السهولة والراحة في الوصول إلي المستشفي؛ ACT.06: لافتات تحديد الطريق؛ PCC.15: أماكن الانتظار؛ ACT.13: نقل المريض؛ ACT.14: إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة؛ ICD.22: احتياجات المريض الوظيفية.

ACT.02: تضمن المستشفى عملية تسجيل آمنة وفعالة ومريحة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

عملية التسجيل

الغرض:

إن تسجيل المرضى هو نقطة البداية بالنسبة لأفراد المجتمع حتى يستفيدوا من خدمات نظام الرعاية الصحية. وهي عادة عملية معقدة تتطلب إدخال كمية كبيرة من بيانات المريض الأولية، بما في ذلك مجموعة من المعلومات الديموجرافية عن المريض مثل المعلومات الشخصية وبيانات الاتصال، ووضع جدول الإحالة أو جدول المواعيد، ومجموعة من المعلومات عن التاريخ المرضي للمريض، والتأكد من الجهة المسئولة عن دفع التكاليف. وإذا لم يتم التعامل مع هذه العملية بشكل صحيح، يمكن أن تؤدي هذه السلسلة من نقاط الاتصال الأولية إلى عدد من المشكلات المستمرة، بما في ذلك إنهاك المرضى مما يجعلهم يقررون عدم متابعة رعايتهم في مستشفى غير منظمة. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التسجيل. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. وضع نطاق خدمات المستشفى.

ب. عملية المسح الأولي لبيانات المرضي تتم بواسطة موظف كفء.

ج. تستخدم عملية المسح لتحديد أولوية احتياجات الرعاية الطبية والتمريضية للمرضى في حالات الطوارئ أو العيادات الخارجية أو وحدات الإجراءات التداخلية أو الإحالة إلي المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى في التسجيل، ثم يقوم بزيارة أماكن تسجيل المرضى بالمستشفى مثل مكاتب الخدمة أو مكتب الاستقبال أو مراكز الاتصال التليفوني أو مكتب التسجيل أو مكتب الدخول أو غرف التمريض أو غرف الطوارئ أو مناطق العيادات الخارجية. ويجوز أن تكون الزيارة جزءًا من عملية مراجعة أخري مثل جولة أو نشاط تتبع.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة هذه المناطق لملاحظة المعلومات المقدمة للمرضى مثل الكتيبات أو الملصقات أو الرسائل الإلكترونية أو الشفهية أو غيرها من أنواع المعلومات.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة أيضا المرضى المختلفين للتأكد من أن عمليات تسجيل المرضى تتم بطريقة موحدة خاصة مع الحالات الحرجة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لمطابقة احتياجات المرضى من الرعاية الصحية بنطاق خدمات المستشفى وهذه

السياسـة تتنـاول جميـع العناصـر المذكـورة فـي الغـرض مـن نقطـة (أ) إلـى نقطـة (ج).

٢. جميع العاملين المشاركين في تسجيل المرضى ومسار حركة المريض على دراية بسياسة المستشفى.

٣. معلومـات عمليـة التسـجيل ومسـار الحركـة متاحـة ومرئيـة للمرضـى والأسـر عنـد نقطـة الاتصـال الأولـى وفـي الأماكـن العامـة.

٤. عمليات تسجيل المريض ومسار حركته موحدة لجميع المرضى.

المعايير ذات الصلة:

ACT.05: الراحـة البدنيـة وسـهولة الوصـول؛ ACT.06: لافتـات تحديـد الطريـق؛ PCC.15: أماكـن الانتظـار؛ ACT.13: نقـل المريـض؛ DAS.02: تقديـم خدمـات التصويـر الطبـي.

ACT.03: (NSR.01) التعريـف الصحيـح والدقيـق للمريـض عـن طريـق اسـتخدام وسـيلتين علـى الأقـل لتعريـف المريـض والعناصـر الأخـرى المتعلقـة بخطـة رعايتـه.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التعريف الصحيح للمريض

الغرض:

إن تقديـم الرعايـة أو عمـل إجـراء للمريـض الخطـأ يعتبـر خطـأ جسـيم ، وقـد يكـون لـه تبعـات خطيـرة. واسـتخدام وسـيلتين للتعريـف الصحيـح علـي كل مريـض هـو الإجـراء الأمثـل فـي الحـد مـن مثـل هـذه الأخطـاء الممكـن تداركهـا، وهـو أمـر مهـم بشـكل خـاص عنـد إعطـاء الأدويـة شـديدة الخطـورة أو تنفيـذ إجـراءات تداخليـة تنطـوي علـى مخاطـر كبيـرة.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التعريف الصحيح للمريض. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. وجود وسيلتين مميزتين للتعريف الصحيح للمريض.

ب. المواقف التي تتطلب التحقق من التعريف الصحيح للمريض.

ج. عناصـر الرعايـة المرتبطـة بالتعريـف الصحيـح للمريـض مثـل إعطـاء الأدويـة و مـع العينـات الإكلينيكيـة والـدم ومشـتقاته وغيرها.

د. طريقة توثيق طرق التعريف الصحيح للمريض مثل أساور المعصم وبطاقات الهوية وغيرها.

ه. محددات / ضوابط الوسائل المستثناه من تعريف المريض مثل رقم سرير المريض ورقم غرفة المريض وغيرها.

و. الحـالات الخاصـة التـي قـد لا يُتبـع فيهـا نفـس عمليـة التعريـف الصحيـح للمريـض مثـل حديثـي الـولادة والأشـخاص غيـر المحـددة هويتهـم والكـوارث وغيرهـا.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة السياسـة ذات الصلـة للتحقق من الوسـيلتين (الشـخصيتين) المطلوبتيـن للتعريـف الصحيـح للمريـض والحـالات التي تتطلب اسـتخدامهما.
- ربمـا يقـوم مُراجـع الهيئـة بمراجعـة عـدد مناسـب مـن السـجلات الطبيـة ويتحقـق فـي كل ورقـة مـن وسـيلتي التعريـف الصحيـح للمريـض المذكورتيـن فـي السياسـة.
- ربمـا يقابـل مُراجـع الهيئـة عـددا مـن متخصصـي الرعايـة الصحيـة (عـدد ١٠ مثـلا) لسـؤالهم عـن وسـيلتي التعريـف الصحيـح للمريـض ومتـى يجـب اسـتخدامهما.
- ربمـا يلاحـظ مُراجـع الهيئـة أسـاور المعصـم كأحـد طـرق التعريـف الصحيـح للمريـض ويلاحـظ عمليـة التعريـف الصحيـح للمريـض قبـل الإجـراءات أو الرعايـة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة للتعريف الصحيح للمريض والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. يتم التعريف الصحيح للمريض وفقًا للسياسة.
٤. تسجيل وسيلتي التعريف الصحيح للمريض في سجل المريض الطبي.
٥. تتتبع المستشفى بيانات عملية التعريف الصحيح للمريض وتجمعها وتحللها وترفع تقريرا بشأنها.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية التعريف الصحيح للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ACT.17: نموذج الإحالة والنقل؛ DAS.08: نتائج التصوير الطبي؛ DAS.15: عملية ما قبل الفحص؛ ICD.17: الأوامر والطلبات؛ SAS.07: الوقت المستقطع Time-Out .

ACT.04: تضمن المستشفى أن تكون عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج آمنة وفعالة ومريحة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج

الغرض:

يتضمن دخول المستشفى الإقامة في المستشفى لمدة ليلة واحدة على الأقل أو أكثر. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لتوضيح وتبسيط عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. إجراءات دخول المرضى للمستشفى لتلقي العلاج، تتضمن القادمون من منطقة العيادات الخارجية ومناطق الطوارئ وغيرها من طرق دخول المستشفى لتلقي العلاج.
ب. خطة رعاية محددة وإطار زمني محدد لعملية دخول المستشفى لتلقي العلاج.
ج. المعلومات التي ينبغي إبلاغها للمريض والأسرة وقت دخول المستشفى لتلقي العلاج.
د. التعامل مع المرضى عند عدم توفر سرير.
ه. التعامل مع المرضى الذين لا تلبي المستشفى احتياجاتهم من الرعاية وتتضمن الرعاية في غرف الطوارئ أو العيادات الخارجية أو خدمات المرضى في الأقسام الداخلية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى في دخول المستشفى لتلقي العلاج، ثم يقوم بزيارة أماكن دخول المستشفى مثل مكتب الدخول أو غرف التمريض أو غرف الطوارئ أو مناطق العيادات الخارجية. ويجوز أن تكون الزيارة جزءًا من عملية مراجعة أخرى مثل جولة أو نشاط تتبع.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة مريضاً للتحقق من الفاصل الزمني المستغرق بين وقت اتخاذ قرار دخول المستشفى لتلقي العلاج والوقت الذي أصبح فيه المريض بالفعل على السرير. وقد يتم التحقق في هذه الفترة بدقة للتعرف على كيفية استجابة المستشفى لاحتياجات المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة بشأن عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).

٢. جميع العاملين المشاركين في تسجيل المرضى ومسار حركة المريض على دراية بسياسة المستشفى.
٣. عند الحاجة إلى رعاية المريض أثناء عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج، يتم تسجيل خطة رعاية محددة في سجل المريض الطبي.
٤. في حالة عدم توفر سرير للمريض، يبقى المريض بشكل آمن ومريح وفقًا لاحتياجاته الطبية.

المعايير ذات الصلة:

PCC.17: احتياجات المريض؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.09: تقييمات التمريض للمرضى؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.10: تقييم احتياجات الرعاية الصحية.

ACT.05: تعمل المستشفى بالتعاون مع الشركاء من المجتمع لتيسير الوصول إلى المستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تيسير الوصول إلى المستشفى

الغرض:

غالبًا ما يواجه أفراد المجتمع عوائق تعيقهم من الحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجونها. ومن أجل الحصول على الخدمة الصحية الكافية واللازمة والملائمة، يجب العمل على إتاحتها ويكون ذلك في إطار زمني محدد. وحتى مع توفر ما يكفي من خدمات الرعاية الصحية للمجتمع، توجد عوامل أخرى يجب وضعها في الاعتبار متعلقة بالإتاحة. على سبيل المثال، يجب أن تتوفر للمريض وسائل الوصول إلى الخدمات ، مثل أن تتوافر وسائل المواصلات إلى الخدمات التي ربما تكون على مسافة بعيدة. وقد تعمل المستشفيات التي ترغب في الحصول على الاعتماد مع سلطات أو أفراد المجتمع من أجل ضمان توافر وسائل المواصلات العامة، ومنحدرات ومسارات الكراسي المتحركة وعربات الترولي، ومساحة كافية لوقوف السيارات.

دليل عملية المراجعة:

في اليوم الأول من المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ربما يلاحظ المُراجع إمكانية الوصول إلى المستشفى في طريقه إلى المستشفى، ويحدد العوائق المحتملة التي تعيق الوصول مثل عدم توافر وسائل مواصلات عامة قريبة، أو وجود حاجز مادي مثل وجود ترعة أو مجري مائي، أو حتى عدم وجود لافتات واضحة توضح الطريق إلي المستشفي . ويمكن مناقشة هذه الملاحظات مع قيادات المستشفى في جلسة مقابلة القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم عمل تقييم للاحتياجات وتحليلها من أجل تحديد احتياجات المرضى بشأن إمكانية الوصول إلى المستشفى وتحقيق الراحة.
٢. تضمن المستشفى الوصول الآمن من خلال وسائل المواصلات المتعددة، سواء كانت خاصة أو عامة أو كليهما.
٣. المرضي الذين يعانون من مختلف أنواع الإعاقات يسهل عليهم الوصول إلي خدمات المستشفي .

المعايير ذات الصلة:

PCC.15: أماكن الانتظار؛ ACT.07: مخاطر تدفق المريض؛ ACT.13: نقل المريض؛ ICD.22: احتياجات المريض الوظيفية؛ DAS.02: تقديم خدمات التصوير الطبي.

ACT.06: استخدام لافتات مناسبة وواضحة لتحديد الطريق من أجل مساعدة المرضى والأسر على الوصول إلى وجهتهم داخل المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

لافتات تحديد الطريق

الغرض:

قد يوجد بعض الصعوبات في الوصول إلي الأماكن داخل المستشفي. فغالباً ما تتطور هذه البيئات مع مرور الوقت وتشمل العديد من المباني أو الأماكن. مما يجعل الوصول إلي الأماكن في هذه المستشفيات أمراً صعباً. وبالاضافة إلى ذلك، غالبًا ما يكون المرضى والأسر الذين يزورون مؤسسات الرعاية الصحية يشعرون بالتوتر والضغوط. يمكن أن تساعد وسائل توضيح الطريق في تقليل ما يشعرون به من توتر وضغوط من خلال توفير لافتات سهلة التتبع وعلامات اتجاهات مقروءة تساعدهم في الوصول إلي وجهتهم. وتعد أحد الاعتبارات الهامة عند تصميم ووضع علامات تحديد الطريق هو تصميمها بطريقة تساعد جميع المستخدمين علي اختلاف أنواعهم. فإيجاد الطريق الصحيح أمر هام لجميع الأشخاص. وتعد الإضاءة عامل هام في توضيح اللافتات والعلامات؛ وعليه، يجب أن تكون اللافتات مقروءة في مختلف ظروف الإضاءة وفي مختلف ظروف الطقس (إذا استخدمت اللافتات خارج المستشفى). في بعض الأماكن، يقل الاعتماد على اللافتات المكتوبة، وتعتمد الأنظمة بشكل كبير على الإشارات غير النصية مثل الألوان والرموز.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، ربما يلاحظ المُراجع إمكانية قراءة اللافتات ووضوحها وكونها مقبولة. وقد تتضمن لافتات تحديد الطريق جميع اللافتات التي يقابلها المرضى خلال رحلتهم في المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. جميع مناطق المستشفى محددة باللافتات والعلامات.
٢. توضع اللافتات والعلامات في الأماكن الخاصة بها لتجنب حيرة المريض والأسرة.
٣. عند استخدام لافتات ذات دلالة لونية، يجب توفير تعليمات واضحة حول ما يعنيه كل لون.
٤. اللافتات مرئية ومضاءة في جميع أوقات العمل.

المعايير ذات الصلة:

PCC.15: أماكن الانتظار؛ ACT.13: نقل المريض؛ DAS.02: تقديم خدمات التصوير الطبي.

تدفق المرضى فعال وآمن

ACT.07: يوجد بالمستشفى خطة معتمدة لتقييم والتعامل مع مخاطر تدفق المرضى.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

مخاطر تدفق المرضي

الغرض:

يُعرَّف تدفق المرضي على أنه حركة المرضى ونقل المعلومات أو المعدات بين الأقسام أو بين مجموعات العاملين أو المستشفيات بصفته جزء من مسار رعاية المرضى. ويعد التدفق الفعال المرضي في أنظمة الرعاية الصحية، أمرًا بالغ الأهمية لتقديم رعاية آمنة وفعالة. وقد يؤدي ضعف الأداء في التعامل مع تدفق المرضي إلى زيادة التكاليف وتدني جودة الخدمة ومرور المرضى بتجربة سيئة. ومن العوامل التي تعيق تحقيق التدفق السلس للمريض عبر أماكن الرعاية هو عدم التكامل سواء داخل المستشفى أو بين المستشفيات. وقد يؤدي زيادة الطلب والسعة الاستيعابية في أنظمة الرعاية الصحية

إلـي حـدوث اختناقـات فـي تقديـم الرعايـة فـي المستشـفيات سـواء كانـت مُجدوَلـة أو غيـر مُجدوَلـة. وإذا كان التنسـيق بيـن الأقسـام والخدمـات المختلفـة دون المسـتوى الأمثـل، فـلا يتحقـق التدفـق الفعـال للمريـض. إن مصطلـح تقييـم المخاطـر عـادة مـا يسـتخدم لوصـف العمليـة أو الطريقـة الشـاملة التـي يتـم بهـا تحديـد المخاطـر؛ وتحليلهـا وتقييمهـا والتحكـم فيهـا. وفـي هـذه الحالـة، يتنـاول تقييـم المخاطـر أيضًـا الاسـتخدام الأمثـل للمـوارد. ويتنـاول تقييـم المخاطـر لتدفـق المرضـي الأماكـن والتوقيتـات والظـروف التـي تـؤدي إلـى ذروة الإشـغال وذروة تدفـق المرضـى. تقـوم المستشـفى بإجـراء تقييـم مخاطـر مـن أجـل تحديـد الأماكـن التـي توجـد فيهـا اختناقـات بالمستشـفى، ثـم وضـع نظـام اسـتراتيجي كامـل ونهـج موحـد ومشـترك لتحسـين تدفـق المرضـى وتضميـن احتياجـات وآراء المرضـى فـي جوهـر خطـط الرعايـة؛ ممـا يدعـم الاسـتخدام الأمثـل للمـوارد، ويعمـل علـى تجنـب التأخيـر غيـر الضـروري فـي تقديـم الرعايـة، ويسـهل التنسـيق السـلس للرعايـة بيـن مختلـف الأماكـن. يمكـن تحقيـق التحسـن فـي تدفـق المرضـى مـن خـلال العمـل علـى إعـادة تصميـم عمليـات الرعايـة، وتعزيـز الحصـول علـي الرعايـة فـي إطـار زمنـي جيـد، وتحسـين اسـتخدام مـوارد الرعايـة الصحيـة. وتتنـاول خطـة إدارة المخاطـر سـيناريوهات متعـددة لتدفـق المرضـى، وتحـدد أماكـن الإختناقـات ، ومناطـق الازدحـام، كمـا يلـزم عمـل إجـراءات/ مشـاريع التحسـين مـن أجـل تحقيـق الكفـاءة فـي تدفـق المرضـي.

دليل عملية المراجعة:

- يعقـد مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة جلسـات مراجعـة تفاعليـة لبرنامـج إدارة الجـودة مـن أجـل تقييـم عمليـات تحسـين الأداء بالمستشـفي. وخـلال هـذه الجلسـة، يُقيـم المراجـع فـرص التحسـين فـي تدفـق المرضـى والإجـراءات التـي اتخذتهـا المستشـفى للتعامـل مـع هـذه الفـرص.
- قـد يلاحـظ المُراجـع الاختناقـات أو الأماكـن المزدحمـة أثنـاء الجـولات المختفلـة والتتبـع بالمستشـفى. قـد يتـم مقارنـة هـذه الملاحظـات مـع تقييـم المخاطـر الـذي تجريـه المستشـفى لتقييـم مـدي شـموليته.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد تقييم مخاطر لتدفق المرضى ويتناول جميع أماكن المستشفى.
٢. يشارك كل من له صله في إجراء تقييم المخاطر.
٣. يتم تحديد الاختناقات والأماكن المزدحمة.
٤. يتم اتخاذ إجراءات لتحسين تدفق المرضى.

المعايير ذات الصلة:

ACT.05: الراحـة البدنيـة وسـهولة الوصـول؛ PCC.15: أماكـن الانتظـار؛ ACT.13: نقـل المريـض؛ ACT.14: إمكانيـة الوصـول إلـى وحـدات الرعايـة المتخصصـة؛ ICD.22: احتياجـات المريـض الوظيفيـة؛ DAS.02: تقديـم خدمـات التصويـر الطبـي.

ACT.08: تضمن المستشفى تحديد مسئوليات آمنة وفعالة وواضحة عن رعاية المرضى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

مسئوليات رعاية المرضى

الغرض:

غالبًـا مـا يحتـاج المرضـى فـي المستشـفيات ومؤسسـات الرعايـة الصحيـة إلـى رعايـة مـن أكثـر مـن متخصـص رعايـة صحيـة فـي نفس الوقـت. يمكـن أيضًـا للمرضـي الذيـن يتلقـون الرعايـة فـي العيـادات الكبـري أو مـن منشـآت صحيـة آخـري أن تتـم رعايتهـم علـى يـد أكثـر مـن طبيـب. وبوجـه عـام، يشـير مصطلـح الطبيـب المسـؤول (Most Responsible Physician- MRP) إلـى الطبيـب الـذي يتحمـل المسـئولية الكاملـة عـن توجيـه وتنسـيق الرعايـة والتعامـل مـع مريـض فـي وقـت محـدد. وقـد يـؤدي الخطـأ فـي فهـم مـن الطبيـب المسـؤول عـن المريـض مـن بيـن الفريـق إلـى عـدم تقديـم الرعايـة بالشـكل الصحيـح وقـد يـؤدي إلـي حـدث

عرضـي وزيـادة المخاطـر الطبيـة القانونيـة. ويجـب أن تتنـاول البروتوكـولات:

I. إن تحديـد الطبيـب المسـئول وإدارة تسـليم وتسـلم الرعايـة بشـكل صحيـح قـد يـؤدي إلـى تحسـين سـلامة المرضـى وتقليـل المخاطـر الطبيـة والقانونيـة التـي قـد يتعـرض لهـا الأطبـاء مـن خـلال منـع التعطـل المحتمـل فـي سلسـلة التواصـل بيـن أعضـاء فريـق الرعايـة الصحيـة مـن ناحيـة ومـع المريـض مـن ناحيـة أخـري، وبالتالـي المسـاعدة فـي ضمـان تجنـب حـدوث عـدم الاتسـاق أو التكـرار فـي الرعايـة.

II. يجـب تعريـف المريـض بهويـة الطبيـب المسـؤول منـذ البدايـة ووفقـاً للظـروف الخاصـة بـكل حالـة. يجـب أن يُوضـح فـي سـجل المريـض الطبـي الطبيـب المسـؤول المكّلـف. علـى الرغـم مـن أنـه مـن الطبيعـي أن يكـون الطبيـب المعالـج أو الـذي أدخـل المريـض المستشـفى هـو الطبيـب المسـئول، فقـد لا يكـون هـذا هـو الحـال دائمًـا.

تضـع المستشـفى وتنفـذ سياسـة وإجـراءات توجـه عمليـة التكليـف بمسـئولية رعايـة المريـض. وتتنـاول السياسـة علـى الأقـل مـا يلـي:

أ. لكل مريض يتلقى العلاج بالمستشفى طبيب مسؤول عنه حسب حالة المريض الإكلينيكية.

ب. شروط طلب ومنح ونقل مسئولية الرعاية.

ج. كيـف يتـم نقـل المعلومـات الخاصـة بتقييـم المريـض وخطـة الرعايـة، ومنهـا الخطـوات المعلقـة، مـن الطبيـب المسـؤول الأول إلـى الـذي يليـه.

د. عملية ضمان التعريف الصحيح والواضح للمسئولية بين أطراف "نقل المسئولية".

دليل عملية المراجعة:

يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة الوثائـق التـي تصـف العمليـة المعتمـدة التـي تتبعهـا المستشـفى بشـأن التكليـف بمسـئولية رعايـة المرضـى، ويلـي ذلـك مراجعـة سـجلات المريـض الطبيـة المفتوحـة أو المغلقـة لتحديـد مـن هـو الطبيـب المسـؤول عـن رعايـة المرضـى الذيـن تـم فحصهـم. ويمكـن تقييـم الفجـوات التـي تـم تحديدهـا مـن خـلال إجـراء مقابـلات مـع متخصصـي الرعايـة الصحيـة الآخريـن مـن أجـل التحقـق مـن الاتسـاق.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجـد بالمستشـفى سياسـة وإجـراءات معتمـدة بشـأن التكليـف بمسـئولية الرعايـة والتـي تتنـاول جميـع العناصـر المذكـورة فـي الغـرض مـن نقطـة (أ) إلـى نقطـة (د).

٢. سجل المريض الطبي يحدد من هو الطبيب المسؤول عن رعايته.

٣. إجراء عملية تسليم وتسلم واضحة في حالة نقل مسئولية الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

ICD.02: التعـاون فـي الرعايـة؛ ICD.17: الأوامـر والطلبـات؛ ACT.09: التواصـل عنـد تسـليم وتسـلم الرعايـة؛ ACT.07: مخاطـر تدفـق المرضـي؛ ACT.12: عمليـة الرعايـة والعـلاج متعـددة التخصصـات ؛ ACT.15: خـروج المريـض من المستشـفى.

ACT.09: (NSR.07) تنفيذ نهج موحد للتواصل عند تسليم وتسلم الرعاية بما في ذلك إتاحة الفرصة لطرح الأسئلة والرد عليها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية

الغرض:

الهـدف الأساسـي مـن "تسـليم وتسـلم الرعايـة" هـو النقـل المباشـر لمعلومـات دقيقـة عـن رعايـة المرضـى بيـن العامليـن مـن أجـل ضمـان اسـتمرارية الرعايـة. عـلاوة علـى ذلـك، فـإن ذلـك يتيـح الفرصـة للتوضيـح ممـا يقلـل بالتالـي مـن الأخطـاء الطبيـة. تضـع

المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. إطار التواصل الموصى به، مثل SBAR و ISOBAR و I PASS the BATON وغيرها.
ب. حالات استخدام هذا الإطار؛ وهذا يشمل على سبيل المثال لا الحصر الفترات الفاصلة بين النوبتجيات المختلفة (في نفس القسم)، وبين مختلف مستويات الرعاية (أقسام/ خدمات مختلفة).
ج. شروط حضور العاملين وقت التسليم والتسلم.
د. مسئوليات العاملين.
ه. البيئة الموصى بها.
و. وسائل تسجيل العملية مثل سجل تسليم وتسلم النوبتجية و/ أو نموذج الإقرار، و/ أو وسيلة الكترونية لتسليم وتسلم النوبتجية و/ أو طرق أخرى كأدلة التطابق مع المعيار.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة تسليم وتسلم رعاية المرضى بين النوبتجيات المختلفة (في نفس القسم) وكذلك بين مختلف مستويات الرعاية (أقسام/ خدمات مختلفة) للتحقق من وجود إطار عمل موصى به (مثل SBAR و ISOBAR و I PASS the BATON وغيرها) والعاملين المسؤولين والبيئة الموصى بها والتسجيل.
- يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية و/ أو سجلات تسليم النوبتجية و/ أو نموذج الإقرار و/ أو وسيلة تسليم وتسلم النوبتجية الكترونيا و/ أو طرق أخرى كأدلة التطابق مع المعيار.
- يقوم مُراجع الهيئة بمقابلة العاملين للتحقق من معرفتهم بإطار التسليم والتسلم المتفق عليه.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع متخصصي الرعاية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. تسجيل التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية وإتاحتها عند الحاجة.
٤. تتتبع المستشفى بيانات عملية التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية وتجمعها وتحللها وترفع تقريرا بشأنها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل.

ACT.10: عملية التماس الحصول على رأي ثانٍ متاحة وآمنة وفعالة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

التماس الحصول علي رأي ثانٍ

الغرض:

إن الحصول علي رأي ثانٍ هو قيام طبيب آخر بالمراجعة والتقييم بشكل مستقل للتأكد من أو إضافة أو مراجعة تشخيص المريض والعلاج المقترح من متخصص رعاية صحية آخر. ويحق للمريض أن يلتمس ويخضع إلى نفس عملية التقييم على يد عضو طاقم طبي آخر للتأكد من دقة التشخيص الأول وما إذا كانت خطة العلاج الموصوفة هي الأكثر كفاءة وفاعلية . وبعيداً عن عملية التأكد، يمكن للمريض أن يلتمس رأي ثانٍ إذا كان غير راضياً عن التشخيص الأول وخطة العلاج ويرغب في معرفة رأي أو نهج علاج أخر. وفي الإجراء الجراحي، يوصي بالحصول علي رأي ثانٍ فقط إذا كان الإجراء غير طارئ. وعلي الرغم من أن التماس الحصول علي رأي ثانٍ هو حق للمريض، إلا أنه قد لا تستطيع بعض

المستشفيات توفيره نظراً لنقص الخبرات أو عدم توافر الموارد، وفي هذه الحالات، تحتاج المستشفي إلي تعريف المريض بالموارد المتاحه خارج المستشفي. وتضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية تقديم رأي ثان بشكل آمن وفعال. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. معايير محددة لحصول المرضى على رأي ثان.
ب. عملية واضحة لتوصيل طلبات الحصول على رأي ثان إلى متخصصي الرعاية الصحية المعنيين.
ج. عملية واضحة لتوصيل المعلومات الأساسية إلى من يعطي الرأي الثاني من متخصصي الرعاية الصحية.
د. الإطار الزمني للرد على التماسات الحصول على رأي ثان.
ه. تفاصيل الرد لضمان تخطيط رعاية آمنة ومناسبة.
و. الإجراءات المتخذة عندما يتعذر على المستشفى توفير رأي ثانٍ.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى بشأن الحصول على رأي ثانٍ، ويلي ذلك مراجعة سجلات المريض الطبية المفتوحة أو المغلقة لتقييم العملية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية والمرضى والأسر للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع العاملين المشاركين في عملية الحصول على رأي ثانٍ على دراية بسياسة المستشفى.
٣. يتم تقديم رأي ثانٍ ، إذا كانت هذه الخدمة متوفرة بالمستشفي
٤. عندما يتعذر على المستشفى تقديم رأي ثانٍ، يتم إبلاغ المرضى وأسرهم بالبدائل الأخرى.
٥. يتم تسجيل عملية التماس الحصول علي رأي ثانٍ والتواصل ذو الصلة والرد عليه في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية؛ ACT.11: عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات .

ACT.11: عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر متاحة وآمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

عملية الحصول على المشورة

الغرض:

المشورة من طبيب آخر هي عملية التماس التقييم من طبيب ذو تخصص آخر من أجل اقتراح التشخيص أو خطة العلاج ، وفي كثير من الأحيان، تتسم المشورة من طبيب آخر بالتواصل المهني حيث يتبادل الأطباء الآراء والمعرفة بهدف تحسين قدرتهم على تقديم أفضل رعاية لمرضاهم. وهذا الحوار قد يكون جزءًا من جهود الطبيب للحفاظ على المعرفة العلمية والمهنية الحالية أو قد تحدث المشورة استجابة لاحتياجات المريض. وعلى الرغم من أن المشورة من طبيب آخر تُطلب عادةً بطريقة فعالة تهدف إلى السرعة في رعاية المريض، إلا أنه تحدث مواقف تؤدي فيها العلاقة بين متخصصي الرعاية الصحية إلى عملية تشاور غير فعالة ولا ترقى إلى مستوى التشاور بين زملاء المهنة مما قد يضر بمصلحة المريض. على سبيل المثال: قد يتعرض المريض والاستشاري لضرر كبير عند طلب المشورة من طبيب آخر في وقت

متأخر من عملية الرعاية، أو عندما لا تُقدم معلومات أساسية كافية، أو عند عدم توضيح سبب المشورة، أو عند التأخر في الرد على التماس المشورة. وتضع المستشفى وتنفذ عملية آمنة ومناسبة للحصول على المشورة من طبيب آخر تتناول على الأقل ما يلي:

أ. معايير محددة لحصول المرضى على المشورة من طبيب آخر.
ب. النتيجة المتوقعة ومدى ضرورة الحصول على المشورة من طبيب آخر.
ج. عملية واضحة لإبلاغ متخصصي الرعاية الصحية المعنيين بالتماسات الحصول على المشورة من طبيب آخر.
د. الإطار الزمني للرد على التماس الحصول على المشورة من طبيب آخر
ه. تفاصيل الرد لضمان تخطيط رعاية آمنة ومناسبة.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثيقة التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى بشأن الحصول على المشورة من طبيب آخر ، ويلي ذلك مراجعة سجلات المريض الطبية المفتوحة أو المغلقة لتقييم تنفيذ العملية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. متخصصو الرعاية الصحية المشاركون في عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر على دراية بسياسة المستشفى.
٣. الحصول على المشورة من طبيب آخر بناءً على احتياجات المريض.
٤. الحصول على المشورة من طبيب آخر ضمن إطار زمني محدد.
٥. عملية تبادل المعلومات بين الطبيب الذي يطلب المشورة والطبيب القائم بالرد عليها تتم بوضوح وتصف حالة المريض والمعلومات الهامة، ويتم تسجيلها في سجل المريض الطبي

المعايير ذات الصلة:

ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية ؛ ACT.10: التماس الحصول على رأي ثانٍ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات.

ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات آمنة وفعالة وملائمة لحالة واحتياجات المريض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الرعاية والعلاج متعددة التخصصات

الغرض:

عادة ما تحدث عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات في شكل اجتماع مجموعة من المتخصصين ذوي تخصصات إكلينيكية واحدة أو أكثر حيث يتخذون معًا قرارات بشأن العلاج الموصى به لمرضى بعينهم. والفرق متعددة التخصصات قد تتخصص في حالات معينة، مثل السرطان أو مرض السكري أو حالات أخرى. ويتم اتخاذ القرارات الإكلينيكية بناءً على مراجعة الوثائق الإكلينيكية مثل مراجعة الملاحظات على الحالة ونتائج الفحوصات والتصوير التشخيصي وما إلى ذلك. وقد وقد يحضر المريض أو لا يحضر أثناء اجتماعات عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات. ويحدد متخصصو الرعاية الصحية مجالات متعددة لتحسين عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات، ومنها إمكانية الحصول على جميع المعلومات و توضيح الأدوار لكل متخصصي الرعاية الصحية. تضع المستشفى وتنفذ عملية للرعاية والعلاج متعددة التخصصات آمنة ومناسبة. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. معايير محددة للحصول على آراء متعددة التخصصات.
ب. المسئوليات الواضحة لأفراد الفريق المعالج.
ج. تسجيل تفاصيل التواصل والتقييم والرعاية.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثيقة التي تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى بشأن عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات ، ويلي ذلك مراجعة سجلات المريض الطبية المفتوحة أو المغلقة في أي قسم من الأقسام الداخلية بالمستشفى خاصة الأقسام التي تستقبل المرضى الذين يعانون من حالات طبية معقدة مثل الطب الباطني أو طب الأورام أو الرعاية الحرجة وذلك لتقييم تنفيذ العملية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلات مع أعضاء الطاقم الطبي للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. جميع أعضاء الطاقم الطبي على دراية بسياسة المستشفى.
٣. يتم انعقاد اجتماعات عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات بناءً على احتياجات المريض.
٤. يتم انعقاد اجتماعات عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات بالتوافق مع السياسة.
٥. يتم تبادل المعلومات بين فرق الرعاية والعلاج متعددة التخصصات بشكل واضح ويتضمن وصف حالة المريض وتقديم المعلومات المهمة ويتم تسجيل ذلك في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.09: التواصل عند التسليم والتسلم ؛ ACT.10:التماس الحصول على رأي ثانٍ.

ACT.13: التنسيق لنقل المرضى بشكل آمن و في إطار زمني معتمد.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نقل المريض

الغرض:

المستشفيات أماكن مزدحمة حيث يواجه العاملون الضغوطات المرتبطة باستيعاب والتعامل مع العديد من المرضى في أي يوم. ويمكن أن تؤدي هذه الضغوطات إلى قيام العاملين برفع المرضى ونقلهم وتحريكهم ووضعهم بشكل غير صحيح أو استخدام معدات خطأ في أداء مهمة ما، مما قد يؤدي بدوره إلى حدوث إصابات. ويشير النقل في هذا المعيار إلى رفع المرضى وتحريكهم ووضعهم ونقلهم من نقطة إلى أخرى تحت رعاية العاملين بالمستشفى.

أظهرت الأبحاث القائمة على الأدلة أن التعامل الآمن مع المريض يمكن أن يقلل بشكل كبير من الإصابات الناتجة عن الإجهاد عن طريق استبدال التعامل اليدوي مع المريض بأساليب أكثر أمانًا. ويجب على المستشفى تنسيق نقل المرضى بين أقسام وخدمات المستشفى. ويجب أن تكون المستشفى قادرة على تلبية احتياجاتهم في غضون إطار زمني معتمد. ويجب تسهيل وتنسيق عملية نقل المرضى في إطار الخدمات والموارد المتاحة. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات من أجل التعامل مع نقل المرضى. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. النقل الآمن للمريض من وإلى سرير الفحص وسرير نقل المريض (الترولي) والكرسي المتحرك وغيرها من وسائل النقل.
ب. سلامة العاملين أثناء رفع ونقل المرضى.

ج. آليات التنسيق لضمان النقل الآمن خلال إطار زمني معتمد.
د. كفاءة العاملين المسئولين عن نقل المرضى.
ه. معايير محددة لتقرير مدى ملاءمة النقل داخل المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف العملية المعتمدة التي تتبعها المستشفى لنقل المرضى، ويلي ذلك مراجعة سجلات المريض الطبية المفتوحة أو المغلقة لتقييم تنفيذ العملية.
- يلاحظ مُراجع الهيئة آليات رفع و/ أو تحريك و/ أو نقل المرضى أثناء عمليات التتبع والجولات بالمستشفى.
- يلاحظ مُراجع الهيئة المعدات المستخدمة في رفع و/ أو تحريك و/ أو نقل المرضى أثناء عمليات التتبع والجولات بالمستشفى.
- يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين المشاركين في نقل المرضى على دراية بسياسة المستشفى.
٣. لا يُسمح إلا للعاملين المؤهلين برفع وتحريك ونقل المرضى.
٤. يتم نقل المرضى بطريقة آمنة وملائمة وفي إطار زمني معتمد.
٥. تحديد متطلبات نقل المرضى في الحالات الحرجة وتطبيقها وتسجيلها في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.11: تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية.

ACT.14: تمنح المستشفى إمكانية الدخول والخروج من وحدات العناية المركزة والوحدات المتخصصة بناءً على محددات / ضوابط دخول وخروج واضحة.

المساواة

الكلمات الرئيسية:

إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة

الغرض:

تشير وحدات الرعاية المتخصصة إلي وحدات الأقسام الداخلية والمصممة والمجهزة بالمعدات والمزودة بالعاملين من أجل مراقبة وعلاج المرضى ذوي الحالات الحرجة أو المعقدة باستمرار، وتتضمن جميع أنواع وحدات العناية المركزة ووحدات الرعاية المتوسطة أو شبه الحرجة. وقد تتعرض وحدات الرعاية الحرجة و المتخصصة إلي ازدياد الطلب ونقص الموارد وانخفاض جودة الرعاية وزيادة التكاليف الإدارية لتوفير الرعاية الصحية. ويجب أن تحرص المستشفيات على توفير خدمات الرعاية الحرجة والمتخصصة اللازمة والضرورية من أجل تلبية الاحتياجات في أكثر مستويات الرعاية حساسية؛ ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

أ. المعايير المحددة القائمة على أساس فسيولوجي بشأن دخول العناية المركزة والوحدات المتخصصة و/ أو الشروط المحددة التي يضعها متخصصو الرعاية الصحية المعنيين بالمستشفى.
ب. المعايير المحددة القائمة على أساس فسيولوجي بشأن الخروج من العناية المركزة والوحدات المتخصصة و/ أو الشروط المحددة التي يضعها متخصصو الرعاية الصحية المعنيين بالمستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على وحدات الرعاية المتخصصة بالمستشفى أثناء مراجعة

طلب المستشفى بالحصول على اعتماد الهيئة أو أثناء المؤتمر الافتتاحي أو أثناء عملية المراجعة التي تجريها الهيئة.

- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثيقة تصف العملية المعتمدة بالمستشفى بشأن الدخول والخروج من وحدات الرعاية الحرجة المتخصصة.
- قد يزور مُراجع الهيئة وحدات الرعاية الحرجة أو وحدات غسيل الكلى أو وحدات الحروق أو وحدات الأمراض المعدية أو غيرها من الوحدات التي تحتاج إلى التوفير الرشيد للموارد الخاصة مثل الأسرة أو المعدات أو الخبرة . وأثناء الزيارة يراجع سجلات المريض الطبية المفتوحة أو المغلقة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ب).
٢. جميع العاملين المشاركين في دخول وخروج المرضى من وحدات الرعاية الحرجة المتخصصة على دراية بمحددات / ضوابط دخول وخروج المرضي المعتمدة.
٣. يقوم العاملين المؤهلين فقط بعملية دخول وخروج المرضى من وحدات الرعاية الحرجة المتخصصة.
٤. يتم دخول وخروج المرضى من وحدات الرعاية الحرجة والرعاية المتخصصة عند استيفاء محددات الدخول والخروج.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ PCC.07: الموافقة على دخول المستشفى؛ ؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية ؛ ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.10: التماس الحصول علي رأي ثانٍ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات؛ ACT.15: خروج المريض من المستشفى؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل.

خروج فعال وآمن للمرضى من المستشفى

ACT.15: تحديد عمليات نقل المرضى إلى خارج المستشفى وإحالتهم وخروجهم المؤقت وخروجهم النهائي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خروج المريض من المستشفى (النقل والإحالة والخروج المؤقت والخروج النهائي)

الغرض:

الخروج من المستشفى هو نقطة مغادرة المريض المستشفى والعودة إلى منزله.

الخروج المؤقت هو حاجة المريض إلى راحة قصيرة من إقامته بالمستشفى بسبب احتياجات إكلينيكية أو ثقافية أو تفضيلات المريض أو توقعات المرضى والأسر.

الإحالة هي مغادرة المريض المستشفى للحصول علي رعاية طبية إضافية من مؤسسة صحية آخري وبشكل مؤقت

تحويل المريض هو مغادرة المريض المستشفى وتحويله إلى مؤسسة أخرى، مثل مؤسسة رعاية صحية ثالثية (tertiary care organization) أو إلى مؤسسة إعادة تأهيل أو دار مسنين.

إن الخروج والإحالة والتحويل يتضمن تقديم الإرشادات الطبية التي سيحتاجها المريض حتى يتعافى تمامًا. إن وجود نظام إحالة فعال في المستشفي يعد طريقة متكاملة لضمان حصول المرضى على الرعاية المثلى في الوقت المناسب وبالمستوى المناسب ، فضلاً عن تعزيز العلاقات المهنية في جميع أنحاء مجتمع الرعاية الصحية. إن تسجيل التغذية الراجعة من الإحالة والاستجابة لها يضمن استمرارية الرعاية وإكمال دورة الإحالة. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان الإحالة المناسبة المريض في غضون إطار زمني معتمد، بناءً على احتياجات المريض المحددة واسترشاداً بأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تخطيط الخروج و/ أو الخروج المؤقت و/ أو الإحالة و/ أو النقل من المستشفى يبدأ بمجرد الانتهاء من التشخيص أو

التقييم ويشمل المريض والأسرة حيثما كان الأمر ملائما.

ب. العاملون المسئولون عن طلب وتنفيذ خروج و/ أو إحالة و/ أو نقل المرضى من المستشفى.

ج. معايير محددة تقرر مدى ملاءمة عمليات الإحالة والنقل والتحويل من المستشفى بناءً على نطاق الخدمات المعتمدة واحتياج المريض إلى استمرار الرعاية.

د. التنسيق مع مؤسسات النقل التحويل/ الإحالة، إن وجدت، ومستويات الخدمات الصحية الأخرى، وغيرها من المؤسسات.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثيقة تصف العملية المعتمدة بالمستشفى بشأن النقل والإحالة والخروج المؤقت والخروج النهائي.
- يزور مُراجع الهيئة الأقسام الداخلية لتقييم معرفة العاملين بالعملية وأيضا يراجع سجلات المرضى الطبية المفتوحة أو المغلقة الذين تم نقلهم أو إحالتهم أو خروجهم من المستشفى.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).

٢. جميع العاملين المشاركين في الخروج أو الخروج المؤقت أو الإحالة أو النقل التحويل على دراية بالمعايير المعتمدة.

٣. تسجيل طلب الخروج و/ أو الخروج المؤقت و/ أو الإحالة و/ أو النقل التحويل تسجيلا واضحا في سجل المريض الطبي.

٤. تسجيل سبب الخروج و/ أو الخروج المؤقت و/ أو الإحالة و/ أو النقل التحويل تسجيلا واضحا في سجل المريض الطبي.

٥. مراجعة وتوقيع وتسجيل التغذية الراجعة من الإحالة و/ أو النقل التحويل في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات؛ ACT.13: نقل المريض؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل؛ PCC.18: كرامة المريض وخصوصيته وسريته؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية.

ACT.16: تقارير الخروج من المستشفى كاملة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقرير الخروج من المستشفى

الغرض:

إن خروج المريض من المستشفى مهمة معقدة. و ويعد توثيق تقرير الخروج من المستشفى جزءا أساسيا من هذه العملية. وتقرير الخروج من المستشفى هو تقرير إكلينيكي يعده متخصص الرعاية الصحية في نهاية فترة الإقامة بالمستشفى أو في نهاية فترة تلقي سلسلة من العلاجات. وهو غالبًا الوسيلة الأساسية للتواصل بين فريق الرعاية بالمستشفى مقدمي الرعاية الصحية التالية. وهو يعتبر مستندًا قانونيًا، ومن المحتمل أن يعرض رعاية المريض للخطر في حالة حدوث أخطاء. يرتبط التأخير في استكمال تقرير الخروج من المستشفى بزيادة معدلات إعادة الدخول المستشفى ، مما يسلط الضوء على أهمية إصدار هذا التقرير في إطار زمني معتمد. ويتضمن تقرير الخروج من المستشفى على الأقل ما يلي:

أ. سبب تلقي العلاج في المستشفى.

ب. التشخيص المبدئي و/ أو النهائي.
ج. الفحوصات التي تمت.
د. النتائج الهامة.
ه. الإجراءات التي تمت.
و. الأدوية (قبل/ أثناء وبعد تلقي العلاج في المستشفى) و/ أو العلاجات الأخرى.
ز. حالة المريض ونفسيته عند الخروج.
ح. تعليمات الخروج، بما في ذلك النظام الغذائي والأدوية وتعليمات المتابعة.
ط. اسم عضو الطاقم الطبي الذي اتخذ قرار خروج المريض من المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات المرضى الطبية المفتوحة أو المغلقة الذين تم خروجهم من المستشفى لتقييم الإستيفاء والتطابق.
- يقابل مُراجع الهيئة أيضًا متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. جميع العاملين المشاركين في خروج المريض من المستشفى على دراية بآليات الحصول على تقرير الخروج من المستشفى.
٢. يوجد دليل على تحديد وتقديم الدعم المطلوب لضمان خروج المريض بشكل آمن.
٣. تسجيل تقرير الخروج من المستشفى باستخدام جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط)
٤. حفظ نسخة من تقرير الخروج من المستشفى في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ACT.14: إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة؛ ACT.15: خروج المريض من المستشفى؛ ICD.20: احتياجات المريض الغذائية؛ PCC.09: مواد التثقيف الصحي للمريض والأسرة.

ACT.17: يتم استيفاء نموذج الإحالة/ النقل.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نموذج الإحالة والنقل

الغرض:

يجب حفظ نسخة من نموذج الإحالة/ النقل في سجل المريض الطبي لكل مريض تمت إحالته/ نقله كجزء مهم من رعاية المريض. ويجب أن يكون محتوى نموذج الإحالة/ النقل شاملاً ومفصلاً لتحقيق ما يلي: دعم عملية النقل بالمعلومات المطلوبة، وتعزيز استمرارية الرعاية، والالتزام بمتطلبات اللوائح والقوانين. يتضمن نموذج الإحالة/ النقل ما يلي على الأقل:

أ. سبب الإحالة/ النقل
ب. المعلومات المجمعة من خلال التقييمات والرعاية.
ج. الأدوية والعلاجات التي تم تقديمها.
د. وسائل نقل المريض والمتابعة اللازمة.
ه. حالة المريض عند الإحالة/ النقل.
و. المكان الذي تم إحالة / نقل المريض إليه.
ز. اسم عضو الطاقم الطبي الذي اتخذ قرار إحالة/ نقل المريض.

دليل عملية المراجعة:

- يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات المرضى الطبية المفتوحة أو المغلقة الذين تم تمت إحالتهم/ نقلهم لتقييم الإكمال والتطابق.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بإجراء مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. جميع العاملين المشاركين في إحالة/ نقل المريض على دراية بالعملية.
٢. يوجد دليل على تحديد وتقديم الدعم المطلوب لضمان إحالة المريض بشكل آمن.
٣. تسجيل نموذج الإحالة/ النقل باستخدام جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٤. حفظ نسخة من نموذج الإحالة/ النقل في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات؛ ACT.13: نقل المريض؛ ACT.14: إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة؛ ACT.15: خروج المريض من المستشفى؛ PCC.17: احتياجات المريض؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ DAS.08: نتائج التصوير الطبي.

تقديم الرعاية المتكاملة
Integrated Care Delivery

الغرض من الفصل:

تتطلب الرعاية الصحية والشخصية المثلى اتباع أساليب معترف بها عالميًا لتحديد المشكلات المعقدة ومعالجتها. وتوجد طرق متعددة لتصنيف هذه الأساليب. وفي هذا الكتيب، تتمثل هذه الأساليب في الفحص، والتقييم، وإعادة التقييم، والإحالة، والاستشارة، ثم تُوضع خطط الرعاية التي قد تكون عملية جراحية أو إجراء تداخلي أو دواء أو تدخل أو أي شكل آخر من أشكال الرعاية .

عادةً ما تتم عملية فحص مبدئي للمرضى عندما لا يكون التقييم الكامل مطلوبًا. الفحص المبدئي هو استراتيجية مستخدمة لتحديد احتمالية وجود مرض لم يتم تشخيصه بعد بين المرضى الذين لم تظهر عليهم علامات أو أعراض من خلال إجراء تقييم عالي المستوى للمرضى لتحديد ما مدى الحاجة إلى إجراء مزيد من التقييم التفصيلي. إنها خطوة حاسمة لتوفير الموارد والوقت.

التقييم هو عملية منظمة وأكثر عمقاً، حيث يتم فحص المريض فحصا شاملا من خلال الاستماع إلى شكوى المريض؛ والحصول على معلومات إضافية عن تاريخه المرضي، والقيام بالملاحظة والفحص الدقيق واللمس باليد والطرق بالأصابع على مكان الشكوى والتسمع كتقنيات تستخدم لجمع المعلومات عن الحالة. ويجب استخدام الحكم الإكلينيكي لتحديد إلي أي مدى التقييم مطلوب. وتحدد المستشفيات الحد الأدنى من محتويات التقييمات الأولية واللاحقة. وتبدأ هذه العملية بجمع ما يكفي من المعلومات ذات الصلة للسماح لمتخصصي الرعاية الصحية باستخلاص استنتاجات وثيقة الصلة عن نقاط القوة والعجز والمخاطر والمشاكل التي يعاني منها المريض. وبالإضافة إلى فهم معنى العلامات والأعراض، يستطيع متخصصو الرعاية الصحية تحديد المشكلةالحقيقية التي يعاني منها المريض من بين المشكلات الآخري مع تحديد ما إذا كان هناك حاجه إلي فحوصات أو تدخلات آخري ، ، وكذلك يحددون ويربطون بين الأسباب الجسدية والوظيفية والنفسية وما يترتب عليها من مرض أو خلل في الوظائف، كما أنهم يحددون قيم وأهداف ورغبات المريض وتوقعاته. وهذه المعلومات مجتمعة تمكن من وضع خطط الرعاية والتدخلات المتعلقة بحالة المريض.

يتم وضع خطط رعاية المريض بواسطة تخصصات متعددة بعد جمع احتياجات المريض. وتوضح الدراسات أن هذا المفهوم يساعد على تنسيق الرعاية وتحسين استخدام خدمات الرعاية الصحية وخفض التكاليف في المستشفيات. كما أنه يحسن رضا المريض ومشاركته. وقد يختلف تقييم والتعامل مع فئات معينة من المرضى في محتواها ونطاقها عن العمليات المعتادة. والمستشفيات تحدد وتقييم وتتعامل بوضوح مع هذه الفئات من المرضى وفقًا لذلك. إن توفير رعاية عادلة وفعالة للرضع والأطفال هو أحد رؤى الدولة ويتم تناولها في معيار منفصل. وكاستجابة لمكافحة تعاطي المخدرات والإدمان، يلزم إجراء تقييم محدد لضمان وجود خطة رعاية مناسبة تساعد بشكل فردي الضحايا في رحلتهم إلى السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية.

أعلنت الحكومة المصرية عن مبادرة كبرى لتحول صناعة الرعاية الصحية في مصر، حيث يتم فصل تمويل الخدمة عن تقديم الخدمة ومن ثم تستطيع هيئة الاعتماد أن تقيس جودة الخدمات المقدمة. وكل ذلك سيكون تحت مظلة "التأمين الصحي الشامل" حيث تُوضع معايير مدي استحقاق حصول المريض على الرعاية وكذلك تُوضع آليات الإحالة.

تحتاج المستشفيات إلى الإلتزام بعدد من القوانين واللوائح التي تحافظ على مبادرات الرعاية الصحية الجديدة وتنظمها.

الهدف من الفصل:

يتضمن هذا الفصل أقساما متعددة. ويتضمن تأكيدا على تقديم مستوى موحد من الرعاية، ووصف الفحص المبدئي والتقييم والرعاية المقدمة للمريض في أول نقطة اتصال بين المريض والمستشفى، ثم وصف عمليات الفحص الأساسي والتقييم وإعادة التقييم والرعاية. بعد ذلك، تأتي بعض الأقسام لتصف أشكال خاصة من التقييمات وعمليات الرعاية بناءً على

احتياجـات المريـض، أو أشـكال خاصـة تسـتند إلـى المخاطـر المعـرض لهـا المريـض. وأخيـراً يتضمـن وصفًـا للتقييمـات وعمليـات الرعايـة الخاصـة القائمـة علـى الخدمـات المقدمـة بشـكل اسـتثنائي.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجـب قـراءة أي مرجـع مذكـور مـن المراجـع التاليـة مـع الأخـذ فـي الاعتبـار بنـوده وشـروطه وبدائلـه وتعديلاتـه وتحديثاتـه وملحقاتـه.)

١. الدستور المصري
٢. مشروع القانون المصري لرعاية المسنين
٣. لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨ (مطبوعات نقابة الأطباء)
٤. لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (مطبوعات نقابة التمريض)
٥. قانون ٢٠٠٩/٧١ بشأن رعاية المرضى النفسيين
٦. قانون ٢٠٠٨/١٢٦ بشأن الطفل المصري
٧. قانون ٢٠١٨/١٠ بشأن حقوق المعاقين
٨. قرار وزير الصحة والسكان ١٩٩٦/٦٣ بشأن وحدات غسيل الكلى
٩. لائحة رعاية المرضى النفسيين ٢٠١٠/١٢٨
١٠. منشورات الإدارة المركزية للطوارئ والرعاية الحرجة، وزارة الصحة والسكان المصرية
١١. بروتوكول إدارة الطوارئ الموحد، وزارة الصحة والسكان المصرية، قطاع الرعاية الحرجة والعلاجي
١٢. قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٢٠١٤/١٠٦٣ بشأن إدارة حالات الطوارئ
١٣. متطلبات التفتيش وفقًا لقوانين ولوائح وزارة الصحة
١٤. الإرشادات الوطنية لعلاج السرطان، اللجنة العليا للسرطان. وزارة الصحة والسكان المصرية
٥١. قانون ١٩٨١/٥١ بشأن مؤسسات الرعاية الصحية
١٦. إرشادات لإدارة ضحايا الإساءة الاجتماعية- وزارة الصحة، صندوق الأمم المتحدة للسكان
١٧. إرشـادات تقديـم خدمـات العنايـة المركـزة، أكتوبـر ٢٠١٨، وهـو مشـروع مشـترك بيـن كليـة طـب العنايـة المركـزة وجمعيـة العنايـة المركـزة.

https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/gpics_v2-public-consultation-draft-october-2018_0.pdf

١٨. المعايير الأساسية لوحدات العناية المركزة.

https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/Core%20Standards%20for%20ICUs%20Ed.1%20(2013).pdf

١٩. البـدء والإدارة الآمنـة للتنفـس الصناعـي، مسـتند تقنـي مـن الجمعيـة الأمريكيـة للرعايـة التنفسـية وشـبكة الرعايـة التنفسـية لاتحـاد النظـام الصحـي الجامعـي.

الحفاظ على تقديم رعاية موحدة

ICD.01: تقديم الرعاية التي تتطلب خدمات مماثلة بشكل موحد بغض النظر عن خلفية المريض أو مكان أو وقت الرعاية.

المساواة

الكلمات الرئيسية:

رعاية موحدة

الغرض:

المرضى من نفس الفئة تقدم لهم المستشفى نفس الرعاية بغض النظر عن خلفياتهم المختلفة (مثل الدين، والمستوي الإجتماعي ، ومستوى معرفة القراءة والكتابة، والعرق، واللغة، ...إلخ). وبغض النظر عن المكان أو الوقت الذي يتلقى فيه المرضى رعايتهم. لا يتوقع من المستشفيات أن تميز بين المرضى ويجب أن تقدم لهم رعاية طبية موحدة حسب متطلباتهم الاكلينيكية. يمكن أن تُظهر المستشفيات مستوى مماثل من التطابق في جميع الأقسام والخدمات بما في ذلك الخدمات المنزلية. كما يمكن أن تُظهر المستشفيات عملية موحدة عند تقديم خدمة في قسم تحت إشراف قسم آخر (مثل التطابق مع بروتوكولات غسيل الكلى حتى لو تم تقديم خدمات غسيل الكلى خارج وحدات غسيل الكلى). ولضمان ذلك، يجب أن يوجد بالمستشفى سياسة تحدد ما الذي يُشكل الرعاية الموحدة وما هي الممارسات التي يجب اتباعها لضمان عدم التمييز بين المرضى بناءً على خلفياتهم أو مكان إقامتهم. والجزء الأساسي من السياسة هو تقديم رعاية طبية موحدة ولا ينطبق ذلك على الخدمات والمرافق غير الاكلينيكية.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة الذي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يُقيم المُراجع التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. أدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية، واجراءات إنقاذ الحياة، وممارسات سلامة المرضى، ورعاية حالات الطوارئ، وخدمات الإحالة، والموافقات المبنية علي المعرفة، والاستخدام المنطقي للتقييم، والخدمات التشخيصية والمساعدة والعلاجية تُقدم وفقًا لاحتياجات المرضى ودون تمييز.
٢. إجراء مراجعات الجودة واستبيانات الرضا والمراجعات الطبية بشكل عشوائي لقياس التطابق بغض النظر عن خلفية المريض.
٣. الإبلاغ عن أحداث التمييز المحتملة والتحقيق فيها.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل.

ICD.02: التعاون في عمليات رعاية المريض.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التعاون في الرعاية

الغرض:

قد يكون التعاون في التعامل مع المرضى قد ظهر استجابة للتحول في العديد من المجالات الرئيسية، مثل زيادة التعقيد في حالات المرضى، والتحول من نهج التركيز على الطبيب إلى نهج التركيز على المريض، وزيادة إمكانية الحصول

علـى تقنيـات المعلومـات والاتصـالات الحديثـة. أمثلـة علـى عـدم التعـاون فـي الرعايـة: أظهـرت بعـض المستشـفيات حـالات تحـدد فيهـا ممـرض/ة حاجـة غذائيـة للمريـض، لكـن لـم يتـم إبـلاغ أخصائـي التغذيـة مباشـرة بسـبب تعقيـد العمليـة، وبعـض المستشـفيات الأخـرى كافحـت لتحديـد مـا إذا كان يجـب إدراج جراحـة العمـود الفقـري تحـت خدمـة جراحـة العظـام أم تحـت خدمـة جراحـة المـخ والأعصـاب، وأيضًـا فـي بعـض الأحيـان لا يـرى متخصصـو الرعايـة الصحيـة مـن مختلـف التخصصـات مـا سـجله كلا منهـم مـن تقييـم المريـض وعمليـات الرعايـة.

التعـاون فـي الرعايـة يعـد نهجـا جماعيـا متكامـلا للرعايـة الصحيـة. وتقييـم خيـارات العـلاج وتخطيـط العـلاج هـي عمليـات تعاونيـة تتضمـن متخصصـي الرعايـة الصحيـة المعالجيـن والمتعاونيـن بالاتفـاق مـع المريـض وأسـرته. توضـع خطـط عـلاج فرديـة خاصـة بالمريـض، ويصبـح تقديـم الرعايـة مسـئولية مشـتركة. وقـد يشـمل فريـق الرعايـة المتعـاون أعضـاء الطاقـم الطبـي وطاقـم التمريـض والأخصائييـن الاجتماعييـن وأخصائيـي العـلاج الطبيعـي وأخصائيـي التغذيـة والصيادلـة. وتضـع وتنفـذ المستشـفى سياسـة وإجـراءات توجـه عمليـة التعـاون فـي الرعايـة.

تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تحديد نطاق العمل والمهام والعلاجات لكل فئة من فئات متخصصي الرعاية الصحية.

ب. تحديد مجالات التداخل وتوضيح المسئوليات.

ج. آليـة للتأكـد مـن أن جميـع متخصصـي الرعايـة الصحيـة علـى درايـة بخطـط الرعايـة التـي وضعهـا أعضـاء الفريـق الآخـرون اسـتجابةً لاحتياجـات كل مريـض.

د. إرشـادات واضحـة حـول مـن سـيقوم بفحـص احتياجـات المريـض الخاصـة وكيـف سـيتم التقييـم وتقديـم الرعايـة عنـد الحاجـة.

ه. آلية لحل النزاعات بين متخصصي الرعاية الصحية فيما يتعلق بخطط التقييم والرعاية في إطار زمني محدد.

و. آليـة لإشـراك متخصصـي الرعايـة الصحيـة المعالجيـن والمتعاونيـن بالاتفـاق مـع المريـض وأسـرته بشـأن تقييـم خيـارات العـلاج وتخطيـط العـلاج.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة سياسـة المستشـفى أثنـاء جلسـة مراجعـة الوثائـق، ويلـي ذلـك مقابلـة العامليـن للتحقـق مـن درايتهـم بالسياسـة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة المريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).

٢. جميع العاملين المشاركين في رعاية المريض على دراية بسياسة المستشفى.

٣. عند التعارض بين متخصصي الرعاية الصحية، يتم اتخاذ إجراءات لضمان التعاون في رعاية آمنة.

٤. التعاون في الرعاية يظهر في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.10: عمليـة تعريـف المريـض والأسـرة بالمعلومـات ؛ PCC.17: احتياجـات المريـض؛ ACT.09: التواصـل عنـد تسـليم وتسـلم الرعايـة؛ ACT.12: الرعايـة والعـلاج متعـددة التخصصـات ؛ ICD.08: التقييمـات الطبيـة للمرضـى.

عمليات الفحص والتقييم والرعاية فعالة

ICD.03: تقديم خدمات ما قبل المستشفى وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الرعاية قبل دخول المستشفى ورعاية الإسعاف والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث.

الغرض:

يقدم مسعفي الطوارئ الرعاية قبل دخول المستشفى ، وهم أول من يقدم الرعاية للمريض في موقع الحدث. غالبًا ما يكون مسعفو الطوارئ هم أول من يدرك طبيعة الكارثة ويمكنهم تقييم الموقف على الفور وتحديد الحاجة إلى الموارد، بما في ذلك الموارد الطبية الأخرى.

قد تمتلك المستشفيات سيارات إسعاف أو تتعاقد مع مؤسسة أخرى لتقديم خدمات الإسعاف. وهذا لا ينطبق على مرفق الإسعاف القومي. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات بشأن تقديم الرعاية قبل دخول المستشفى. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تقديم أو تشغيل أو الاستعانة بخدمات الإسعاف.
ب. الاستعداد الدائم.
ج. الإطار الزمني لتلقي المكالمات، وإرسال سيارات الإسعاف، والوصول إلى المرضى.
د. فحص وتقييم وإعادة تقييم المرضى.
ه. بروتوكولات العناية بالمرضى في مكانهم وأثناء النقل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة المريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين بالطوارئ على دراية بسياسة المستشفى.
٣. يتم إجراء تدريبات محاكاه لضمان الاستعداد الدائم.
٤. سجلات الرعاية قبل دخول المستشفى كاملة ويتم الاحتفاظ بها في سجل المريض الطبي.
٥. توجد عملية لتسجيل ومتابعة أوقات الاستجابة إلي الطوارئ.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04: خدمات الطوارئ؛ ICD.05: أدلة عمل رعاية الطوارئ.

ICD.04: تقديم خدمات الرعاية الطارئة والرعاية العاجلة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خدمات الطوارئ

الغرض:

لضمان اتساق وتنسيق الخدمات مع المستويات الأعلى من الرعاية، يجب أن تكون خدمات الرعاية الطارئة المقدمة إلي

المجتمع في حدود إمكانيات المستشفى كما هو محدد في القوانين واللوائح. تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات بشأن خدمات الرعاية العاجلة والرعاية الطارئة. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. توافر العاملون المؤهلون خلال أوقات العمل.
ب. وضع محددات/ ضوابط لتحديد أولويات الرعاية وفقًا لعملية الفرز المتعارف عليها.
ج. كل من التقييم وإعادة التقييم وإدارة الرعاية يتَبعون أدلة العمل والبروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية رحلة مريض لتقييم آلية التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع المرضى أو أفراد الأسرة لتقييم مشاركتهم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات غرفة الطوارئ للتحقق من تسجيل مرضى الطوارئ.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشان خدمات الطوارئ تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. خدمات الطوارئ يقدمها عاملون أكفاء وفقا لسياسة خدمات الطوارئ.
٣. إبلاغ المرضى والأسر بمستوى الأولوية ووقت الانتظار المتوقع قبل الفحص.
٤. إثبات تسجيل جميع مرضى الطوارئ الذين تلقوا العلاج في غرفة الطوارئ.
٥. تسجيل خطة رعاية الطوارئ في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05: أدلة العمل رعاية الطوارئ؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ACT.11: عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر ؛ ACT.14: إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة.

ICD.05: تكيف وملائمة معايير الرعاية الإكلينيكية الخاصة برعاية الطوارئ حسبما يلائم نطاق خدمات المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

أدلة عمل رعاية الطوارئ

الغرض:

تتضمن أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية توصيات تهدف إلى تحسين رعاية المرضى وتعزيز ذلك من خلال إجراء تقييم قائم على الأدلة لفوائد وأضرار خيارات الرعاية البديلة. وتهدف أدلة العمل الإكلينيكية أيضًا إلى أن تكون مرجعًا للعاملين الإكلينيكيين الذين يقومون برعاية المرضى وليس الهدف منها أن تحل محل القرار الإكلينيكي لمتخصصي الرعاية الصحية. تعمل المستشفي علي تكيف و/ أوملائمة أدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية التي تتناول على الأقل ما يلي (كلما كان ذلك ممكنا):

أ. الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات آلام الصدر.
ب. الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات الصدمة.
ج. الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات الإصابات المتعددة.
د. الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات تغير درجة الوعي.
ه. الرعاية الطارئة لعلاج واستقرار حالات الولادة المتعسرة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يراجع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أدلة العمل الإكلينيكية بالمستشفى خلال جلسة مقابلة القيادات، ويلي ذلك مقابلة العاملين للاستفسار عن تدريبهم على أدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم آلية التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تكيف /وملائمة أدلة العمل والبروتوكولات الإكلينيكية على الأقل في الموضوعات المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه) (كلما كان ذلك ممكنا).
٢. يوجد دليل على تدريب العاملين على أدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية ذات الصلة.
٣. يوجد دليل على الرجوع إلى أدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية أثناء عمليات رعاية المرضى.
٤. يوجد دليل على متابعة التزام متخصصي الرعاية الصحية بأدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: تكيف / ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

ICD.06: تسجيل رعاية الطوارئ في سجل المريض الطبي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تسجيل رعاية الطوارئ

الغرض:

نظرًا لطبيعة منطقة الطوارئ، يحتاج العديد من العاملين في منطقة الطوارئ وخارجها إلى تبادل المعلومات. ويجب الحصول على هذه المعلومات وتسجيلها لضمان اتساق الخدمات وتنسيقها مع مستويات الرعاية الأعلى. وعندما تقدم المستشفى رعاية الطوارئ، عادة ما تتضمن سجلات غرفة الطوارئ جميع المرضى الذين يتلقون الرعاية، ووقت وصولهم ووقت مغادرتهم، والقرارات عند انتهاء العلاج، وحالة المريض عند الخروج، ووجهة المريض عند الخروج، وأي تعليمات لمتابعة الرعاية. وقد يبدو قراءة وتسجيل الوقت أمر بسيط، ولكن في بعض الحالات، قد يعتمد طاقم رعاية الطوارئ على مصادر مختلفة لمعرفة الوقت. وقد تكون هذه المصادر ساعات أيديهم أو ساعات الكمبيوتر أو الساعات الرقمية أو حتى ساعات الهواتف المحمولة. وإذا لم تتم ضبط هذه المصادر، فقد يؤدي ذلك إلى اختلاف أوقات القراءة والتسجيل. وهذا الأمر له أهمية كبيرة في مناطق الرعاية الصحية وبالتأكيد في مناطق رعاية الطوارئ. يتعين على المستشفيات وضع عملية موحدة لتسجيل خدمات الرعاية الطوارئ. ويتضمن السجل على الأقل ما يلي:

أ. وقت الوصول ووقت المغادرة.
ب. القرارات عند انتهاء العلاج.
ج. حالة المريض عند المغادرة.
د. وجهة المريض عند المغادرة.
ه. تعليمات متابعة الرعاية.
و. أمر المغادرة من عضو الطاقم الطبي المعالج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة تسجيل الوقت في غرف الطوارئ وقد يتأكد من دقة الأوقات المسجلة من مصادر متعددة للتحقق من ضبط الوقت.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. العاملين في أقسام رعاية الطوارئ وجميع متخصصي الرعاية الصحية يسجلون تقييم وإعادة تقييم الطوارئ في سجل المريض الطبي.
٢. يتم تسجيل خطة الرعاية التي يضعها قسم الطوارئ وغيره من الأقسام في سجل المريض الطبي.
٣. يتم تسجيل أمر المغادرة وتحديد وقته.
٤. يتم ضبط ساعات اليد وساعات الحائط والساعات الرقمية وجميع الساعات المستخدمة في تسجيل الوقت.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04: خدمات الطوارئ؛ ICD.05: أدلة عمل رعاية الطوارئ؛ ACT.11: عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر.

ICD.07: خدمات العيادات الخارجية فعالة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

خدمات العيادات الخارجية

الغرض:

تشهد المستشفيات ازدياد الاتجاه إلى توفير عيادات رعاية صحية متخصصة و فرعية. يتم إجراء إعادة التقييم بهدف إعادة تقييم حالة المريض الصحية، وتحديد التغييرات التي حدثت منذ أول تقييم أو منذ آخر تقييم، وتحديد الاحتياجات الجديدة أو المستمرة. وتساعد نتائج إعادة التقييم في تحديد مدى ملاءمة خطة الرعاية الحالية ومدى الحاجة إلى أي تغييرات. ويعمل تسجيل النتائج بوضوح على ضمان استمرارية الرعاية. تضع المستشفيات وتنفذ سياسة وإجراءات بشأن خدمات العيادات الخارجية والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. نطاق ومحتوى التقييم المبدئي بما في ذلك التاريخ المرضي والفحص السريري.
ب. الإطار الزمني لاستكمال وتسجيل التقييم المبدئي لكل تخصص.
ج. المسئولية عن إكمال التقييم.
د. معدل تكرار إعادة تقييم ومتابعة المرضى كلما كان ذلك ممكنًا.
ه. تسجيل خطط الرعاية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه الرعاية بالعيادات الخارجية وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين بالعيادات الخارجية على دراية بعملية الرعاية بالعيادات الخارجية المعتمدة.
٣. تقوم جميع العيادات بإجراء تقييمات أولية ضمن إطار زمني ومسئوليات محددة.

٤. يتم إجراء وتسجيل إعادة التقييم.
٥. يتم تسجيل خطط الرعاية في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض.

الفحص الأساسي الفعال والتقييم والرعاية للمرضى الذين يتلقوا العلاج بالمستشفى

ICD.08: إجراء التقييم الطبي المبدئي وما يتبعه من إعادة التقييم.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التقييمات الطبية للمرضى

الغرض:

يعتبر التقييم المبدئي أساسًا لجميع قرارات الرعاية الطبية، فهو يساعد في تحديد شدة الحالة ويساعد في تحديد أولويات التدخلات الإكلينيكية المبدئية. ويجب أن يكون التقييم المبدئي موحدًا وشاملًا ومفصلاً ومكتملاً في غضون فترة زمنية محددة من أجل تحقيق رعاية عالية الجودة تلبي احتياجات المرضى. وعادة ما يقوم بالتقييم المبدئي الطبيب المسؤول، أو من ينوب عنه. وقد تختلف عمليات إعادة التقييم وفقًا لحالة المريض و تخصص العلاج أو مستوى الرعاية أو التشخيص. وقد يبلغ حد الاختلاف في التقييم من تسجيل صفحة واحدة كل ٣٠ دقيقة إلى تسجيل سطر واحد كل أسبوع. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لتحديد الحد الأدنى من المحتويات المقبولة وتكرار عمليات إعادة التقييم الإكلينيكي. ويشمل التقييم المبدئي على الأقل ما يلي:

أ. الشكوى الرئيسة.
ب. تفاصيل المرض الحالي.
ج. مرات دخول المستشفى السابقة والجراحات والإجراءات التداخلية السابقة.
د. الحساسية.
ه. التفاعلات الدوائية العكسية.
و. التاريخ الدوائي.
ز. التاريخ الاجتماعي والنفسي والسلوكي.
ح. التاريخ العائلي.
ط. المطلوب من الفحص السريري الشامل.
ي. التاريخ والفحوصات المتعلقة بالتخصص.

يجب أن تضمن المستشفى المراقبة المستمرة لحالة المرضى الإكلينيكية من خلال تحديد من يُسمح له بإجراء عمليات إعادة التقييم الإكلينيكية وتحديد الحد الأدنى لتكرار ومحتوى عمليات إعادة التقييم. وتحدد المستشفى الإطار الزمني لاستكمال التقييم المبدئي وفقا لأدلة العمل الإكلينيكية. وتحدد المستشفى أيضًا متى يمكن استخدام التاريخ والفحص السريري الذي تم قبل تلقي العلاج بالمستشفى وما إذا كان أعضاء الطاقم الطبي بالمستشفى يتحققون و/ أو يقبلون نتائج تقييمات المريض التي أجريت خارج المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه التقييم المبدئي وتحدد إطاره الزمني والحد الأدني من محتوياته وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).
٢. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بمكونات التقييم المبدئي.
٣. إجراء التقييمات الطبية المبدئية في غضون ٢٤ ساعة من دخول المستشفى.
٤. التعامل مع جميع الفحوصات والنتائج التي تمت قبل دخول بالمستشفى بشكل موحد.
٥. إجراء إعادة التقييم الطبي وتسجيله في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.01: رعاية موحدة؛ ICD.09: التقييم التمريضي للمرضى؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ ACT.12: رعاية وعلاج متعددة التخصصات؛ ACT.15: خروج المريض من المستشفى.

ICD.09: إجراء التقييم التمريضي المبدئي وما يتبعه من إعادة التقييم.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تقييمات التمريض للمرضى

الغرض:

التقييم التمريضي هو قيام ممرض/ة مرخص/ة بجمع معلومات عن حالة المريض الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والروحية. و التقييم التمريضي هو الخطوة الأولى في عملية الرعاية التمريضية. وقد تُكلف ممرض/ة مساعد/ة معتمد/ة بجزء من تقييم التمريض. ربما تختلف إعادة تقييم التمريض حسب حالة المريض أو تخصص الرعاية أو مستوى الرعاية أو التشخيص. تضع وتنفذ المستشفى عملية تحدد الحد الأدنى المقبول من محتويات ومعدل تكرار عمليات التقييم التمريضي الإكلينيكي وإعادة التقييم. ويتضمن تسجيل التقييم التمريضي المبدئي ما يلي على الأقل:

أ. العلامات الحيوية.
ب. الألم.
ج. قياسات إضافية مثل الطول والوزن.
د. تقييم المخاطر مثل السقوط والقرح.
ه. مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية والعجز والجلد والترطيب
و. المخرجات (كما يتلائم مع الحالة)
ز. تقييم تمريضي مفصل لجهاز(أجهزة) معين من أجهزة الجسم المتعلق بالمشكلة الحالية أو غيرها من التساؤلات الحالية المطلوبة.

يجب أن تضمن المستشفى المتابعة المستمرة لحالة المرضى الإكلينيكية من خلال تحديد الحد الأدنى لتكرار ومحتوى عمليات إعادة التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة خلال جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة توجه التقييم التمريضي المبدئي وتحدد إطاره الزمني والحد الأدنى لمحتواه وفقا للعناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. طاقم التمريض مؤهل وعلى دراية بعناصر سياسة تقييم التمريض.
٣. إجراء التقييم التمريضي المبدئي في غضون ٢٤ ساعة من دخول المستشفى.
٤. إجراء وتسجيل إعادة التقييم التمريضي في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ PCC.17: احتياجات المريض.

ICD.10: تحديد احتياجات المريض من الرعاية الصحية وفقًا لعمليات التقييم المحددة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

فحص احتياجات الرعاية الصحية

الغرض:

إن كثير من الناس لهم احتياجات صحية معقدة، وبالأخص أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة. ويجب ان يلبي النهج الشامل لاحتياجات المرضى من الرعاية الصحية جميع احتياجات المريض، حتى الاحتياجات غير المعبر عنها.إن تقييم الحالة التغذوية هو العملية الأولى لتحديد المرضى الذين يعانون بالفعل من سوء التغذية أو المعرضين لخطر الإصابة به. وعادة ما يجري الممرضون والعاملون الطبيون الفحص التغذوي، بينما يقوم أخصائي التغذية عادة بإجراء التقييم التغذوي. يساعد فحص الاحتياجات الوظيفية على تحديد الحالات العصبية أو حالات النمو الأساسية. وعادة ما يجري التمريض وأعضاء الطاقم الطبي هذا الفحص. قد يقوم أخصائي العلاج الطبيعي أو أخصائي العلاج الوظيفي أو أخصائي التخاطب أو غيرهم بإجراء التقييم الوظيفي. يمكن أن يساعد تقييم الحالة النفسية والاجتماعية على تحديد المشكلات السلوكية والمحددات الاجتماعية للصحة. وقد يجري الأخصائي الإجتماعي التقييم الإجتماعي بينما تقوم الممرض/ة بإجراء الفحص الإجتماعي. وتحدد متطلبات الخروج من المستشفى احتياجات المريض عند الخروج، مما يؤثر على تقدم حالته. وقد يقوم أحد أعضاء الطاقم الطبي أو أحد أعضاء طاقم التمريض بعمل فحص لعلامات الإساءة والإهمال ويسجلها، ثم يحيلها إلى تخصص آخر أو لجنة من أجل القيام بتقييم أو تعامل مع الحالة على نطاق أوسع. تضع المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية فحص احتياجات الرعاية الصحية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. يحدد متخصصو الرعاية الصحية المؤهلون محددات / ضوابط عمليات الفحص بهدف تقييم مخاطر واحتياجات المرضى التالية.
ب. الإطار الزمني لاستكمال فحص احتياجات الرعاية الصحية.
ج. عملية تحديد الحاجة إلى إجراء مزيد من التقييم من خلال خدمة معينة عند استيفاء المحددات / الضوابط.
د. يتم فحص ما يلي على الأقل:
   i. الحالة الغذائية
   ii. الحالة الوظيفية
   iii. الحالة النفسية والاجتماعية
   iv. متطلبات الخروج من المستشفى
   v. ضحايا الإساءة والإهمال

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السياسة خلال جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة توجه فحص احتياجات المريض من الرعاية الصحية لتحديد المحتوي والإطار الزمني وفقاً لأدلة العمل وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. متخصصو الرعاية الصحية مؤهلون وعلى دراية بعناصر عملية الفحص.
٣. إكمال جميع أنواع الفحص وتسجيلها ضمن إطار زمني ومسئوليات معتمدة.
٤. إحالة المرضى لإجراء مزيد من التقييم من خلال خدمة معينة عند استيفاء المحددات/ الضوابط.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ICD.11: تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها؛ ؛ ICD.12: قرح الفراش؛ ICD.13: الجلطات الدموية الوريدية؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.19: فحص وتقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الألم؛ ICD.20: احتياجات المريض الغذائية؛ ICD.21: احتياجات المريض النفسية؛؛ ICD.22: احتياجات المريض الوظيفية؛ PCC.17: احتياجات المريض.

ICD.11: (NSR.05) إجراء فحص مخاطر سقوط المريض وتقييمها وإعادة تقييمها دورياً والتعامل معها بطريقة آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها

الغرض:

جميع المرضى عرضة للسقوط ولكن البعض أكثر عرضة لذلك. وعادة ما يتم تحديد المرضي الأكثر عرضة للسقوط من خلال عملية تقييم المخاطر من أجل تقديم اجراءات وقائية خاصة بكل مريض للحماية من السقوط. وتعد الإجراءات الوقائية الأكثر فاعلية هي تلك المخصصة لكل مريض علي حدة وتلك الموجهه لتقليل الخطر الذي تم تحديده في تقييم المخاطر. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية تقييم مخاطر السقوط وعملية الوقاية منها. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. فحص عناصر المخاطر الخاصة بالمريض عند دخول المستشفى.
ب. تشمل المخاطر مراجعة الأدوية وعوامل المخاطر الأخرى.
ج. الإطار الزمني لإكمال فحص مخاطر السقوط والوقاية منها.
د. معدل إعادة تقييم مخاطر السقوط.
ه. استخدام الإجراءات العامة لتقليل مخاطر السقوط مثل نظم الاستدعاء والإضاءة وجوانب الممرات وقضبان الحمام وجوانب السرير والكراسي المتحركة وعربات الترولي المزودة ذات الأقفال.
و. خطط الرعاية الخاصة بكل مريض علي حدة للحماية من السقوط بناءً على تقييم مخاطر سقوط كل مريض على حدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الوقاية من السقوط للتحقق من تقييم مخاطر المرضى وتغيير الحالة؛ مع ملاحظة أن مراجعة الدواء يعد جزءاً من التقييم، ووجود اجراءات عامة وضعت للحد من خطر السقوط وخطط الرعاية الخاصة بكل مريض علي حدة بناءً على تقييم مخاطر سقوط كل مريض علي حدة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية من أجل تقييم مخاطر السقوط بما في ذلك مراجعة الأدوية ونماذج خطط الوقاية من السقوط وملصقات مخاطر السقوط ومواد تثقيف المريض والأسرة.
- قد يُجري مُراجع الهيئة مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية والمرضى وأسرهم للتحقق من فهمهم وتنفيذهم لاجراءات تقييم مخاطر السقوط والوقاية منها.
- قد يفحص مُراجع الهيئة الإجراءات الوقائية العامة على مستوى المستشفى مثل نظم الاستدعاء والإضاءة وقضبان الممرات وقضبان الحمام وجوانب السرير والكراسي المتحركة وعربات الترولي المزودة ذات الأقفال.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة توجه فحص وتقييم مخاطر السقوط والوقاية منها وتحدد إطاره الزمني والحد الأدنى لمحتواه على أساس أدلة العمل. تتضمن السياسة جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. متخصصو الرعاية الصحية مؤهلون وعلى دراية بعناصر السياسة المعتمدة.
٣. المرضى الأكثر عرضة لخطر السقوط وأسرهم يدركون ويشاركون في اجراءات الوقاية من السقوط.
٤. إكمال وتسجيل جميع عمليات فحص وتقييم مخاطر السقوط في نطاق إطار زمني ومسئوليات معتمدة.
٥. تسجيل الإجراءات العامة وخطط الرعاية الخاصة بكل مريض علي حدة في سجله الطبي.
٦. إجراء إعادة تقييم مخاطر السقوط في نطاق الإطار الزمني المعتمد.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.09: التقييم التمريضي للمرضى؛ ICD.10: فحص احتياجات الرعاية الصحية.

ICD.12: (NSR.06) إجراء فحص مخاطر إصابة المريض بقرح الفراش وتقييمها وإعادة تقييمها دوريا والتعامل معها بطريقة آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من قرح الفراش

الغرض:

يعد استخدام أدوات أو مقاييس تقييم مخاطر قرح الفراش أحد مكونات عملية التقييم المستخدمة لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرح الفراش. وتوصى العديد من أدلة العمل الدولية للوقاية من قرح الفراش باستخدام أدوات تقييم المخاطر، حيث إن تحديد المرضى الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش تعد استراتيجية وقائية أفضل من محاولة علاجهم. وثبت أن وضع اجراءات الوقاية من قرح الفراش خصيصا لكل مريض هو أمر فعال. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية فحص مخاطر الإصابة بقرح الفراش والوقاية منها. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تقييم المخاطر المعرض لها المريض عند الدخول بما في ذلك تقييم الجلد.
ب. الإطار الزمني لاستكمال مسح قرح الفراش.
ج. تكرار إعادة تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش.
د. استخدام الاجراءات العامة لتقليل خطر الإصابة بقرح الفراش مثل أجهزة تخفيف الضغط والمراتب الهوائية.
ه. وضع خطط رعاية على أساس تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش لكل مريض على حدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الوقاية من قرح الفراش للتحقق من تقييم خطر إصابة المريض بقرح الفراش عند الحجز في المستشفى، وتغير الحالة، ووضع اجراءات عامة لتقليل مخاطر الإصابة بقرح الفراش، ووضع خطط رعاية بناءً على تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش لكل مريض على حدة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية لتقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش، وخطط الرعاية، ومواد تثقيف المريض والأسرة.
- قد يقابل مُراجع الهيئة متخصصي الرعاية الصحية والمرضى وأسرهم للتحقق من فهمهم وتنفيذهم لتقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش واجراءات الوقاية.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من الاجراءات وحزم الإجراءات العامة للوقاية من الإصابة بقرح الفراش مثل أجهزة تخفيف الضغط والمراتب الهوائية في جميع أنحاء المؤسسة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إجراء مسح مخاطر الإصابة بقرح الفراش وتحدد محتواها وإطارها الزمني بناءًا على الإرشادات، وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر عملية مسح مخاطر الإصابة بقرح الفراش واجراءات الوقاية منها.
٣. المرضى الأكثر عرضه للإصابة بقرح الفراش وأسرهم على دراية باجراءات الوقاية ويشاركون فيها.
٤. إكمال مسح مخاطر الإصابة بقرح الفراش وتسجيله في نطاق إطار زمني ومسئوليات معتمدة.
٥. تسجيل الاجراءات العامة وخطط الرعاية المصممة خصيصا لكل مريض في سجله الطبي.
٦. جميع عمليات إعادة تقييم مخاطر الإصابة بقرح الفراش في غضون إطار زمني معتمد.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.09: تقييمات التمريض للمرضى؛ ICD.10: فحص احتياجات الرعاية الصحية.

ICD.13: (NSR.10) إجراء فحص مخاطر إصابة المريض بالجلطات الدموية الوريدية (جلطات الأوردة العميقة وانسداد رئوي) وتقييمها وإعادة تقييمها دوريا والتعامل معها بطريقة آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية

الغرض:

تعتبر الجلطات الدموية الوريدية قاتلًا صامتًا مهمًا في المستشفيات. وتبني أدلة عمل إكلينيكية لتقليل مخاطر الإصابة بهذه الحالة يعد أمرًا مهمًا لتقليل التأثيرات الضارة والوفيات التي يمكن الوقاية منها. تتبنى وتنفذ المستشفى أدلة عمل إكلينيكية للوقاية من الجلطات الدموية الوريدية. وتتناول أدلة العمل الإكلينيكية ما يلي على الأقل:

أ. إجراء تقييم مخاطر للمريض عند الدخول.
ب. الإطار الزمني لإكمال فحص مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية.
ج. إعادة تقييم مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية.
د. استخدام الاجراءات العامة لتقليل مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية مثل التشجيع على الحركة والأدوية.
ه. وضع خطط رعاية على أساس تقييم مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية لكل مريض على حدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أدلة العمل التي تحدد المرضى المعرضين للإصابة

بالجلطات الدموية الوريدية والتعامل معهم (جلطات الأوردة العميقة وانسداد رئوي).

- قد يقابل مُراجع الهيئة متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من فهمهم لإجراءات الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية.
- قد يقابل مُراجع الهيئة المرضى والأسر للتأكد من أنهم تلقوا معلومات حول مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية والاجراءات الوقائية.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة الإلتزام بأدلة عمل الحد من الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية (جلطات الأوردة العميقة وانسداد رئوي).

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إجراء فحص مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وتحدد محتواها وإطارها الزمني بناءًا على أدلة العمل الإكلينيكية، وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر عملية فحص مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية واجراءات الوقاية منها.
٣. المرضى الأكثر عرضه للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وأسرهم على دراية باجراءات الوقاية ويشاركون فيها.
٤. إكمال فحص مخاطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وتسجيله في نطاق إطار زمني ومسئوليات معتمدة.
٥. يوجد دليل على متابعة الإلتزام بأدلة العمل الإكلينيكية.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.09: تقييمات التمريض للمرضى؛ ICD.10: فحص احتياجات الرعاية الصحية؛ ICD.15: تكيف /وملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

ICD.14: وضع خطة رعاية لكل مريض على حدة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

خطة رعاية

الغرض:

توفر خطة الرعاية التوجيه بشأن نوع الرعاية الصحية التي قد يحتاجها المريض/ الأسرة/ المجتمع. وتركز الخطة على تسهيل الرعاية الموحدة والشاملة والقائمة على الأدلة. وتسجيل خطة الرعاية يضمن لأعضاء الطاقم الطبي وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية تحقيق تكامل في النتائج التي توصلوا إليها والعمل معًا على أساس من الفهم المشترك لأفضل نهج بشأن حالة المريض. وخطة الرعاية:

أ. تضعها جميع التخصصات ذات الصلة التي تقدم الرعاية تحت إشراف الطبيب المسئول.
ب. توضع على أساس تقييمات المريض التي قام بها مختلف تخصصات الرعاية الصحية ومتخصصي الرعاية الصحية.
ج. توضع بمشاركة المريض و/ أو الأسرة من خلال المشاركة في اتخاذ القرار، مع مناقشة الفوائد والمخاطر التي قد تتضمن وسائل المساعدة على اتخاذ القرار.
د. تشمل الاحتياجات المحددة والتدخلات والنتائج المرجوة مع تحديد الأطر الزمنية.
ه. تُحَدث حسب الاقتضاء بناءً على إعادة تقييم المريض.
و. تشمل الأهداف أو النتائج المرجوة من العلاج أو الرعاية
ز. تتابع تقدم المريض/ مستخدم الخدمة في تحقيق الأهداف أو النتائج المرجوة من العلاج أو الرعاية أو الخدمة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.

- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد دليل على قيام جميع التخصصات ذات الصلة بوضع خطة الرعاية على أساس التقييمات التي أجروها وتتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. يوجد دليل على وضع خطة الرعاية بمشاركة المريض و/ أو الأسرة من خلال المشاركة في اتخاذ القرار.
٣. تغيير/ تحديث خطة الرعاية بناءًا على إعادة تقييم حالة المريض المتغيرة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.03: الرعاية قبل دخول المستشفى، ورعاية الإسعاف، والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.10: فحص احتياجات الرعاية الصحية؛ ICD.11: إجراء مسح مخاطر السقوط والوقاية منها؛ ICD.12: قرح الفراش؛ ACT.12: رعاية وعلاج متعددة التخصصات ؛ ACT.15: خروج المريض من المستشفى (النقل والإحالة والخروج المؤقت والخروج النهائي).

ICD.15: تعريف عملية وضع أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تعديل وتبني أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية

الغرض:

تعد أدلة العمل الاكلينيكية إطاراً للقرارات الإكلينيكية وتدعم أفضل الممارسات. وأدلة عمل الممارسة الاكلينيكية هي عبارات تتضمن توصيات تهدف إلى تحسين رعاية المرضى. وتعزيز قبول واستخدام أدلة العمل الإكلينيكية وقت تقديم الرعاية يمثل آخر عقبة أمام تحويل النتائج العلمية إلى واقع ملموس. وتحديد خصائص المستخدمين المستهدفين وسياق الممارسة لا يقل أهمية عن سمات أدلة العمل في تعزيز تبني وتعديل توصيات أدلة العمل الاكلينيكية. وتضع المستشفى سياسة وإجراءات لتبني وتعديل أدلة العمل الاكلينيكية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. كيفية تبني وتقوية ومراجعة وتقييم، تحديث أدلة عمل/ بروتوكولات الممارسة الاكلينيكية وذلك بناءً على الأبحاث المنشورة القائمة على أساس الأدلة.
ب. يجب على المستشفى تبني وتغيير أدلة العمل أو البروتوكولات لأكثر ثلاثة تشخيصات شيوعًا/ خطورة التي يتم التعامل معها في المستشفى سنويًا.
ج. تقييم أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية التي تبنتها/ غيرتها المستشفى مرة كل عام على الأقل أو عند الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى خلال جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من إلمامهم بالسياسة.
- قد يعرف مُراجع الهيئة خلال جلسة التعريف بالمستشفى معلومات عن أدلة العمل الإكلينيكية التي وضعتها أو تبنتها المستشفى.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملف أحد العاملين من أجل التحقق من سجلات التدريب.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية للتحقق من تنفيذ أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. جميع قيادات الأطباء والتمريض على دراية بسياسة المستشفى.

٣. تنفيذ برامج تدريب لتعريف وتدريب العاملين على أدلة العمل الاكلينيكية المعتمدة.
٤. وضع/ تبني ثلاثة أدلة عمل إكلينيكية على الأقل بالمستشفى كل عام.
٥. تنفيذ أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية بشكل موحد لجميع المرضى الذين يعانون من نفس الحالة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ ICD.05: أدلة عمل رعاية الطوارئ؛ ACT.14: إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة.

ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عند إمكانية تطبيقها على حالة المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية

الغرض:

تعد معايير الرعاية الإكلينيكية إطاراً للقرارات الإكلينيكية وتدعم أفضل الممارسات. وتعتمد معايير الرعاية الإكلينيكية على مراجعة الأدلة بشكل منهجي وتقييم فوائد ومضار بدائل الرعاية الصحية. وأدلة العمل الإكلينيكية القائمة على البراهين هي أحد الجوانب التدقيق الإكلينيكي الرئيسية. وتتأكد المستشفى من استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية عندما يتطلب الأمر. وسيتطلب ذلك إدراكًا وتثقيفاً ومتابعة مستمرين لمتطلبات معايير الرعاية الإكلينيكية ومعايير الممارسة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة نطاق خدمات المستشفى لتحديد قائمة معايير الرعاية الإكلينيكية المعمول بها.
- قد تتم مُراجعة عينة من السجلات الطبية للحالات ذات التشخيصات المرتبطة بمعايير الرعاية الإكلينيكية المعمول بها.
- قد يقوم مُراجعو الهيئة بمراجعة المؤشرات/ القياسات التي وضعتها قيادات المستشفى لمتابعة تنفيذ معايير الرعاية الإكلينيكية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة بمراجعة ملف أحد العاملين من أجل التحقق من سجلات التدريب والربط بين التطابق مع أدلة العمل الإكلينيكية وغيرها من عمليات تقييم الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. جميع العاملين الإكلينيكيين على دراية بمعايير الرعاية الاكلينيكية ذات الصلة بوظائفهم.
٢. يمكن للعاملين الوصول إلى معايير الرعاية الإكلينيكية المعتمدة عند الحاجة إليها.
٣. يُستخدم التطابق مع معايير الرعاية الإكلينيكية في عمليات منح الامتيازات وتقييم الأداء ومراجعة النظراء.
٤. تنفذ المستشفى معايير الرعاية الاكلينيكية المُلزمة الصادرة عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والمتعلقة بالرعاية الطارئة وغير الطارئة تحت إشراف قيادات المستشفى.
٥. تقيس قيادات المستشفى التطابق مع معايير الرعاية الإكلينيكية للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ويرفعون تقريرا بالنتائج إلى الهيئة كل ثلاثة أشهر على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

ICD.01: رعاية موحدة؛ ICD.15: تبنى وتعديل أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.05: أدلة عمل رعاية الطوارئ؛ ACT.14: إمكانية الوصول إلى وحدات الرعاية المتخصصة.

ICD.17: تتوفر المعلومات لدعم أوامر وطلبات أعضاء الطاقم الطبي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأوامر والطلبات

الغرض:

تمثل الأوامر والطلبات تواصلاً من أحد أعضاء الطاقم الطبي حيث يصدر توجيها بأن تلك الخدمة يجب أن تُقدم إلى المريض. وقد تأخذ الأوامر والطلبات عدة أشكال مثل الأوامر المكتوبة والأوامر عبر التليفون والأوامر الشفهية ومدخلات سجلات المريض الإلكترونية وأوامر الطبيب الإلكترونية. يجب أن تتأكد المستشفى من توفر المعلومات المطلوبة للمريض ولأولئك الذين سيقومون بتنفيذ الأمر. وتتضمن المعلومات على الأقل ما يلي:

أ. اسم عضو الطاقم الطبي المُصدر للأمر.
ب. تاريخ ووقت الأمر.
ج. تعريف المريض وتحديد العمر والجنس.
د. السبب الإكلينيكي لإصدار الأمر وطلب الخدمة.
ه. متطلبات التجهيز.
و. الاحتياطات الواجب اتخاذها.
ز. المكان وجانب الجسم الذي سيتم عليه إجراء التصوير الطبي.
ح. المصادقة الفورية من أعضاء الطاقم الطبي المُصدرين للأمر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. كل أعضاء الطاقم الطبي على دراية بجميع متطلبات الأوامر.
٢. الأوامر الطبية تتبع جميع العناصر المطلوبة.
٣. توجد عملية يجب اتباعها عندما تفتقر الطلبات الطبية إلى واحد أو أكثر من العناصر المذكورة أعلاه.

المعايير ذات الصلة:

DAS.04: عملية ما قبل الفحص بالتصوير الطبي؛ DAS.15: عملية ما قبل الفحص؛ DAS.31: طلب دم ومنتجات الدم؛ ICD.02: التعاون في الرعاية؛ PCC.09: مواد تثقيف المريض والأسرة؛ ACT.11: عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات ؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل.

ICD.18: (NSR.02) إبلاغ الأوامر الشفهية أو الهاتفية بشكل آمن وفعال.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأوامر الشفهية والهاتفية

الغرض:

إن سوء التواصل هو السبب الجذري الأكثر شيوعًا وراء الأحداث الضارة. وقيام الشخص الذي يتلقى المعلومات بتدوين

الأمـر وإعـادة قراءتـه بالكامـل يحـد مـن سـوء التواصـل، ويقلـل مـن حـدوث الأخطـاء الناجمـة عـن الـكلام غيـر الواضـح أو المصطلحـات غيـر المألوفـة أو النطـق غيـر الواضـح؛ كمـا يتيـح ذلـك فرصـة للتحقـق. وتضـع وتنفـذ المستشـفى سياسـة وإجـراءات تتنـاول تلقـي الاتصـالات الشـفهية والهاتفيـة. وتتنـاول السياسـة علـى الأقـل مـا يلـي:

أ. الأوامر الشفهية.
ب. الأوامر الهاتفية.
ج. عملية التسجيل.
د. قيام المتلقي بإعادة القراءة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة سياسـة اسـتقبال الأوامـر الشـفهية أو الهاتفيـة حتـى يتحقـق ممـا إذا كانـت السياسـة تصـف بوضـوح عمليـة التسـجيل وقيـام المتلقـي بإعـادة القـراءة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة التسجيل في السجلات المستخدمة و/ أو سجل المريض الطبي.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية لتقييم معرفتهم والتزامهم بسياسة المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجـد بالمستشـفى سياسـة توجـه الاتصـالات الشـفهية وتحـدد محتواهـا وتتضمـن السياسـة علـى الأقل جميـع العناصـر المذكورة فـي الغـرض مـن نقطـة (أ) إلـى نقطـة (د).
٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة.
٣. تسجيل جميع الأوامر الشفهية والهاتفية في سجل المريض الطبي خلال إطار زمني محدد مسبقًا.
٤. المستشفى تتتبع وتجمع وتحلل بيانات عملية الأوامر الشفهية والهاتفية وترفع تقريرا بها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية الأوامر الشفهية والهاتفية.

المعايير ذات الصلة:

ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات ؛ DAS.04: عملية ما قبل الفحص بالتصوير الطبي.

عمليات الفحص والتقييم والرعاية لكل مريض على حده.

ICD.19: يتـم إجـراء فحـص للألـم لمرضـى الأقسـام الداخليـة والعيـادات الخارجيـة وتقييمـه عنـد وجـود ألـم والتعامـل معـه وفقًـا لذلـك.

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

مسح وتقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الألم

الغرض:

مـن حـق كل مريـض حيـاة خاليـة مـن الألـم. والتعامـل مـع الألـم بشـكل صحيـح يـؤدي إلـى راحـة المريـض وتأديـة دوره بشـكل سـليم ورضـاه. تضـع وتنفـذ المستشـفى سياسـة وإجـراءات فحـص وتقييـم وإعـادة تقييـم والتعامـل مـع الألـم. وتتنـاول السياسـة علـى الأقـل مـا يلـي:

أ. أداة مسح الألم (pain screening tool).
ب. جميع عناصر تقييم الألم التي تشمل طبيعة ومكان وشدة الألم.
ج. معدل إعادة تقييم الألم.
د. بروتوكولات التعامل مع الألم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه التعامل مع الألم والتي تتضمن على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع العاملين على دراية بالسياسة.
٣. إجراء مسح للألم لجميع المرضى المحجوزين بالمستشفى ومرضى العيادات الخارجية للوقوف على الألم باستخدام أداة صالحة ومعتمدة.
٤. تسجيل خطط تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الألم في سجل المريض الطبي.
٥. يتم التعامل مع الألم أفراد بواسطة أفراد مؤهلين ويتم تسجيل فعالية خطة التعامل مع الألم في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية.

ICD.20: تقييم احتياجات المريض التغذوية والتعامل معها.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

احتياجات المريض الغذائية

الغرض:

التقييم التغذوي هو تقييم عميق لكل من البيانات الموضوعية والذاتية المتعلقة بالطعام والمواد الغذائية التي يتناولها المريض ونمط حياته وتاريخه الطبي. وبمجرد قيام متخصص الرعاية الصحية بجمع وتنظيم البيانات عن الفرد، يمكنه تقييم الحالة التغذوية لهذا الشخص وتقويمها. ويؤدي التقييم إلى وضع خطة رعاية أو إجراء تدخل من أجل مساعدة المريض إما على الحفاظ على حالته التي تم تقييمها أو الوصول إلى حالة يتمتع فيها بمزيد من الصحة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الاحتياجات الغذائية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية.
ب. معايير محددة لتضمين الخدمات التغذوية في عملية رعاية المرضى.
ج. مكونات التقييم التغذوي.
د. رعاية والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية:
   i. توفر ووجود قائمة بجميع النظم الغذائية الخاصة.
   ii. طلب الطعام المناسب لحالة المريض الإكلينيكية.
   iii. تسجيل طلبات الطعام أو المواد الغذائية الأخرى في الملف الطبي.
   iv. جدولة الوجبات وتوقيت توزيع الوجبات يتطابق مع تفضيلات المريض.
ه. إدارة وتخزين الطعام الذي يجلبه أفراد الأسرة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي

ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.

- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملف العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع الأطباء وطاقم التمريض بالأقسام الداخلية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. متخصصو الرعاية الصحية المؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية.
٤. تقييم احتياجات المريض التغذوية والتعامل معها وفقًا للسياسة.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع احتياجات المريض التغذوية في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ PCC.09: مواد تثقيف المريض والأسرة؛ ACT.16: تقرير الخروج من المستشفى.

ICD.21: تقييم احتياجات المريض النفسية والتعامل معها.

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

احتياجات المريض النفسية

الغرض:

مع تزايد إدراك أن العوامل النفسية تعد محددات لتقدم العلاج، زادت حاجة المستشفيات وأعضاء الطاقم الطبي وطاقم التمريض إلى أخذ احتياجات المرضى النفسية والاجتماعية في الاعتبار، وعلاج الشخص ككل وعدم الاقتصار على علاج المرض العضوي. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الاحتياجات النفسية والاجتماعية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات المريض النفسية.
ب. معايير محددة لتضمين الخدمات النفسية في عملية رعاية المرضى.
ج. مكونات التقييم النفسي والتي تتضمن على الأقل التوتر والقلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية والعلاقات السيئة.
د. رعاية والتعامل مع احتياجات المريض النفسية:
   i. تتوفر قائمة بالموارد المجتمعية لتعزيز الصحة ودعم الأشخاص الأكثر عرضة للمخاطر.
   ii. تثقيف المرضى و/ أو أسرهم بشأن الموارد المجتمعية المتاحة عند الحاجة.
ه. الدعم والتعامل مع المريض في حالة الإعاقة وحدوث عدوى وعدم القدرة على تحمل تكاليف الرعاية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملف العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع الأطباء وطاقم التمريض بالأقسام الداخلية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. متخصصو الرعاية الصحية المؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض النفسية.
٤. تقييم احتياجات المريض النفسية والتعامل معها وفقًا للسياسة.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع احتياجات المريض النفسية في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.02: التعاون في الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ PCC.09: مواد تثقيف المريض والأسرة؛ ACT.16: تقرير الخروج من المستشفى.

ICD.22: تقييم احتياجات المريض الوظيفية والتعامل معها.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

احتياجات المريض الوظيفية

الغرض:

يقدم تقييم الاحتياجات الوظيفية نهجًا لتحديد نقاط القوة والاحتياجات والتعديلات المطلوبة للمرضى من ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات. ويهدف إلى توسيع التركيز من التشخيص الطبي للمرضى إلى الاحتياجات الوظيفية وبيئة الشفاء وما يمكن للمستشفى فعله لتلبية هذه الاحتياجات. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الاحتياجات الوظيفية. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات المريض الوظيفية.
ب. مكونات التقييم الوظيفي.
ج. رعاية والتعامل مع احتياجات المريض الوظيفية من خلال خطة رعاية فردية تتناول ما يلي على الأقل:
   i. رعاية ودعم والتعامل مع أنشطة الحياة اليومية المستقلة مثل الأكل والشرب والمشي والتحرك.
   ii. رعاية ودعم والتعامل مع التواصل مع ضعاف السمع أو ضعاف النظر أو ذوي القدرات المعرفية أو الفكرية المحدودة.
   iii. تمكين ودعم الأسر وغيرهم ممن قد يراقبون أو يساعدون أو يتفاعلون مع احتياجات أنشطة حياة المريض اليومية واحتياجاته الوظيفية ونقله.
د. معايير محددة لتضمين خدمات التأهيل في عملية رعاية المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملف العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع الأطباء وطاقم التمريض بالأقسام الداخلية على دراية بسياسة المستشفى.

٣. متخصصو الرعاية الصحية المؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض الوظيفية.
٤. تقييم احتياجات المريض الوظيفية والتعامل معها.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع احتياجات المريض الوظيفية في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.04: عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج؛ ACT.16: تقرير الخروج من المستشفى.

ICD.23: تحديد مسح وتقييم وإعادة تقييم وعناصر رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

الكلمات الرئيسية:

فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة

الغرض:

إن زيادة الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية بين فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة يزيد من التكاليف التي يتكبدها النظام بشكل عام، خاصة إذا لم يتم التعامل مع الرعاية بشكل مناسب. وقد يواجه بعضا من أفراد فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة أيضًا تحديات فريدة في الوصول إلى الرعاية، وغالبًا ما يتم تجاهلهم في سياق الخدمات الأوسع. وتضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تحديد فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يزورون المستشفى ويجب أن يتضمنون ما يلي على الأقل:
   i. المراهقين.
   ii. المسنين.
   iii. المعاقين
   iv. مرضى ضعف المناعة.
   v. المرضى الذين يعانون من الأمراض المعدية.
   vi. المرضى الذين يعانون من الألم المزمن.
   vii. ضحايا سوء المعاملة والإهمال.
ب. توفر شخص مختص لتقييم والتعامل مع احتياجات فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.
ج. التعديلات المطلوبة في طرق تقييم المرضى المعتادة حتى تتناسب مع احتياجات فئات المرضى ذوى الاحتياجات الخاصة.
د. رعاية والتعامل مع احتياجات فئات المرضى ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال وضع خطة رعاية فردية لكل مريض على حدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).

٢. جميع الأطباء وطاقم التمريض بالأقسام الداخلية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. تقييم احتياجات فئات المرضى ذوى الاحتياجات الخاصة والتعامل معها.
٤. تسجيل تقييم والتعامل مع احتياجات فئات المرضى ذوى الاحتياجات الخاصة في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية.

ICD.24: تقييم والتعامل مع عملية الولادة للنساء اللاتي في مرحلة المخاض بشكل آمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

عملية ولادة آمنة

الغرض:

إن معدل المواليد في مصر في عام ٢٠١٩ بلغ ٢٥,٩٥٧ مولودًا لكل ١٠٠٠ شخص، أي أنه انخفض ٢,١٩٪ عن عام ٢٠١٨. ومع ذلك فهو أحد أعلى المعدلات في العالم. وبحسب الدراسات الحديثة، ارتفع عدد الولادات القيصرية في مصر في السنوات الأخيرة ارتفاعا مطردا ووصل إلى مستوى ينذر بالخطر. ويبدو أن هذا الارتفاع مرتبط بالتحول نحو الولادة في مرافق الرعاية الصحية الخاصة. وتوجد عوامل متعددة تؤثر على هذه العملية، ومنها تفضيلات الأمهات والعوامل المالية. وعلى الجانب الآخر، على الرغم من تحسن معدلات وفيات الأمهات في مصر، إلا أنه يوجد مجالًا للتحسين من حيث عدم المساواة بين الفئات الاجتماعية والاقتصادية. قائمة تدقيق منظمة الصحة العالمية بشأن الولادة الآمنة هي أداة تهدف إلى تحسين جودة رعاية النساء والرضع أثناء الولادة. وهذه القائمة المرجعية هي قائمة منظمة من ممارسات الولادة الأساسية المستندة إلى الأدلة والتي تستهدف الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات، ووفاة الجنين بسبب الولادة، ووفيات حديثي الولادة التي تحدث في المنشآت في جميع أنحاء العالم. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية الولادة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية الولادة.
٢. جميع العاملين المشاركين على دراية بسياسة المستشفى.
٣. تقييم عملية الولادة والتعامل معها.
٤. استخدام قوائم التدقيق أو البروتوكول أو غيرها من الأدوات بنجاح في كل عملية ولادة.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع عملية الولادة في سجل المريض الطبي.
٦. يوجد دليل على متابعة عملية التنفيذ.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية.

ICD.25: استخدام أدلة العمل الإكلينيكية لتعريف التقييم والتعامل مع رعاية الأطفال.

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

رعاية الأطفال

الغرض:

إن استمرار تقييم المريض أمرا ضروريا لتوفير الرعاية الآمنة وجزءا أساسيا من الممارسة الطبية والتمريضية. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع الأطفال. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. حالة التطعيم.
ب. التقييم والرعاية التغذوية.
ج. تقييم ورعاية القدرات المعرفية.
د. فحص ورعاية الأمراض الخلقية.
ه. التقييم والرعاية الاجتماعية وفقًا للقوانين واللوائح الوطنية للطفل.
و. مخططات النمو.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشأن تقييم والتعامل مع رعاية الأطفال والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع العاملين المشاركين في رعاية الأطفال على دراية بسياسة تقييم والتعامل مع رعاية الأطفال.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع المرضى من الأطفال.
٤. تقييم احتياجات الأطفال والتعامل معها بأمان.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع رعاية الأطفال في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.04: عملية دخول المستشفى لتلقي العلاج؛ ICD.20: احتياجات المريض الغذائية؛ ACT.16: تقرير الخروج من المستشفى؛ ICD.15: تبني وتعديل أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

ICD.26: تقييم والتعامل مع احتياجات المرضى الذين لا يُرجى شفائهم.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

المرضى الميؤوس من شفائهم

الغرض:

عادةً ما تتضاءل وتقل قيمة الحياة بعد الإصابة بمرض خطير في نظر كثير من المرضى. وتَلقي علاجات تداخلية صعبة وكثيرة يصاحبها الشعور بالألم والضيق يُلقي بأعباء كبيرة على كاهل المرضى. وعندما تفوق هذه الأعباء الفوائد المحتملة

للعلاجات المنقذة للحياة، يقوم متخصصي الرعاية الصحية بما من شأنه تأخير الوفاة أكثر منه إطالة الحياة. وفي مثل هذه الظروف، قد يكون الانتقال إلى علاج الألم في مصلحة المرضى. وهذا الانتقال يجعل الأولوية للتعامل مع الأعراض والدعم النفسي الاجتماعي للمرضى والأسر واستجابة العلاجات لأهداف رعاية وقيم وتفضيلات كل مريض على حدة. وبمجرد إدراك أن هذه هي أيام/ ساعات المريض الأخيرة، يجب مراجعة الأهداف العلاجية وتغييرها وفقًا لذلك حتى تركز على الراحة والكرامة. ويمكن إلغاء التدخلات التي لا تساهم في تحقيق ذلك. وتوجد خيارات علاجية لتسكين الألم وبحة الصوت والقلق والانفعالات عند الحاجة. ويجب تحديد جرعات الدواء لتخفيف الأعراض بناءً على تقييمات صريحة. كما يجب تلبية احتياجات المرضى والأسر ليكونوا مع المرضى المحتضرين ويعتنوا ويهتموا بهم قدر الإمكان. وقد تطلب المشورة الدينية إذا استلزم الأمر. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لتقييم وإعادة تقييم والتعامل مع مجموعة المرضى الميؤوس من شفائهم. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تهيئة المرضى وأسرهم لقرب حدوث الوفاة.
ب. يجب أن تكون القرارات الإكلينيكية خاصة بكل مريض على حدة، وتتضمن مشاركة المريض و/ أو الأسرة في اتخاذ القرار.
ج. التعامل مع الأعراض، ومنها الألم والاكتئاب.
د. تقديم الدعم إلى المريض والأسرة لتلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية والعاطفية والروحية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع العاملين المشاركين في رعاية المرضى الميؤوس من شفائهم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع المرضى الميؤوس من شفائهم.
٤. تقييم احتياجات المرضى الميؤوس من شفائهم والتعامل معها بأمان.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع المرضى الميؤوس من شفائهم في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.09: مواد تثقيف المريض والأسرة؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية.

ICD.27: الحفاظ على حقوق المرضى النفسيين خلال التقييمات وخطط الرعاية وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

المرضى النفسيين

الغرض:

الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية هم بشر. لديهم أشخاص يحبونهم، وأنشطة يستمتعون بها، وأحلام يودون

تحقيقها في حياتهم. فهم كبشر يستحقون أن يعاملوا بكرامة. وبموجب القوانين واللوائح والمراجع الدولية، فإنهم يتمتعون بحقوق ويجب حمايتهم. ولسوء الحظ، فإن المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية لطالما كانوا من بين أكثر المرضى تعرضًا لسوء المعاملة والتمييز في العديد من البلدان. وسوء المعاملة والتمييز لا يزالان يمثلان مشاكل حقيقية في الوقت الحاضر. فتكبيل الأطفال أو تقييدهم، وطرد الأشخاص من العمل، ومنع الوصول إلى الخدمات هي مجرد أمثلة قليلة على طريقة تناول هذا المعيار. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع المرضى النفسيين. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. العلاج الإلزامي.
ب. الموافقة المبنية على المعرفة.
ج. استخدام القيود.
د. الزيارات الليلية.
ه. مراقبة ومتابعة المرضى الذين لن يعودوا.
و. العلاج بالصدمة الكهربائية.
ز. الأنشطة المهنية والترفيهية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. جميع العاملين المشاركين في رعاية المرضى النفسيين على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع المرضى النفسيين.
٤. تقييم المرضى النفسيين والتعامل معهم بأمان.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع المرضى النفسيين في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة؛ PCC.18: كرامة المريض وخصوصيته وسريته؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.28: التقييد والعزل.

ICD.28: استخدام التقييد والعزل بشكل آمن ومناسب وبطريقة تحترم حقوق المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

التقييد والعزل

الغرض:

الإكراه هو موضوع ذو أهمية عالمية ويُعرف بأنه استخدام التدخل ضد إرادة الشخص. وقد تنطوي الاجراءات القسرية أيضًا على أبعاد أخرى، لا سيما قيود حرية الحركة التي كثيرًا ما تستخدم في الطب النفسي لاحتواء السلوكيات العدوانية، ولكن تُستخدم أيضًا في ظروف وأماكن أخرى، بما في ذلك كل تخصص طبي. في سياق السيطرة على إرادة الشخص،

يثير الإكراه أسئلة أخلاقية وقانونية. فهذه الاجراءات تقيد العديد من حقوق الإنسان الأساسية، مثل حرية الاختيار أو الحركة، والاستقلالية، والسلامة الجسدية، وبالتالي فهي تخضع للقوانين واللوائح. وتحديد الآثار الإكلينيكية للإكراه يعد أحد التحديات الصعبة، كما يثير أسئلة أخلاقية وقانونية ومنهجية. وعلى الرغم من أن الأدلة العلمية على فعالية الاجراءات القسرية محدودة، فكثيرًا ما تُستخدم لا سيما في الطب النفسي. ويجب استخدام هذه التدخلات بحذر وتكون آخر خيار. ويجب مراعاة تفضيلات المرضى عند اتخاذ قرار بتطبيق مثل هذه الاجراءات. وقد تكون العلاقة العلاجية محورًا لتحسين التأثير والإدراك الذاتي للإكراه. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن الاستخدام المناسب والآمن للتقييد والعزلة. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. استخدام التقييد أو العزل وفقًا لمعايير وقوانين ولوائح محددة.
ب. المتطلبات اللازمة لصدور أمر واضح من الطبيب بالتقييد والعزل.
ج. قيام عاملين مؤهلين بوضع وإزالة القيود بشكل آمن وفعال.
د. يجب استخدام أقل أساليب التقييد كلما كان ذلك ممكنا.
ه. حماية حقوق المريض وكرامته وسلامته البدنية والنفسية أثناء الاستخدام.
و. المتابعة وإعادة التقييم أثناء الاستخدام.
ز. تجديد أمر استخدام التقييد بناءً على الحاجة المستمرة ووفقًا للقوانين واللوائح.
ح. رعاية والتعامل مع احتياجات المرضى أثناء استخدام التقييد والعزل.
ط. إنهاء استخدام التقييد والعزل وفقا لمعايير محددة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٢. جميع العاملين المشاركين في التقييد والعزل على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن استخدام التقييد والعزل.
٤. استخدام التقييد والعزل بشكل آمن.
٥. تسجيل التقييد والعزل في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ PCC.18: كرامة المريض وخصوصيته وسريته؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.27: المرضى النفسيين.

ICD.29: تقييم والتعامل مع ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان

الغرض:

يؤثر إدمان الكحول والمخدرات تأثيرا واضحا على متعاطي المخدرات. ويؤدي تعاطي الكحول و/ أو المخدرات لفترات طويلة إلى تدهور الصحة الجسدية للشخص، وإضعاف الأداء العقلي، وإلحاق الضرر بالروح بشكل عام. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تقييم تاريخ تعاطي المخدرات، بما في ذلك العمر عند بدء التعاطي، ومدة وشدة وأنماط التعاطي، والمخدرات المستخدمة، والعواقب، والمضاعفات.
ب. أنواع العلاجات السابقة والاستجابات السابقة للعلاج.
ج. تاريخ المشاكل النفسية والعاطفية والسلوكية.
د. ملامح البيئة التي تعزز الامتثال والتعافي أو العقبات أمام الشفاء.
   i. الوضع المالي.
   ii. الوضع المعيشي الحالي والظروف الأسرية.
   iii. الحاجة إلى مشاركة الأسرة في رعاية المريض.
   iv. قبول العلاج أو دوافع العلاج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع العاملين المشاركين في رعاية ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن تقييم والتعامل مع ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان.
٤. تقييم ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان والتعامل معهم بأمان.
٥. تسجيل تقييم والتعامل مع ضحايا تعاطي المخدرات والإدمان في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.18: كرامة المريض وخصوصيته وسريته؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.27: المرضى النفسيين؛ ICD.17: الأوامر والطلبات.

إجراءات آمنة لتشخيص ورعاية الحالات الخاصة والحرجة

ICD.30: (NSR.11) إبلاغ النتائج الحرجة في الوقت المناسب وبدقة وبطريقة آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

النتائج الحرجة

الغرض:

إن سلامة المرضى وجودة الرعاية يمكن أن تتعرض للخطر عند تأخير إكمال الفحوصات الحرجة أو تأخير إبلاغ نتائج الفحوصات أو التحاليل الحرجة إلى القائم بطلب الفحوصات. إن سوء التواصل هو السبب الجذري الأكثر شيوعًا وراء الأحداث الضارة. وقيام الشخص الذي يتلقى المعلومات بتدوين الأمر وإعادة قراءته بالكامل يحد من سوء التواصل، ويقلل من حدوث الأخطاء الناجمة عن الكلام غير الواضح أو المصطلحات غير المألوفة أو النطق غير الواضح. كما يتيح ذلك فرصة للتحقق. ويجب على المعمل وخدمة التصوير الطبي ومعمل القلب غير التداخلي وبرنامج الاختبارات المعملية التي يتم اجرائها في أماكن الرعاية أن يحددوا القيم الحرجة لتحاليل/ فحوصات معينة. وتتضمن العملية تعليمات بوجوب الإبلاغ الفوري للشخص المصرح له والمسئول عن المريض بالنتائج التي تتجاوز القيم الحرجة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية تحديد النتائج الحرجة والإبلاغ بها. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. قوائم النتائج والقيم الحرجة.

ب. عملية الإبلاغ بنتائج الفحوصات الحرجة بما في ذلك الإطار الزمني و "إعادة القراءة" من المتلقي.

ج. عملية التسجيل

i. وسيلة الإبلاغ .

ii. تاريخ ووقت الإبلاغ.

iii. تحديد هوية الموظف المسئول عن الإبلاغ.

iv. تحديد هوية الشخص الذي تم إبلاغه.

v. وصف تسلسل إبلاغ النتيجة.

vi. نتائج الفحوصات التي تم إبلاغها.

vii. أي صعوبات تمت مواجهتها خلال عملية الإبلاغ.

د. الإجراءات الواجب اتخاذها في حالة النتائج الحرجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة النتائج الحرجة للتأكد مما إذا كانت تصف بوضوح عملية التسجيل وإعادة القراءة من المتلقي.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة التسجيل في السجلات المستخدمة و/ أو سجل المريض الطبي.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع متخصصين الرعاية الصحية لتقييم معرفتهم والتزامهم بسياسة المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إبلاغ النتائج الحرجة وتحدد محتواها وتتناول على الأقل العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).

٢. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بعناصر السياسة.

٣. تسجيل جميع النتائج الحرجة في سجل المريض الطبي خلال إطار زمني محدد مسبقًا بما في ذلك جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (i) إلى نقطة vii)).

٤. المستشفى تتابع وتجمع وتحلل وترفع تقريراً عن بيانات عملية الإبلاغ بالنتائج الحرجة.

٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية الإبلاغ عن النتائج الحرجة.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: تسجيل العاملين؛ ICD.06: تسجيل رعاية الطوارئ؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.18: الأوامر الشفهية والهاتفية؛ DAS.08: نتائج التصوير الطبي؛ DAS.23: نتائج STAT.

ICD.31: تقديم خدمات العلاج الكيماوي و/ أو العلاج الإشعاعي وفقًا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي

الغرض:

العلاج الكيماوي هو علاج دوائي يستخدم مواد كيميائية قوية لقتل الخلايا سريعة النمو في جسمك. ويستخدم العلاج الكيماوي غالبًا لعلاج السرطان ، نظرًا لأن الخلايا السرطانية تنمو وتتكاثر بسرعة أكبر بكثير من معظم خلايا الجسم. ويمكن إعطاؤها عن طريق الفم أو الحقن أو التسريب الوريدي أو على الجلد بناءا على نوع ومرحلة السرطان الذي يتم علاجه. العلاج الإشعاعي هو علاج للسرطان يستخدم جرعات عالية من الإشعاع لقتل الخلايا السرطانية وتقليص الأورام. العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي قد تدمر جميع أنواع خلايا الدم السليمة وقد تلحق الضرر بإنتاج الجسم لخلايا جديدة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن تقييم وإعادة تقييم والتعامل مع المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوي أو العلاج الإشعاعي والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. تحديد فئات المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يزورون المستشفى.

ب. توافر الأفراد الأكفاء لتقييم والتعامل مع احتياجات المرضى الخاصة.

ج. التعديلات المطلوبة لطرق تقييم المريض المعتادة حتى تلائم احتياجات هؤلاء المرضى.

i. قبل بدء نظام علاجي جديد لأول مرة، مثل التأكد من الحالة المرضية أو التحقق من التشخيص المبدئي، أو مرحلة السرطان الأولية، أو حالة السرطان الحالية، أو خطة العلاج ومنها على الأقل، تشخيص المريض، والأدوية، والجرعات، ومدة العلاج، وأهداف العلاج.

ii. في كل جلسة أكلينيكي أو في كل يوم من أيام العلاج، يُجري متخصصو الرعاية الصحية تقييمات المرضى ويسجلوها ويتخذون الإجراء المناسب، وتتضمن التقييمات على الأقل العناصر التالية: الوزن والطول وسميات العلاج والآثار الجانبية.

د. رعاية والتعامل مع المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوي و/ أو العلاج الإشعاعي من خلال خطة رعاية فردية تتضمن التعامل مع المضاعفات مثل التسرب وفرط الحساسية وقلة العدلات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع العاملين المشاركين في خدمات العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن استخدام والتعامل مع العلاج الكيماوي و/ أو العلاج الإشعاعي.
٤. استخدام والتعامل مع العلاج الكيماوي و/ أو العلاج الإشعاعي بأمان.
٥. تسجيل استخدام والتعامل مع العلاج الكيماوي و/ أو العلاج الإشعاعي في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمـات الطبيـة للمرضـى؛ ICD.14: خطـة الرعايـة؛ ICD.17: الأوامـر والطلبـات؛ IPC.13: مرضـى نقـص المناعـة المناعـة والبيئـة الوقائيـة.

ICD.32: تقديم خدمات الغسيل الكلوي وفقًا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات غسيل الكلى

الغرض:

يعانـي مرضـى الغسـيل الكلـوي مـن ضعـف النشـاط وينحفـض مسـتوى أدائهـم البدنـي. تتوفـر قياسـات موضوعيـة للنشـاط البدنـي العفـوي بالإضافـة إلـى فحوصـات معقدة باهظـة الثمـن أو بسـيطة وغيـر مكلفـة تسـاعد علـى تقييـم قـدرة المريـض علـى بـذل نشـاط بدنـي. ويكشـف تقييـم الأداء عـن قـدرات المرضـى، كمـا يقـدم وصفًـا للنشـاط البدنـي لـكل مريـض علـى حـدة، ويتنبـأ بالنتائـج الإكلينيكيـة الرئيسـية، ولـذا يجـب أن يكـون هـذا الموضـوع محـل اهتمـام متخصصـي الرعايـة الصحيـة. قـد يكـون مـن المفيـد إجـراء مجموعـة قليلـة مـن الفحوصـات بشـكل روتينـي بخدمـة غسـيل الكلـى مـن اجـل تقسـيم المخاطـر التـي يتعـرض لهـا المريـض إلـى درجـات ومـن أجـل التعـرف علـى المرضـى الذيـن يحتاجـون إلـى بـذل نشـاط بدنـي مـن أجـل توجيههـم إلـى برامـج الرعايـة الصحيـة المختلفـة. تضـع وتنفـذ المستشـفى سياسـة وإجـراءات بشـأن تشـغيل والتعامـل مـع خدمـات الغسـيل الكلـوي بشـكل آمـن. وتتنـاول السياسـة علـى الأقـل مـا يلـي:

أ. متطلبات التقييم المبدئي.
ب. متطلبات إعادة التقييم.
ج. الفحوصات المعملية الدورية.
د. أدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية لما يلي على الأقل:
   i. إدارة انسداد وصلة الغسيل الكلوي.
   ii. استخدام منع تخثر الدم.
   iii. المضاعفات الناجمة عن الغسيل الكلوي.
ه. السكتة القلبية الرئوية والحالات الطبية العاجلة أثناء غسيل الكلى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين المشاركين في خدمات غسيل الكلى على دراية بسياسة المستشفى.
٣. استخدام والتعامل مع خدمات غسيل الكلى بأمان.
٤. تسجيل استخدام والتعامل مع خدمات غسيل الكلى في سجل المريض الطبي.

٥. توجد عملية لتحقيق السلامة والوقاية من التحويل المصلي للمرضى الذين لديهم أجسام مضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي "Ab" إيجابي وتحليل تفاعل البلمرة التسلسلي (بي سي أر) سلبي (أجهزة غسيل الكلى بالمنطقة الرمادية).

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.17: الأوامر والطلبات.

ICD.33: تقديم خدمات الرعاية الحرجة وفقًا للقوانين واللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الرعاية الحرجة

الغرض:

إن خدمات الرعاية الحرجة تُلبي احتياجات المرضى الذين يواجهون حالة صحية تهدد الحياة، ولا سيما الحالة التي تكون فيها أعضاء أجهزة الجسم الحيوية معرضة للتوقف. واستخدام تكنولوجيا العلاج والمتابعة والتشخيص المتقدمة يحقق الهدف من خدمات الرعاية الحرجة والذي يتمثل في الحفاظ على أداء أعضاء أجهزة الجسم الحيوية لوظيفتها وتحسين حالة المريض بحيث يمكن بعد ذلك علاج إصابته أو مرضه الأساسي. وتُقدم هذه الخدمات فرق متخصصة من متخصصي الرعاية الصحية. ولذا تلعب وحدات الرعاية الحرجة دورًا محوريًا في مستشفيات الرعاية الحرجة. وإذا حدث ارتفاع المفاجئ في أعداد المرضى بهذه الوحدات، تُلغى بعض العمليات الجراحية ويمكن التعاون مع قسم الطوارئ. وهذه الخدمات باهظة الثمن ومحدودة. ووحدة العناية المركزة بالمستشفى هي جوهر نظام الرعاية الحرجة. ويعمل متخصصو الرعاية الصحية بوحدة العناية المركزة على مدار الساعة لإنقاذ حياة مرضى الحالات الحرجة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن رعاية والتعامل مع مرضى الحالات الحرجة بشكل آمن. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. الحد الأدنى من الموارد المطلوبة لكل سرير مثل: المساحة والمهارات والمعدات.
ب. متطلبات التقييم المبدئي ويتضمن الدورة الدموية والتنفس والأكسجين.
ج. متطلبات إعادة التقييم.
د. متابعة المعدات.
ه. التعامل مع إجراءات الرعاية الحرجة مثل: الشق الحنجري وإدخال أنبوب مرن إلى القصبة الهوائية وضعية الانبطاح خلال التنفس الاصطناعي وفحص الهذيان.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة رحلة مريض ويُقيم التنفيذ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم والتعامل مع احتياجات المريض للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين المشاركين في خدمات الرعاية الحرجة على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن تقديم والتعامل مع خدمات الرعاية الحرجة.
٤. استخدام والتعامل مع خدمات الرعاية الحرجة بأمان.
٥. تسجيل استخدام والتعامل مع خدمات الرعاية الحرجة في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: تبنى وتعديل أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية؛ ACT.11: عملية الحصول على المشورة من طبيب آخر ؛ ACT.12: عملية الرعاية والعلاج متعددة التخصصات؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل.

ICD.34: (NSR.08) يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات للتعامل مع الإنذارات الحرجة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الإنذارات الحرجة

الغرض:

يتم تزويد الأجهزة الطبية خاصة تلك المتعلقة بالوظائف الحيوية بإنذارات تنبه العاملين إلى حدوث أعطال بالجهاز أو إلى حالة المريض الحرجة. وتعطل هذه الإنذارات يؤدي إلى زيادة تعرض المرضى لمخاطر الوفاة والإصابة بالأمراض. وتهدف الإنذارات إلى حث العاملين على اتخاذ إجراء مناسب فوري إما بفحص عطل الجهاز أو بدء إجراء من شأنه أن يعكس الموقف. ويمكن ضمان حدوث ذلك عندما يصبح جميع العاملين على دراية كاملة بإعدادات الإنذار (القيم وشدة الصوت) ودلالته، وعندما يتم تدريبهم على الإجراءات المطلوبة التي يجب اتخاذها عند إطلاق الإنذار. يلزم إجراء اختبار كفاءة سنوي للعاملين لضمان الاستخدام الآمن لأجهزة العرض وغيرها من الأجهزة التي تحتوي على أنظمة إنذار حرجة. وأداة الكفاءة المناسبة هي تلك التي لا تقتصر على اختبار قدرة الطبيب على ذلك. وتضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن الاستخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة بشكل آمن. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. جرد الإنذارات الحرجة وصيانتها الوقائية.
ب. اختبار أنظمة الإنذارات الحرجة.
ج. اختبار أجهزة الإنذار وتفعيلها بالإعدادات المناسبة.
د. أولويات الإطلاق في حالة الإنذارات المتعددة، وأولويات السماح للعاملين بتعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها، ومتابعة الاستجابة لإطلاق الإنذار.
ه. مسئولية العاملين واجراءات التحكم واجراءات التأكد والإجراءات العلاجية التصحيحية.
و. أجهزة الإنذار مسموعة بدرجة كافية فيما يتعلق بالمسافات والإنذارات المتعددة والضجيج داخل الوحدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة صيانة واختبار أنظمة الإنذارات الحرجة، والتي يجب أن تشمل العاملين المسئولين واجراءات التحكم وإجراءات التأكد والإجراءات التصحيحية. قد يتحقق مُراجع الهيئة مما إذا كانت الإجراءات تغطي اختبار الإنذارات وإجراءات الإعدادات المناسبة وأولويات الإطلاق في حالة الإنذارات المتعددة وأولويات السماح للعاملين بتعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها ومتابعة الاستجابة لإطلاق الإنذار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة جرد جميع الأجهزة المزودة بإنذارات حرجة بما في ذلك وضع أدلة العمل.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل الصيانة لإثبات العاملين المسئولين والشركة المسئولة والجدول الزمني والإعدادات المتفق عليها والدليل على عمل الجهاز والإبلاغ عن الأعطال والإجراءات العلاجية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة جداول اختبارات الإنذارات وقائمة الإعدادات النشطة الحالية في مختلف مناطق الرعاية.
- قد يقابل مُراجع الهيئة العاملين حول الأجهزة المزودة بالإنذارات الحرجة وعاملي الصيانة للتحقق من معرفتهم بإعدادات الإنذارات الحرجة والاستجابة لإطلاقها.

- قد يلاحظ (يستمع) مُراجع الهيئة أو ينشط الإنذارات الحرجة للتحقق من مدى ملاءمة شدة صوت الإنذار لمساحة مكان العمل.

التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع العاملين الذين يستخدمون الأجهزة المزودة بإنذارات حرجة على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن استخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة.
٤. استخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة بشكل آمن.
٥. تسجيل استخدام والتعامل مع الإنذارات الحرجة وفقا للسياسة لإثبات العاملين المسئولين والشركة المسئولة والجدول الزمني والإعدادات المتفق عليها والدليل على عمل الجهاز والإبلاغ عن الأعطال والإجراءات العلاجية.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.15: تبني وتعديل أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

ICD.35: (NSR.04) تنفيذ نظم لمنع التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب

الغرض:

الأنابيب والقساطر هي خطوات مهمة في تقديم الرعاية الصحية اليومية من أجل إعطاء الأدوية والسوائل للمرضى. والمرضى، خاصة في مناطق الرعاية الحرجة والمتخصصة، يتصلون بالعديد من الأنابيب والقساطر، ولكل منها وظيفة خاصة (المتابعة والوصول والصرف). وقد يتم توصيل هذه الأنابيب والقساطر بشكل خاطئ أثناء الرعاية مما يؤدي إلى إعطاء مادة خاطئة عبر الطريق الخطأ وهذا بدوره يؤدي إلى عواقب وخيمة. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن التوصيل الخاطئ للقساطر والأنابيب. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. لا ينبغي ترك مسئولية توصيل وفصل الأنابيب للعاملين غير الإكلينيكيين أو الأسر أو الزوار.
ب. وضع ملصق على القسطرة عالية الخطورة (مثل القسطرة الشريانية، قسطرة الابيديورال، قسطرة قناة النخاع الشوكي).
ج. تجنب استخدام القساطر مع منافذ الحقن في هذه الأماكن.
د. تتبع جميع الأنابيب والقساطر من أصلها إلى منفذ الاتصال للتحقق من المرفقات قبل إجراء أي توصيل أو قبل إعادة التوصيل، أو إعطاء أدوية أو محاليل أو منتجات أخرى.
ه. توحيد عملية تتبع القساطر وعملية إعادة الفحص وخرائط القساطر كجزء من التواصل عند تسليم النوبتجية .
و. اختبار القبول وتقييم المخاطر (تحليل أنماط الفشل وتأثيراته، ...إلخ) لتحديد احتمالية حدوث أخطاء في التوصيل عند شراء قسطرة وأنابيب جديدة.

التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. جميع العاملين الذين يستخدمون الأنابيب والقساطر على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن استخدام والتعامل مع الأنابيب والقساطر.
٤. استخدام والتعامل مع الأنابيب والقساطر بشكل آمن.

٥. تسجيل استخدام والتعامل مع الأنابيب والقساطر في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: تسجيل العاملين؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية.

التعامل مع الظروف التي تهدد الحياة

ICD.36: تتوفر معدات ومستلزمات الطوارئ وتعمل على النحو المطلوب وفقًا للقوانين واللوائح وأدلة العمل.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

معدات ومستلزمات الطوارئ

الغرض:

يعد توفر ما يكفي من معدات تعمل بكفاءة حجر الزاوية لإنقاذ حياة المرضى في حالات الطوارئ. وتوفرها طوال الوقت يضمن نجاح عملية الإنعاش القلبي الرئوي. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لضمان سلامة عملية التعامل مع معدات ومستلزمات الطوارئ. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تحديد قائمة معدات ومستلزمات الطوارئ المطلوبة وفقًا لقوانين ولوائح ومعايير الممارسة.
ب. معدات ومستلزمات الطوارئ متوفرة في جميع أنحاء المستشفى.
ج. معدات ومستلزمات الطوارئ ملائمة لمختلف الفئات العمرية.
د. استبدال معدات ومستلزمات الطوارئ فور استخدامها أو عند انتهاء صلاحيتها أو تلفها.
ه. التحقق من معدات ومستلزمات الطوارئ يومياً للتأكد من توافرها وجاهزيتها للاستخدام.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى خلال جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك عقد مقابلات مع العاملين للتحقق من وعيهم بالسياسة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين المسئولين عن تقييم وإدارة احتياجات المرضى للتحقق من تقييم الكفاءة.
- قد يفحص مُراجع الهيئة معدات أو مستلزمات الطوارئ لتقييم استمرار الصيانة والفحص.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين المشاركين في التعامل مع الحالات التي تهدد الحياة على دراية بسياسة المستشفى.
٣. التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية بشكل آمن.
٤. تسجيل التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية في سجل المريض الطبي.
٥. فحص واستبدال معدات ومستلزمات الطوارئ يوميا بعد الاستخدام.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: تبنى وتعديل أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ ICD.33: الرعاية الحرجة؛ ICD.37: إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له.

ICD.37: (NSR.09) يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة لضمان التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة لـه فـي جميـع أنحـاء المستشـفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التعرف على حالات التدهور الإكلينيكي والإستجابة له

الغرض:

إن الاكتشاف المبكر لعلامات التحذير وتقديم الرعاية العاجلة في الوقت المناسب يؤديا إلى نتائج وظيفية وطويلة الأجل أفضل من إنعاش المرضى الذين يعانون من السكتة القلبية الرئوية. وأظهرت الدراسات أن هذه الاستراتيجية لها تأثير إيجابي على تقليل الوفيات بالمستشفى وتحسين سلامة المرضى. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لضمان سلامة عملية التعامل مع إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. معايير محددة للتعرف على حالات التدهور الإكلينيكي.
ب. تثقيف العاملين بشأن المعايير المحددة.
ج. تحديد العاملين المعنيين بالاستجابة.
د. آليات استدعاء العاملين للاستجابة؛ بما في ذلك الكود (الأكواد) التي يمكن استخدامها لاستدعاء الطوارئ.
ه. الإطار الزمني للاستجابة.
و. استجابة موحدة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم و٧ أيام في الأسبوع.
ز. تسجيل الاستجابة والتعامل مع التدهور الإكلينيكي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسات نظام التعرف على حالات التدهور الإكلينيكي والإستجابة له في جميع أنحاء المستشفى.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة عملية تشكيل فرق استجابة سريعة وعملية ضمان إجراء تدريبات دورية تشمل مراجعة محاضر اجتماعات اللجنة المعنية (مثل لجنة توقف القلب أو لجنة الطوارئ الطبية) كدليل على المتابعة المنتظمة للعمليات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة عملية قياس وتسجيل الملاحظات مثل معدل التنفس وتشبع الأكسجين وضغط الدم وعدد ضربات القلب ودرجة الحرارة ومستوى الوعي، ...إلخ.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من وجود أدلة على تدريب العاملين على التعرف على حالات التدهور الإكلينيكي والإبلاغ عنه.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة التطابق مع سياسات التعرف على حالات التدهور الإكلينيكي والإستجابة له.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة عملية الاستجابة إلى التدهور الإكلينيكي إن أمكن.

التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. جميع العاملين المشاركين فى رعاية المرضى بشكل مباشر على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له.
٤. إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له بشكل آمن.
٥. تسجيل إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.36: معدات ومستلزمات الطوارئ؛ ICD.33: الرعاية الحرجة؛ ICD.37: إدراك التدهور الإكلينيكي والإستجابة له.

ICD.38: الاستجابة إلى حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية بالمستشفى للمرضى من البالغين والأطفال على حد سواء.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية

الغرض:

من المحتمل أن يعاني أي مريض يتلقى الرعاية داخل المستشفى من حالة طوارئ طبية تتطلب استجابة سريعة وفعالة. يعتبر الوقت والمهارات عناصر أساسية في خدمة الطوارئ لضمان نتائج مرضية. لذا يجب أن يتوافر عاملون مدربون، على الأقل على البرنامج الأساسي لدعم حياة المريض Basic life support، خلال ساعات العمل، ويكونون على استعداد للاستجابة لأي موقف طارئ. تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لضمان التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية بشكل آمن. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. معايير محددة للتعرف على حالات الطوارئ والسكتة القلبية الرئوية بين البالغين والأطفال.
ب. تثقيف العاملين بشأن المعايير المحددة.
ج. تحديد العاملين المعنيين بالاستجابة.
د. آليات استدعاء العاملين للاستجابة؛ بما في ذلك الرمز (الرموز) التي يمكن استخدامها لاستدعائهم في حالات الطوارئ.
ه. الإطار الزمني للاستجابة.
و. الاستجابة موحدة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم و٧ أيام في الأسبوع.
ز. تسجيل الاستجابة والتعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة عملية تشكيل فرق استجابة سريعة وعملية ضمان إجراء تدريبات دورية تشمل مراجعة محاضر اجتماعات اللجنة المعنية (مثل لجنة توقف القلب أو لجنة الطوارئ الطبية) كدليل على المتابعة المنتظمة للعمليات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة عملية قياس وتسجيل الملاحظات مثل معدل التنفس وتشبع الأكسجين وضغط الدم ومعدل ضربات القلب ودرجة الحرارة ومستوى الوعي، ...إلخ.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من الأدلة على تدريب العاملين على التعرف على حالات الطوارئ الطبية أو السكتة القلبية الرئوية والإبلاغ عنها.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة التطابق مع السياسات التي تتناول حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. جميع العاملين المشتركين في الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية على دراية بسياسة المستشفى.
٣. أشخاص مؤهلون مسئولون عن التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية.
٤. التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية بشكل آمن.
٥. تسجيل التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.36: معدات ومستلزمات الطوارئ؛ ICD.33: الرعاية الحرجة؛ ICD.37: التعرف على حالات التدهور الإكلينيكي والإستجابة له.

الخدمات التشخيصية والمساعدة /التكميلية
Diagnostic and Ancillary Services

الغرض من الفصل:

يسعى المرضى للحصول على المساعدة الطبية من أجل تحديد وعلاج المشكلات الصحية المختلفة. في بعض الأحيان يكون تاريخ المريض والفحص الإكلينيكي من طبيب كافيا لتحديد ما إذا كان العلاج الطبي مطلوبًا، والعلاج الذي يجب تقديمه. ومع ذلك، غالبًا ما تُطلب فحوصات معملية أو إجراءات تصوير تشخيصي لتأكيد التشخيص المشتبه به إكلينيكيا أو للحصول على معلومات أدق.

يغطي نطاق هذا الفصل الخدمات التشخيصية والمساعدة التالية:

- ◊ التصوير التشخيصي
- ◊ التصوير الإشعاعي
- ◊ الموجات فوق الصوتية
- ◊ تصوير الثدي بالأشعة
- ◊ الطب النووي
- ◊ التصوير بالرنين المغناطيسي
- ◊ CT اشعة مقطعية
- ◊ تخطيط صدى القلب
- ◊ قياس كثافة العظام
- ◊ طب المختبرات
- ◊ أخذ العينات
- ◊ الكيمياء والمناعة
- ◊ الميكروبيولوجيا
- ◊ أمراض الدم
- ◊ الباثولوجْيا التَّشْرِيحِيَّة و علم الخلايا
- ◊ البيولوجيا الجزيئية
- ◊ الوراثة الخلوية
- ◊ اختبارات نقطة الرعاية
- ◊ طب نقل الدم

توجد ثلاث مراحل في عملية الفحص التشخيصي:

- مرحلة ما قبل إجراء الفحص: تتضمن الوقت وجميع العمليات اللازمة لتحضير المريض لإجراء الفحص التشخيصي حتى لحظة إجراء الفحص
- مرحلة إجراء الفحص: تتضمن الوقت وجميع عمليات الفحص التشخيصي.
- مرحلة ما بعد إجراء الفحص: تتضمن مرحلة ما بعد الفحص، الوقت وجميع العمليات لإبلاغ نتائج الفحص التشخيصي إلى الشخص الذي سيقدم الرعاية للمريض فيما بعد.

حدوث أخطاء أثناء كل مرحلة يؤثر على الدلاله الإكلينيكية للتقرير التشخيصي، كما يجب اتخاذ الاحتياطات لتجنب النتائج المضللة أو ال خاطئة

تعمل الخدمات التشخيصية علي تعريف الطبيب بقيمة المعلومات التي تم الحصول عليها من الفحص، ومنها درجة خصوصية التشخيص diagnostic specificity. وهذا يتطلب اتصال مستمر بين الأطقم الاكلينيكية والخدمات التشخيصية. وتكون التقارير التشخيصية ذات قيمة فقط عندما تمد بمعلومات يمكن ان تساهم في التعامل مع حالة المريض. ولذا، يلزم علي الخدمة التشخيصية تقديم النتائج إلى الطبيب في الوقت المناسب حتى يمكن تفسير نتائجها مع نتائج المريض الإكلينيكية.

ويتناول الفصل أيضًا خدمات نقل الدم كأحد الخدمات المساعدة /التكميلية الهامة. ويجب ضمان جودة وسلامة الدم ومنتجات الدم وتتبع ذلك طوال العملية منذ اختيار المتبرعين بالدم إلى إعطاء الدم إلى المريض أو التخلص الآمن من الدم/ مكون الدم.

علي المستوي المحلي، تغطي القوانين واللوائح وأدلة العمل معظم العمليات الحرجة وتقدم إرشادات إلى مقدمي الرعاية الصحية لتقديم الرعاية الآمنة المناسبة خاصة في خدمات التصوير التشخيصي الطبي ونقل الدم. وتتوفر أدلة عمل دولية للمعامل الطبية والخدمات التشخيصية الأخرى لضمان إجراء تحليل فعال.

قد يركز مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على طريقة إبلاغ المعلومات الطبية الخاصة بالمريض لضمان وضع خطط صحيحة وفعالة للتعامل مع حالة المريض. وتعد دقة النتائج المُبلغة إلى الأطباء أحد الأهداف الرئيسية للمراجعة إلى جانب سلامة المرضى والعاملين والمنشأة نظرًا لوجود مخاطر مؤسسية كبيرة بهذه المناطق سواء كانت بيولوجية أو كيميائية أو إشعاعية أو غيرها.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو ضمان أن المستشفى تقدم الخدمات التشخيصية وخدمات بنك الدم بأمان وفعالية؛ ولهذا السبب يناقش الفصل الأهداف التالية:

١. خدمات التصوير التشخيصي الطبي الآمنة والفعالة.
٢. خدمات المعامل الطبية والباثولوجيا الإكلينيكية الآمنة والفعالة.
٣. خدمات نقل الدم الآمنة والفعالة.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية فيما يتعلق ببنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. قانون مزاولة مهنة التحاليل الطبية، ١٩٥٤/٣٦٧
٢. ١٩٦٠/٥٩ بشأن تنظيم العمل بالاشعاعات المؤينة والوقاية من أخطارها
٣. قانون ١٩٦٠/١٧٨ بشأن تنظيم عمليات جمع وتخزين وتوزيع الدم
٤. قانون قانون ١٩٨٥/١٠٤ بشأن خدمات بنوك الدم
٥. قرار وزير الصحة رقم ١٩٧٥/٣٨٥ بشأن إدارة بنوك الدم
٦. قرار وزير الصحة رقم ١٩٩٤/٤٢٠ بشأن حوافز المتبرعين بالدم
٧. القانون ٢٠٠١/١٩٢ بشأن التعامل مع النفايات الخطرة
٨. السياسة الوطنية لنقل الدم، وزارة الصحة والسكان، ٢٠٠٧
٩. قوائم التحقق الخاصة بالباثولوجْيا التَّشْرِيحِيَّة والميكروبيولوجيا، برنامج اعتماد الكلية الأمريكية لعلم الأمراض CAP، ٢٠١٤
١٠. أيزو ١٥١٨٩، ٢٠١٢
١١. متطلبات موظفي بنوك الدم، وزارة الصحة والسكان المصرية
١٢. متطلبات ومعدات بنوك الدم، وزارة الصحة والسكان المصرية
١٣. متطلبات بنوك الدم الفرعية، وزارة الصحة والسكان المصرية

١٤. دليل معامل الدرن، وزارة الصحة والسكان المصرية، ٢٠١٥
١٥. دليل السلامة البيولوجية للمعامل، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧
١٦. الممارسة التشخيصية الإكلينيكية الجيدة، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥
١٧. نظام إدارة جودة المعامل، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١
١٨. برنامج الأشعة المصري السويسري، وزارة الصحة والسكان
١٩. منظمـــة الصحـــة العالميـــة، ٢٠١٨ قائمـــة منظمـــة الصحـــة العالميـــة للاختبـــارات التشـــخيصية الأساســـية التـــي تجـــري فـــي المختبـــرات٢٠١٨
٢٠. قانون ١٩٨١/٥١ بشأن مؤسسات الرعاية الصحية

التصوير الطبي

تخطيط وإدارة خدمات الأشعة بشكل فعال وآمن

DAS.01: تخطيط وتشغيل وتقديم خدمات التصوير الطبي بشكل موحد وفقًا للقوانين واللوائح وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية المعمول بها.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

تخطيط خدمات التصوير الطبي

الغرض:

التصوير الطبي هو حجر الزاوية في أي مستشفى. وتعمل خدمة التصوير الطبي ذات الكفاءة والجودة العالية على زيادة رضا المرضى نتيجة لقدرتها على تحسين رعاية المرضى. وبمرور الوقت، تزيد الخدمة من أعداد المرضى المترددين على المستشفى بشكل كبير.

ومن الضروري أن تكون منطقة التصوير الطبي سهل الوصول إليها لكل من مرضي الطوارئ ومرضي الرعاية المتنقلة ومرضي الأقسام الداخلية ، كما يجب تحديد المناطق الوظيفية المختلفة.

يتم إيلاء اهتمام خاص بتصميم وحدة التصوير الطبي مثل الأعمال التجهيزية لتشغيل المعدات، وتحديد مكان المعدات وتيسير التحرك الآمن للمريض، وتوفير حوامل، وقنوات ومسارات للكابلات ويتم تثبيتها في الأرضيات والحوائط والأسقف، وتوفير نظام تهوية للمعدات والمساحة الملائمة والخبرة البشرية اللازمة

يتم اختيار خدمات التصوير الطبي باهظة الثمن والمعقدة والموافقة عليها من قبل قيادات المستشفى وفقًا لدراسة احتياجات المؤسسة التي قد تتغير ديناميكيًا من عام إلى آخر مما يلزم إجراء التقييم المستمر.

ويجب على المستشفى أن تخطط وتصمم نظامًا لتقديم خدمات التصوير الطبي بشكل يلائم إحتياجات مرضاها والخدمات الإكلينيكية المقدمة واحتياجات مقدمي الرعاية الصحية.

قد تقدم المستشفى بعض أو كل الخدمات بالمستشفى أو قد يمكنها الإحالة إلى/ التعاقد مع متخصصي رعاية صحية آخرين لتقديم بعض أو جميع الخدمات ولتحقيق الجودة المتوقعة والمعايير المهنية.

عند تقديم خدمة التصوير الطبي خارج منطقة خدمة الأشعة المحددة، يجب أن تتبع نفس البروتوكولات وأدلة العمل وإجراءات السلامة المطبقة في المنطقة الاساسية لخدمة الأشعة بالمستشفى.

ويجب أن تتوافق خدمات التصوير الطبي مع القوانين المحلية واللوائح وأدلة العمل المعمول بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على خدمات التصوير الطبي المقدمة أثناء جلسة التعريف بالمستشفى، وقد يراجع التراخيص والتصاريح أثناء جلسة تقييم خطط المنشأة والخطط البيئية.
- قد يزور مُراجع الهيئة مناطق تقديم خدمات التصوير الطبي ومنها قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة وذلك من أجل التحقق من تنميط وتوحيد الخدمات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة الاتفاقات التعاقدية والتقارير ذات الصلة أثناء جلسة مراجعة الإدارة المالية Financial Stewardship أو خلال جلسة مقابلة القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. خدمات التصوير الطبي المقدمة بالمستشفى أو من جهة خارجية تلتزم بالقوانين واللوائح وتتوافق مع أدلة العمل المعمول بها.
٢. تتوفر جميع التراخيص والتصاريح وأدلة العمل ذات الصلة.
٣. تتوافق قائمة خدمات التصوير الطبي مع نطاق الخدمات الإكلينيكية للمستشفى.

٤. تقديم خدمات التصوير الطبي بطريقة موحدة بغض النظر عن الوقت أو المكان.
٥. تقدم المستشفى أدلة على متابعة جودة وسلامة خدمات التصوير الطبي الخارجية.
٦. يوجد دليل على التقييم السنوي لخدمات التصوير الطبي المقدمة في شكل تقرير تناقشه قيادات المستشفى ويُعرض على مجلس الإدارة .

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ ICD.01: رعاية موحدة؛ ACT.01: إتاحة الحصول علي الخدمة (قبل تسجيل المريض)؛ ACT.05: السهولة والراحة للوصول إلي المستشفي؛ ACT.13: نقل المريض؛ PCC.17: احتياجات المريض؛ PCC.21: التغذية الراجعة من المريض والأسرة.

DAS.02: يقدم خدمات التصوير الطبي متخصصو رعاية صحية مؤهلون ومرخصون، ويتم تكليفهم بواجبات محددة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها و تقييم كفاءاتهم

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

تقديم خدمات التصوير الطبي

الغرض:

متخصصو التصوير الطبي أعضاء أساسيين في الفريق متعدد التخصصات الذي يشكل نواة متخصصي الرعاية الصحية المدربين تدريباً عالياً حيث يضيف كل واحد منهم بخبرته إلى مجال رعاية المرضى.

كما أنهم يلعبون دورًا هامًا في تقديم الخدمات الصحية وذلك مع ظهور تقنيات جديدة ومع زيادة إجراءات التصوير الطبي وفقا للقوانين واللوائح.

فإن التصوير الطبي يجمع بين المعرفة العلمية والكفاءة الفنية ومهارات التواصل مع المريض من أجل توفير إجراءات آمنة ودقيقة مع إيلاء جميع جوانب رعاية المرضى أعلى اعتبار.

يظل متخصصو التصوير الطبي مدركين لاحتياجات المريض من خلال التواصل الجيد وتقييم ومتابعة المريض ومهارات رعاية المرضى.

ويشارك متخصصو التصوير الطبي، باعتبارهم أعضاء في فريق الرعاية الصحية، في عمليات تحسين الجودة والتقييم المستمر لأدائهم المهني

عند تقديم خدمات التصوير الطبي بالمستشفى، يكون مسئول عنها متخصص رعاية صحية مؤهلاً بالتعليم والتدريب بما يتفق مع القوانين واللوائح المعمول بها.

تضع خدمات التصوير الطبي سياسة وإجراءات تصف أداء وتوثيق تقييم كفاءة العاملين وتتناول على الأقل ما يلي:

أ. المراقبة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، بما في ذلك جميع ممارسات السلامة المعمول بها.
ب. المراقبة المباشرة لصيانة المعدات وفحص واختبار وظائفها، ومتابعة تسجيل نتائج الفحص والإبلاغ بها.
ج. مراجعة سجلات الموارد البشرية لمتخصصي التصوير الطبي.
د. تقييم مهارات حل المشكلات.
ه. التدريب على التقنيات والأجهزة والفحوصات الخاصة.

يمكن تقييم كفاءة مقدمي خدمات التصوير الطبي سنويًا باستخدام أي أو جميع النُهج المذكورة في السياسة أو اتباع أدلة العمل وفقًا للوظيفة المكلف بها.

تحديد امتيازات أداء كل وظيفة من وظائف خدمة التصوير الطبي بناءً على أدلة موثقة على الكفاءة (الخبرة، والمؤهلات، والشهادات، والمهارات) والتي تتم مراجعتها وتحديثها حسب الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع العاملين بخدمات التصوير الطبي للاستفسار عن طرق تقييم الكفاءة ومعدل منح الامتيازات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين بخدمات التصوير الطبي للتحقق من عملية تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. يتم منح الإمتيازات لأداء كل وظيفة من وظائف خدمات التصوير الطبي طبقاً لتقييم الكفاءات.
٣. يتم إجراء تقييم الكفاءة سنويًا وتسجيله في ملف العاملين بالتصوير الطبي.
٤. توجد آلية لمنح الامتيازات بشكل مؤقت في حالات الطوارئ.

المعايير ذات الصلة:

WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي؛ WFM.03: التوظيف؛ WFM.05: التحقق من الشهادات والمؤهلات؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين.

DAS.03: أداء فحوصات وإجراءات التصوير الطبي يتم بشكل موحد وفعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

المعايير الفنية (مقاييس الممارسة)

الغرض:

إن خدمات التصوير الطبي تشمل تقنيات وأنواع وعمليات مختلفة لتقديم الفحوصات ، وبالتالي تلعب دورًا هاماً في مبادرات تحسين الصحة العامة لجميع فئات المجتمع.

بالإضافة إلي ذلك، فإن خدمة التصوير الطبي عادة ما يتم الاحتياج لها في متابعة مرض تم تشخيصه و/أو علاجه سابقاً

ويضع دليل الإجراءات الأساس لبرنامج ضمان جودة خدمات التصوير الطبي؛ وهو يساعد علي ضمان الاتساق في ظل السعي لتحقيق الجودة.

قد يُستخدم دليل الإجراءات في توثيق كيفية إجراء الفحوصات، وتدريب العاملين الجدد، وتذكير العاملين بكيفية إجراء الفحوصات التي نادرا ما تُطلب، وحل المشكلات الفنية، وقياس الأداء المقبول عند تقييم العاملين.

وتحدد خدمات التصوير الطبي الإجراءات الفنية لجميع أنواع الفحوصات.

كما يجب أن تُكتب إجراءات التصوير الطبي الفنية بلغة يفهمها العاملين بشكل عام وتكون متاحة في مكان مناسب، وقد تكون ورقية أو الكترونية أو على شبكة الانترنت.

تضع المستشفى وتنفذ إجراءات التصوير الطبي لضمان سلامة وقابلية استخدام مختلف أنواع الفحوصات. ولكل نوع ، يتناول دليل الإجراءات على الأقل ما يلي:

أ. نظرة عامة و مجال الاستخدام
ب. وصف المعدات
ج. إجراءات الصيانة
د. الرقابة علي الجودة
ه. إجراءات السلامة
و. النتائج الحرجة

دليل عملية المراجعة:

قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تقديم خدمات التصوير الطبي ومنها قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة من أجل تقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. خدمة التصوير الطبي لها أدلة وإجراءات مكتوبة لكل نوع من أنواع الفحوصات.
٢. أدلة الإجراءات متاحة بسهولة بقسم التصوير الطبي. و ويتضمن كل إجراء جميع العناصر المطلوبة والمذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٣. العاملون مدربون وعلى دراية بمحتويات أدلة الإجراءات.
٤. يتم اتباع الإجراءات دائما.
٥. العاملون المكلفون يراجعون الإجراءات على فترات زمنية منتظمة محددة مسبقًا.

المعايير ذات الصلة:

ICD.30: النتائج الحرجة ؛ ACT.15: خروج المريض من المستشفى؛ DAS.02: تقديم خدمات التصوير الطبي.

العمليات التشغيلية الفعالة للتصوير الطبي

DAS.04: تتم عملية الفحص قبل اجراء التصوير الطبي بصورة فعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية ما قبل الفحص بالتصوير الطبي

الغرض:

في مسار عمل التصوير الطبي ، تشمل إجراءات ما قبل الفحص بالتصوير الطبي جميع الأنشطة من وقت طلب خدمات التصوير الطبي وحتى وقت تواجد المريض في منطقة خدمة التصوير الطبي.

يجب أن تُقدم خدمة التصوير الطبي إلى لعضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة والمرضى المعلومات المتعلقة بمزايا تقنيات التصوير التشخيصي المتعددة، بحيث يمكن لعضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة بشأن المعلومات التشخيصية والقيمة النسبية لمجموعة الفحوصات المقدمة حيث إن المعلومات حول متطلبات تحضير المريض مهمة لضمان الفعالية.

تضع خدمة التصوير الطبي وتنفذ سياسة ما قبل الفحص بالتصوير الطبي والتي قد تكون في شكل دليل خدمة التصوير الطبي وتبلغها إلى جميع مستخدمي الخدمة.

تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. استيفاء نموذج الطلب بشكل صحيح حتى تشمل: التعريف الصحيح للمريض (اسم المريض بالكامل وتاريخ الميلاد والنوع وأرقام التليفونات ومحل سكنه)، واسم الطبيب الذي طلب الفحص، والفحوصات المطلوبة، تاريخ ووقت الفحص، والمعلومات الإكلينيكية، ووضع علامة خاصة على طلبات الفحوصات العاجلة.
ب. تحضير المريض ويتضمن ذلك المخاطر المحددة.
ج. وصف تقنيات الفحص.
د. مراجعة طلبات ما قبل الفحص من اجل التأكد من أن الفحص المطلوب مناسب لاحتياجات عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة والمريض.
ه. الإجراءات التي يجب اتخاذها عندما يكون الطلب غير كامل أو لا يمكن قرائته أو غير ذي صلة من الناحية الإكلينيكية أو عندما لم يتم تحضير المريض.

و. تسجيل الموافقات المبنية على المعرفة من المرضى وعضو الطقم الطبي القائم بالإحالة عند الحاجة إلى فحص إضافي أو بديل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة بمراجعة سياسة ما قبل الفحص بالتصوير الطبي أثناء جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة مريضاً وهو يتلقى خدمة التصوير الطبي، ويراجع طلب الحصول على الخدمة وتحضير المريض ودليل الخدمة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع طاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بمتطلبات التحضير.
- قد يزور مُراجع الهيئة مناطق تقديم خدمات التصوير الطبي ومنها قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة من أجل التحقق من عملية مراجعة طلب الحصول على الخدمة، وعملية التعريف الصحيح للمريض، والتواصل مع عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة والمرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية ما قبل الفحص بالتصوير الطبي وتتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. خدمة التصوير الطبي تُقدم إلى عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة والمرضى المعلومات المتعلقة بمزايا تقنيات التصوير التشخيصي المتعددة، ويتم توزيع دليل على جميع المستخدمين ويكون متاحا في مناطق تقديم الخدمة الفنية ذات الصلة.
٣. العاملون بخدمة التصوير الطبي يتأكدون أن المريض يراجع طلب عملية ما قبل الفحص بالتصوير الطبي ويتحققون من هوية المريض.
٤. يقوم عضو من العاملين بخدمة التصوير الطبي بالتأكد من التزام المريض بمتطلبات تحضير (مثلا: الصيام) من أجل الفحص الذي سيتم.
٥. اتخاذ إجراءات عندما يكون الطلب غير كامل أو لا يمكن قرائته أو غير ذي صلة من الناحية الإكلينيكية أو عند عدم تحضير المريض، وذلك من أجل ضمان سلامة المريض.
٦. عند طلب إجراء فحص إضافي أو بديل، يقوم أحد العاملين بخدمة التصوير الطبي بإبلاغ المرضى و عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة ويسجل ذلك في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.18: الأوامر الشفهية والهاتفية؛ ACT.03: تعريف المريض بطريقة صحيحة ؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل ؛ PCC.09: مواد التثقيف الصحي للمريض والأسرة؛ PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة.

DAS.05: وضع برنامج مراقبة جودة التصوير الطبي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

ضمان ومراقبة جودة التصوير الطبي

الغرض:

إن أحد المسئوليات الرئيسية التي تقع على عاتق متخصصي التصوير الطبي تتمثل في إدارة مراقبة الجودة الروتينية لمعدات التصوير الطبي.

يتم تنفيذ إجراءات مراقبة الجودة من أجل متابعة وضمان موثوقية نتائج الفحوصات التي تقدمها خدمة التصوير الطبي.
ويمكن أن تحدد ضوابط الجودة مشاكل الأداء التي لم تحددها أنظمة مراقبة الجودة كما تساعد خدمة التصوير الطبي على تحديد دقة الصور.
وتتضمن إدارة مراقبة الجودة الروتينية وضع بروتوكولات مراقبة الجودة، وتنفيذ البرنامج، والإشراف على البرنامج، وتكون مسئولة عن تحديد الحاجة إلى الإجراءات التصحيحية.
تتم مراجعة وتسجيل بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة.
يتم متابعة القيم الشاذة أو الـ trends ، والتي قد تشير إلى وجود مشاكل في نظام الفحص والتحليل، ويتم اتخاذ إجراءات وقائية وتسجيلها قبل ظهور مشاكل كبري.
تضع خدمة التصوير الطبي وتنفذ إجراءً لمراقبة الجودة والذي يشمل على الأقل ما يلي:

أ. تنفيذ عناصر مراقبة الجودة الداخلية وفقًا لتقييم مخاطر كل فحص/ تقنية.
ب. تحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقًا لأدلة العمل وتعليمات الشركة المصنعة على أساس الأكثر صرامة منهما.
ج. يجب استخدام طرق مراقبة الجودة والتي يمكن التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة وعلى يد نفس موظف التصوير الطبي.
د. يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونتائج أداء مراقبة الجودة المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتعرفوا على النتائج غير المقبولة حتى يستجيبوا بشكل مناسب.
ه. اعتماد برنامج مراقبة الجودة من الشخص المسئول قبل التنفيذ.
و. يقوم عضو مكلف ومعتمد من العاملين بمراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهريًا على الأقل).
ز. اتخاذ إجراءات تصحيحية بشأن أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال إجراءات مراقبة الجودة والإجراء التصحيحي المترتب عليها

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تقديم خدمات التصوير الطبي ومنها قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة من أجل التحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بخدمة التصوير الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية من أجل التحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى إجراءات معتمدة تصف عملية مراقبة جودة جميع فحوصات التصوير الطبي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. العاملين بخدمة التصوير الطبي المشاركين في مراقبة الجودة مؤهلين/ لديهم كفاءة في أداء مراقبة الجودة.
٣. يتم تنفيذ جميع عمليات مراقبة الجودة وفقًا لإجراءات مراقبة الجودة.
٤. يتم تسجيل جميع عمليات مراقبة الجودة.
٥. يقوم عضو مكلف ومعتمد من العاملين بمراجعة بيانات مراقبة الجودة كل شهر على الأقل.
٦. يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية عند عدم تحقيق الأهداف.

المعايير ذات الصلة:

DAS.03: مقاييس ممارسة المعايير الفنية (مقاييس الممارسة).

DAS.06: فحص التصوير الطبي متسق وآمن وفعال.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بروتوكولات فحص التصوير الطبي

الغرض:

عندما تكون بروتوكولات التصوير الطبي معروفة، فإنها تضمن أن طاقم التصوير الطبي لن يستمر في إجراء الفحص اذا لم يكن أخصائي الأشعة الاكلينيكي قادراً علي تقديم معطيات إضافية لفحوصات أو تقنيات خاصة؛ كما ورد بالتفصيل في هذه البروتوكولات.

تضع خدمة التصوير الطبي بروتوكولات إشراف مهني موثقة بشأن أداء فحوصات التصوير تحت الإشراف المهني لأخصائي الأشعة الإكلينيكي.

ينبغي أن تكون بروتوكولات التصوير الطبي الموثقة متاحة و أن تشمل جميع المعلومات اللازمة لإجراء الفحص بشكل صحيح، مع تناولها المواصفات الخاصة بالمؤهلات والخبرة والتخصصات المطلوبة لمتخصصي الرعاية الصحية.

تتأكد المستشفى من عدم إجراء الفحوصات التي تتطلب تهدئة إلا بتواجد عضو من الفريق الطبي مدرب تدريباً كافياً حتي يقدم رعاية للمريض بنفسه و بشكل فوري ، مع استيفاء متطلبات السلامة.

تتناول هذه البروتوكولات عوامل التصوير الإشعاعي، ووضعية المريض، وتركيب طاولة الأدوات المعقمة، والرعاية ما بعد الفحوصات وفقًا للفحوصات ذات الصلة و/ أو تقنيات الأشعة التي يتم إجراؤها خلال الخدمة.

كما تتناول هذه البروتوكولات أيضًا حالات الطوارئ الطبية.

تحسين بروتوكولات تصوير المرضى من الأطفال من أجل الحصول على البيانات المطلوبة من التصوير مع تعرضهم لأقل جرعة إشعاع ممكنة وبأقل استخدام للتهدئة والتخدير.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة بروتوكولات فحص التصوير الطبي.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة ويقوم بملاحظة مريض وهو يتلقى خدمة التصوير الطبي ويتحقق من وضعية المريض أو عوامل التصوير الإشعاعي أو تركيب طاولة الأدوات المعقمة أو الرعاية ما بعد الفحوصات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالتصوير الطبي للتحقق من درايتهم ببروتوكولات الفحص.
- قد يزور مُراجع الهيئة مناطق تقديم خدمات التصوير الطبي ومنها قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى حيث يتم تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة من أجل ملاحظة معدات التصوير الطبي وإعداداتها وتقنياتها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. بروتوكولات التصوير الطبي موثقة وتتناول عوامل التصوير الإشعاعي، ووضعية المريض، وتركيب طاولة الأدوات المعقمة ، والرعاية ما بعد الفحوصات وفقًا لطبيعة كل من الفحوصات و/ أو التقنيات ذات الصلة التي يتم إجراؤها خلال الخدمة .
٢. عند تكليف أعضاء فريق التصوير الطبي بمهام محددة، تشير البروتوكولات إلى الظروف الخاصة التي بمقتضاها يلجأ متخصصي الرعاية الصحية لاستشارة أخصائي الأشعة الاكلينيكي المشرف.
٣. أعضاء فريق التصوير الطبي على دراية ببروتوكولات الفحص.
٤. عدم إجراء الفحوصات التي تتطلب تهدئة المريض ما لم يتواجد أحد أعضاء الفريق الطبي المدربين تدريبا كافياً من أجل رعاية المريض على الفور، مع استيفاء متطلبات السلامة.
٥. عوامل ظبط التصوير الإشعاعي، ووضعية المريض، وتركيب طاولة الأدوات المعقمة، وعمليات الرعاية ما بعد الفحوصات تتم على أساس البروتوكول المعتمد.

٦. تحسين بروتوكولات تصوير المرضى من الأطفال من أجل الحصول على البيانات المطلوبة من التصوير مع تعرضهم لأقل جرعة إشعاع ممكنة وبأقل استخدام للتهدئة والتخدير.

المعايير ذات الصلة:

DAS.03: المعايير الفنية (مقاييس الممارسة).

DAS.07: تُرفع تقارير فحوصات التصوير الطبي في غضون الإطار الزمني المعتمد.

دقة التوقيت

الكلمات الرئيسية:

تقارير التصوير الطبي

الغرض:

إن رفع تقرير بفحوصات التصوير الطبي في غضون الإطار الزمني المخطط والمستهدف يعد أمرًا بالغ الأهمية لاتخاذ القرار السليم وتحديد الوظيفة الأساسية للخدمة كلما حدثت حالات طارئة.

وقت دوران الفحص(TAT) هو الوقت المستغرق من وقت تسليم العملية إلى وقت إتمام العملية.

تبدأ العملية عند تقديم طلب. يقوم أحد العاملين بخدمة التصوير الطبي بتعريف المريض تعريفا صحيحا ويُجري الفحص. والمرحلة التالية هي تسجيل نتيجة الفحص وكتابة تقرير عنها، وفي النهاية تُرسل النتيجة إلى عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية رفع تقارير فحوصات التصوير الطبي، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. الأطر الزمنية لرفع تقارير بمختلف أنواع التصوير الطبي إلى متخصص الرعاية الصحية وإلى المرضى.
ب. رفع التقارير في حالات الطوارئ أو الحالات العادية.
ج. مسئوليات خدمات التصوير الطبي عبر المستشفى.
د. عضو الطاقم الطبي المسئول عن التفسير وإعداد التقارير مؤهل ومرخص.

يوجد بخدمة التصوير الطبي عملية مطبقة لإخطار عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة عند تأجيل الفحص.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً يتلقى خدمة التصوير الطبي ويراجع طلب الخدمة وإمكانية وصول المريض إلى الخدمة والوقت المطلوب إجراء الفحص والوقت الذي يستغرقه إعداد التقرير.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي ويُقيم استيفاء تقارير التصوير الطبي.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع طاقم التمريض والعاملين بخدمة التصوير الطبي وغيرهم من متخصصين الرعاية الصحية للاستعلام عن خبرتهم فيما يتعلق بالوقت الذي يستغرقه رفع تقارير خدمة التصوير الطبي.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. العاملون المشاركون في تفسير النتائج وتقديم تقرير بها مؤهلون للقيام بذلك.
٣. تقديم تقرير بالنتائج في غضون الإطار الزمني المعتمد.
٤. تقوم المستشفي بتتبع وجمع وتحليل وتقديم تقارير عن بيانات وقت رفع تقارير خدمات التصوير الطبي
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها بشأن أوقات تقديم تقاريرخدمة التصوير الطبي
٦. يتم إخطار عضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة عند التأخير في تقديم تقارير خدمات التصوير الطبي

المعايير ذات الصلة:

ICD.36: معدات ومستلزمات الطوارئ.

فحوصات التصوير الطبي آمنة

DAS.08: حفظ نسخ من نتائج التصوير الطبي في سجل المريض الطبي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نتائج التصوير الطبي

الغرض:

يعد تقرير التصوير الطبي المكتوب أهم وسيلة للتواصل بين أخصائي الأشعة وعضو الطاقم الطبي القائم بالإحالة وهو جزء من سجل المريض الطبي ويفسر الفحص في السياق الإكلينيكي.

ومن الأمور الضرورية في تقرير الأشعة البنية السليمة والوضوح والتركيز على الجانب الإكلينيكي من أجل تقديم رعاية عالية الجودة إلى المرضى. ويجب أن يتناول تقرير الأشعة علي الأقل ما يلي:

أ. اسم المستشفى.
ب. وسائل تعريف المريض في كل صفحة
ج. نوع الفحص.
د. نتائج الفحوصات.
ه. وقت تقديم التقرير.
و. اسم وتوقيع عضو الطاقم الطبي كاتب التقرير.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجل المريض الطبي ويُقيم استيفاء تقارير خدمات التصوير الطبي.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع التمريض والعاملين بخدمة التصوير الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن متطلبات استيفاء التقرير والإجراءات الواجب اتخاذها في حالة عدم اكتمال التقارير.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية لاستيفاء تقارير التصوير الطبي والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (و).
٢. العاملون بخدمة التصوير الطبي المشاركون في رفع تقرير بنتائج الفحوصات على دراية بالعناصر المطلوبة.
٣. تسجيل تقارير التصوير الطبي الكاملة في سجل المريض الطبي.
٤. عند عدم اكتمال التقارير، توجد عملية لإبلاغ عضو الطاقم الطبي القائم بكتابة التقرير.

المعايير ذات الصلة:

ACT.03: التعريف الصحيح للمريض؛ ICD.30: النتائج الحرجة.

DAS.09: (NSR.25) وضع وتنفيذ برنامج السلامة من الإشعاع.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج السلامة من الإشعاع

الغرض:

يقدم برنامج السلامة من الإشعاع معلومات وتدريب على كل من المفاهيم والمخاطر والتأثيرات البيولوجية والإجراءات الوقائية ومتابعة وكيفية التخلص من المواد المشعة ومتابعة معدات الأشعه ؛ ويضع سياسات استخدام معدات الأشعه بأمان؛

ويضمن الإلتزام باللوائح؛ ويقدم المساعدة في الاستجابة للطوارئ.
يجب أن تكون البيئة والعاملون والمرضى وأقاربهم والموردون في مأمن من مخاطر الإشعاع بالمستشفى. وعند تقديم خدمات التصوير الطبي بالمستشفى، يجب أن يوجد بها برنامج السلامة من الإشعاع والذى يتناول جميع مكونات خدمات التصوير الطبي بالمستشفى.
تضع المستشفى وتنفذ برنامج يوجه عملية السلامة من الإشعاع من أجل ضمان أن بيئة المستشفي والعاملين والمرضى وأسرهم و والموردين في مأمن من مخاطر الإشعاع. يتناول البرنامج على الأقل ما يلي:

أ. الإلتزام بالقوانين واللوائح وأدلة العمل.
ب. صيانة ومعايرة جميع معدات الإشعاع المؤين وغير المؤين.
ج. بروتوكولات لتحديد الجرعة القصوى من الإشعاع لكل نوع من أنواع الفحوصات.
د. أدوات المتابعة الذاتية للتعرض للإشعاع التي يستخدمها العاملون.
ه. التخلص المناسب والآمن من نفايات المواد المشعة.
و. معدات الحماية الشخصية المناسبة للعاملين.
ز. احتياطات سلامة المرضى.
ح. خطة السلامة من التصوير بالرنين المغناطيسي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج السلامة من الإشعاع من أجل التحقق من مستوى التعرض المعتمد وفقا للقوانين واللوائح المحلية وطرق استخدام الدروع الوقائية ومتطلبات السلامة لكلا من العاملين والمرضى.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة مقاييس الإشعاع البيئي و/ أو مقياس الجرعات بطريقة التألق الحراري(TLD) و/ أو أفلام قياس التعرض الشخصي التراكمي(badge films) للعاملين، ونتائج صورة الدم الكاملة وفحص مآزر الرصاص.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع العاملين للتحقق من درايتهم بالبرنامج.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة خدمات التصوير الطبي داخل منطقة التصوير الطبي أو خارجها للتحقق من الإلتزام باحتياطات السلامة من الإشعاع.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى برنامج السلامة من الإشعاع للمرضى والعاملين والذي يتناول مخاطر السلامة المحتملة بالمستشفى بالإضافة إلى جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ح).
٢. يتم تخفيف مخاطر الإشعاع المحددة من خلال العمليات وأجهزة الوقاية لكلٍ من العاملين والمرضى.
٣. العاملون المشاركون في التصوير الطبي على دراية باحتياطات السلامة من الإشعاع ويتلقون التثقيف والتدريب المستمر حول الإجراءات والمعدات الجديدة.
٤. قياس ومراقبة الجرعات الإشعاعية التي يتعرض لها المرضى والتي يجب ألا تتجاوز المستوى الأقصى المعتمد.
٥. تسجيل الجرعات الإشعاعية التي يتعرض لها المرضى في جميع أماكن التصوير بالأشعة في سجل المريض الطبي.
٦. يعد برنامج السلامة من الإشعاع جزءًا من بيئة المستشفى وبرنامج سلامة المنشأة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.02: مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

المعمل الإكلينيكي

تخطيط وإدارة مناسبة

DAS.10: تخطيط وتقديم وتشغيل خدمات المعمل وفقًا للقوانين واللوائح وأدلة العمل المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تخطيط وإدارة خدمات المعمل

الغرض:

يُعد تخطيط خدمات المعمل أحد الأمور المهمة لضمان حصول المجتمعات على رعاية إكلينيكية جيدة. وعلى الرغم من الجهود المبذولة في الفترة الأخيرة من أجل تحسين خدمات المعمل، إلا أن العديد من أنظمة المعامل لا تكفي لتلبية الاحتياجات ذات الأولوية.

يوجد احتياج شديد لوضع خطط فعالة للمعامل، وتقديم وتشغيل خدمات المعمل لتقوية أنظمة الرعاية الإكلينيكية، كجزء لا يتجزأ من تعزيز أنظمة المستشفى ككل.

تضع المستشفى وتنفذ نظام إداري وفني لتقديم خدمات المعمل الملائمة لإحتياجات مرضاها، والخدمات الإكلينيكية المقدمة، واحتياجات متخصصي الرعاية الصحية، فضلا عن رسالة المستشفى.

يجب إدراج نطاق خدمات المعمل وإتاحته للمرضى والعاملين بالمستشفى ومتخصصي الرعاية الصحية.

المنطقة المخصصة للمعمل يجب أن:

أ. تكون منفصلة عن أنشطة المستشفى الأخرى.
ب. تستوعب جميع أنشطة المعمل.
ج. تلتزم بمتطلبات الحوكمة.

دليل عملية المراجعة:

قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية منطقة (مناطق) المعمل كجزء من تتبع المرضى أو جزء من الجولة بالمستشفى. وخلال هذه الزيارة، قد يتحقق المُراجع من نطاق خدمات المعمل ويطابقه مع القوانين واللوائح ذات الصلة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. خدمات المعمل تلتزم بأدلة العمل الوطنية ومعايير الممارسة واللوائح والقوانين المعمول بها.
٢. تتوفر خدمات المعمل لتلبية الاحتياجات المتعلقة برسالة المستشفى والمرضى.
٣. نطاق الخدمات محدد وموثق في معمل المستشفى.
٤. مراجعة خطة الخدمات وتعديلها بشكل دوري مع تطور وتغير متطلبات الخدمات.
٥. تخصيص منطقة للمعمل تكون مفصولة عن أي أنشطة أخرى
٦. وجود منطقة مخصصة لجمع العينات.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ PCC.17: احتياجات المريض؛ PCC.21: التغذية الراجعة من المريض والأسرة.

DAS.11: تكليف متخصصي رعاية صحية مؤهلين ومرخصين لتشغيل خدمات المعمل وأداء مهامه

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

العاملون بالمعمل

الغرض:

يلعب العاملون الأكفاء بالمعامل دورًا مؤثرًا في خلق بيئة عمل آمنة وصحية ومنتجة.

يقوم القيادات بعملية تقييم كفاءة العاملين وهي عملية مستمرة لتقييم أداء العاملين في العمل وتحديد نقاط القوة والضعف وتقديم التغذية الراجعة لهم ووضع أهداف للأداء في المستقبل.

يضع المعمل سياسة وإجراءات تصف أداء و آلية توثيق تقييم كفاءة العاملين الذي يتضمن على الأقل ما يلي:

أ. الملاحظة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، ومنها جميع ممارسات السلامة القابلة للتطبيق.

ب. الملاحظة المباشرة لعملية صيانة المعدات وفحص واختبار وظائفها؛ ومراقبة تسجيل نتائج الاختبار ورفع تقارير بها.

ج. مراجعة سجلات العمل.

د. تقييم مهارات حل المشكلات.

ه. عملية فحص العينات الخاصة، مثل العينات التي سبق فحصها، أو مواد المقارنة بين المعامل، أو العينات المنقسمة.

يمكن تقييم كفاءة العاملين بالمعمل سنويًا باستخدام أي أو جميع النُهج المذكورة أعلاه أو اتباع أدلة العمل وفقًا للوظيفة المكلف بها.

تحديد امتيازات أداء كل وظيفة من وظائف المعمل بناءً على أدلة موثقة على الكفاءة (الخبرة، والمؤهلات، والشهادات، والمهارات) والتي تتم مراجعتها وتحديثها حسب الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة العاملين بخدمات المعمل للاستفسار عن طرق تقييم الكفاءة ومعدل تكرار التقييم ومنح الامتيازات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين بخدمات المعمل للتحقق من عملية تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة وإجراءات تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).

٢. إجراء تقييم الكفاءة سنويًا وتسجيله في ملف العاملين بالمعمل.

٣. منح امتيازات أداء كل وظيفة من خدمات المعمل بناءً على تقييم الكفاءات.

المعايير ذات الصلة:

WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي؛ WFM.03: التوظيف؛ WFM.05: التحقق من الشهادات والمؤهلات؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين.

DAS.12: إدارة الكواشف ومستلزمات المعمل الأخرى بشكل فعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

إدارة الكواشف

الغرض:

إدارة الكواشف ومستلزمات المعمل من الأمور المهمة لتقليل كثير من التكاليف وضمان جودة الكواشف لمساهمتها بشكل مباشر في نتائج الفحوصات. كما أنها تمكن إدارة المعمل من زيادة الإنتاجية وتشغيله بكفاءة.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية إدارة الكواشف ومستلزمات المعمل الأخرى. تتضمن السياسة ما يلي على الأقل:

أ. محددات/ضوابط فحص وقبول ورفض الكاشف المقدم.
ب. طرق تعريف وإدراج ووضع الملصقات التعريفية على جميع الكواشف الموجودة في المعمل.
ج. طريقة ضمان جودة الكواشف قبل استخدامها بالمعمل.
د. إجراءات التأكد من أن المعمل لا يستخدم مواد منتهية الصلاحية.
ه. تحديد الحدود الآمنة (حد الطلب)لإعادة طلب مواد المعمل حسب احتياجات المعمل.
و. طلب وصرف وإرسال الكواشف والمستلزمات وتحديد الشخص المسئول.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى خلال جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة قائمة الكواشف والمستلزمات الأخرى ويلاحظ عمليات التخزين ووضع الملصقات التعريفية والاستخدام و عمليات فحص الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (و).
٢. قائمة بجميع الكواشف والمستلزمات المستخدمة في جميع عمليات الفحوصات .
٣. فحص الكواشف والمستلزمات الأخرى وقبولها أو رفضها وفقًا للمحددات/الضوابط المعتمدة.
٤. فحص جودة الكاشف قبل الاستخدام.
٥. تسجيل الكواشف والمستلزمات بدقة ووضع ملصقات عليها.
٦. طلب الكواشف وصرفها وإرسالها بشكل فعال.

المعايير ذات الصلة:

DAS.10: تخطيط وإدارة خدمات المعمل؛ PCC.17: احتياجات المريض.

DAS.13: اختيار ومتابعة خدمات الإحالة المعملية بشكل فعال.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

معمل الإحالة

الغرض:

غالبًا ما يحتاج المعمل الإكلينيكي إلي مساعدة معمل أو معامل خارجية لأداء خدمات خاصة أو غير إعتيادية، كخدمة احتياطية ، أو للخدمات الروتينية التي لا يقدمها المعمل الذي أحال العينة للفحص (المعمل الأساسي)، ونتيجة لذلك، تقوم المعامل الأساسية بإحالة الفحوصات المختارة ليتم إرسالها إلى معامل الإحالة.

يظل المعمل مسئولاً عن جودة الاختبارات حتى عند إحالة العينات لإجراء الفحوصات إلى معامل أخرى (معامل الإحالة)، لذا يجب متابعة أداء معامل الإحالة لضمان جودة الأداء حيث تشمل مراقبة جودة خدمات معمل الإحالة ما يلي:

أ. الاختيار

يجب أن يعتمد الاختيار بشكل أساسي على جودة الأداء.

إرسال عينات الإحالة إلى معمل معتمد محلياً أو دولياً كلما كان ذلك ممكنًا.

ب. التقييم:

يجب أن ينفذ المعمل عملية تقييم لمعمل الإحالة إما قبل التعاقد أو أثناء مدة سريان العقد أو عند تجديد العقد من خلال متابعة جودة الأداء ووقت دوران العينة و تقديم تقارير بالنتائج.

ج. المتطلبات:

يجب أن توجد وثيقة موقعة تحدد توقعات الطرفين المعنيين من أجل سرعة الإحالة. وتتضمن هذه الوثيقة على الأقل ما يلي:

i. نطاق الخدمة
ii. شروط الاتفاق (ومنها حالة الاعتماد).
iii. متطلبات العينة
iv. وقت دوران العينة (TAT)
v. تقديم تقارير النتائج
vi. الإفصاح عن المعلومات لطرف ثالث
vii. كيفية حل النزاعات
viii. مدة سريان الاتفاق والجدول الزمني لمراجعته

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى خلال جلسة مراجعة الوثائق، ومراجعة اتفاق معمل الإحالة والنتائج خلال جلسة الإشراف المالي أو جلسة مقابلة القيادات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات الفحوصات التي تمت إحالتها في المعمل.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة دليل حالة اعتماد معمل الإحالة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ج).
٢. يوجد اتفاق مكتوب بين كلا المعملين يصف توقعات الطرفين لتحقيق البنود المذكورة في الغرض من النقطة (i) إلى النقطة (viii).
٣. معمل الإحالة يستوفي معايير الاختيار.
٤. تقييم معمل الإحالة بناءً على معايير وإطار زمني محدد مسبقًا.
٥. سجلات الفحوصات التي تمت إحالتها تدعم التطابق مع المعايير.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.17: بيان الإحالة والتحويل؛ PCC.17: احتياجات المريض.

DAS.14: استخدام الحد الأدنى من الفاصل الزمني لإعادة الفحص في المساعدة في طلب الفحص المناسب على جميع مستويات دورة الطلب.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

أقل فاصل زمني لإعادة الفحص

الغرض:

يتم تعريف أقل فاصل زمني لإعادة الفحص بأنه هو الحد الأدنى من الوقت قبل وجوب تكرار الفحص، بناءً على

خصائص الفحص والحالة الإكلينيكية التي يستخدم فيها. ويمثل الوقت اللازم للسماح بحدوث تغيير كبير في الفحص. كما أنه يعكس التباين البيولوجي وعمر النصف الحيوي للفحص وهو دليل مفيد لتحديد متى يجب تكرار الفحص.
ويعمل أي تدخل على تقليل طلبات الفحص الغير ضرورية وتجنب حجز موعد/ سحب عينات دم غير ضرورية مما يساهم في تحسين رعاية المرضى واستخدام موارد المعمل استخداما سليما.
يجب أن يعتمد معدل تكرار الفحص على عدد من المعايير:

أ. الخواص الفسيولوجية التي تؤثر على المادة التي يجرى تحليلها.
ب. عمر النصف الحيوي
ج. الجوانب التحليلية
د. متطلبات العلاج والمتابعة
ه. أدلة العمل المعمول بها

ويجب إجراء العمليات التالية لتحقيق الممارسة الفعالة:

و. تثقيف مقدم الطلب، بحيث يتم طلب الفحوصات المناسبة في الوقت المناسب وللمريض المناسب.
ز. أن يتضمن دليل خدمات المعمل حول دواعي إعادة الفحص
ح. تنفيذ القواعد المنطقية في المعمل لإلغاء أو تقييد الطلبات بناءً على بيانات المريض السابقة
ط. إرسال رسائل لتذكير مقدم الطلب عند نقطة الطلب بأن طلبه إما مبكر جدًا أو غير ملائم وذلك من خلال برنامج الطلب عن بُعد/ برنامج طلبات الأقسام، مع وجود وسيلة لمراجعة النتائج السابقة أو طرح أسئلة. كما يوجد أيضًا خيار لتسجيل سبب تخطي أقل فاصل زمني لإعادة الفحص.
ي. يمكن أيضًا الحد من استخدام الفحص عن طريق قصر السماح بطلب إعادة الفحص على عاملين من درجة معينة أو مستوى معين بحيث لا يتمكن من الوصول إلى فحص معين إلا من هم في المستوى المناسب.

يجب أن يوجد دائمًا خيار أمام الأكلينيكيين/ مقدمي الطلبات بتجاوز القاعدة إذا شعروا أنه من المناسب من الناحية الإكلينيكية إعادة طلب الفحص.
في حالة تطبيق أقل فاصل زمني لإعادة الفحص في نظام معلومات المعمل أو نظام طلب عن بعد، يجب أن يكون المبرمج على دراية بكيفية قيام النظام بحساب الوقت بحيث يتم استخدام الوحدة الصحيحة لكل فحص.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى خلال جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك إجراء مقابلات مع العاملين للاستعلام عن درايتهم بسياسة المستشفى ومسئوليات وإمكانيات تجاوز القاعدة.
- قد يزور مُراجع الهيئة المعمل لتقييم مؤشرات إستخدام الموارد والقواعد المنطقية لذلك.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية أقل فاصل زمني لإعادة الفحص والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ى).
٢. تثقيف أعضاء الطاقم الطبي بشأن طلب الفحوصات المناسبة في الوقت المناسب وللمريض المناسب.
٣. تطبيق قواعد المستشفى المعتمدة في المعمل لإلغاء أو تقييد الطلبات بناءً على بيانات المريض السابقة.
٤. تقتصر طلبات إعادة الفحوصات على عاملين من درجة معينة أو مستوى معين.
٥. أفراد الطاقم الطبي يشرحون أسباب تجاوز القاعدة.
٦. وضع مؤشرات إدارة الموارد.

المعايير ذات الصلة:

ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.18: الأوامر الشفهية والهاتفية؛ DAS.12: إدارة الكواشف.

رفع تقرير العمليات التشغيلية الفعالة في المعمل

DAS.15: عملية ما قبل الفحص المعملي فعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية ما قبل الفحص

الغرض:

تشمل عمليات ما قبل الفحص في مسار سير عمل المعمل الإكلينيكي جميع الأنشطة من وقت الطلب وحتى وقت أخذ العينات وتسليمها إلى مكان إجراء الفحوصات بالمعمل.

إن إبلاغ العميل بما يقدمه المعمل أمرًا بالغ الأهمية في جودة خدمات المعمل.

وفهم إختلافات ما قبل التحليل وتقليل الأخطاء في مرحلة ما قبل الفحص في عملية إجراء الفحوصات يعد أمرًا مهمًا لتحسين الجودة والسلامة عند تقديم الخدمة للمرضى

يضع وينفذ المعمل سياسة ما قبل الفحص والتي تتضمن جميع المعلومات المطلوبة للمريض وللعاملين بالمعمل وتشمل على الأقل ما يلي:

أ. إكمال نموذج الطلب بشكل صحيح حتى تشمل: التعريف الصحيح للمريض (اسم المريض بالكامل وتاريخ الميلاد والنوع وأرقام التليفونات ومحل سكنه)، واسم الطبيب الذي طلب الفحص، والفحوصات المطلوبة، وتاريخ ووقت أخذ العينة، والتعريف الصحيح للشخص الذي أخذ العينة، والمعلومات الإكلينيكية، ونوع العينة (مصدر العينات)، ووضع علامة معينة على طلبات الفحوصات العاجلة.

ب. تحضير المريض ويتضمن ذلك تعليمات المتطلبات الغذائية (مثل الصيام والأنظمة الغذائية المعينة).

ج. وصف تقنيات أخذ العينة حسب نوعها.

د. وضع ملصقات تعريفية على العينات بطريقة سليمة.

ه. معايير التخلص الآمن من المواد المستخدمة في أخذ العينات.

و. التعامل مع العينات ونقلها بطريقة سليمة.

ز. الوقت الذي يستغرقه إجراء الفحوصات (وقت دوران العينة)

ح. أقل فاصل زمني لإعادة الفحص

تقدم الوثيقة لمحة عامة عن خدمات المعمل، وتشمل معلومات عن المعمل للعملاء كما توضح جميع المعلومات التي يحتاجونها فيما يتعلق بمرحلة ما قبل الفحص.

يجب مشاركة هذه الوثيقة مع جميع متلقي الخدمة ليحصلون علي معلومات ذات قيمة حول الخدمة التي يقدمها المعمل من أجل تقديم أفضل رعاية للمرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة عملية ما قبل الفحص المعملي أثناء جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة مريض يتلقى خدمة المعمل ويراجع طلب الحصول على الخدمة وتحضير المريض ودليل الخدمة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع طاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بمتطلبات التحضير.
- قد يزور مُراجع الهيئة مناطق تقديم خدمات المعمل من أجل التحقق من مراجعة طلب الحصول على الخدمة، وعملية التعريف الصحيح للمريض، والتواصل مع طالبي الفحص والمرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية ما قبل الفحص وتتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. يوجد دليل خدمات المعمل والذي يوزع على جميع المستخدمين ويكون متاحا في أماكن تقديم الخدمة الفنية.
٣. جميع العاملين المشاركين في طلب الفحوصات المعملية على دراية بسياسة ما قبل الفحص.
٤. تنفيذ متطلبات أخذ العينات ووضع الملصقات التعريفية عليها.
٥. التعامل مع العينات ونقلها بأمان.
٦. التخلص من العينات بأمان.

المعايير ذات الصلة:

ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.18: الأوامر الشفهية والهاتفية؛ ACT.03: التعريف الصحيح للمريض؛ ACT.17: نموذج الإحالة والنقل ؛ PCC.09: مواد التثقيف الصحي للمريض والأسرة ؛ PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة.

DAS.16: عمليات استلام العينات وتتبعها وتخزينها فعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

استلام وتتبع وتخزين العينات

الغرض:

تتبع العينات هي عملية تبدأ بتسجيل العينات وأخذها ووضع ملصقات تعريفية عليها من أجل استلام العينات وتحليلها وتخزينها، حتي يتسني للعاملين تحديد مكان العينة وتاريخها وحالتها بوضوح.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات تصف تأمين عينات المرضى وتجنب فساد أو فقد أو تلف العينات أثناء أنشطة ما قبل الفحص وأثناء التعامل معها وتحضيرها وتخزينها.

تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. وضع معايير قبول أو رفض العينات.
ب. قيام الموظف المسئول بتقييم العينات المستلمة للتأكد من استيفائها لمعايير القبول ذات الصلة بالفحص (الفحوصات) المطلوبة.
   i. العينة المقبولة: عملية تسجيل العينة في دفتر القيد أو سجلات المعمل أو ورقياً أو بالكمبيوتر أو أي نظام مشابه آخر ، يتضمن التسجيل تاريخ ووقت استلام / تسجيل العينة وهوية الشخص الذي يتسلم العينة.
   ii. العينة غير المقبولة: الاحتفاظ بسجلات رفض العينات، مع تسجيل سبب الرفض والوقت والتاريخ واسم الشخص الرافض واسم الشخص المبلغ برفض العينة.
   iii. العينة دون المستوى الأمثل: تسجيل تاريخ ووقت استلام/ تسجيل العينة وهوية الشخص، ومؤشرات دواعي قبول العينات دون المستوى الأمثل والإجراءات المتخذة وفقًا لذلك.
ج. إمكانية تتبع جميع أجزاء العينة الأولية وصولاً إلى العينة الأصلية.
د. عملية تسجيل جميع العينات المحالة إلى المعامل الأخرى للفحص.
ه. تعليمات التخزين المناسب للعينة في مرحلة ما قبل الفحص.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك إجراء مقابلات مع العاملين للاستعلام عن درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يزور مُراجع الهيئة المعمل لمراجعة سجلات العينات المستلمة ومطابقة أسباب الرفض بالمعايير المعتمدة.

- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضًا بمراجعة عملية التعريف الصحيح لعينات المعمل وعملية التتبع.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين المشاركين في استلام العينات على دراية بمتطلبات سياسة.
٣. تسجيل جميع العينات المستلمة والمقبولة مع ذكر تاريخ ووقت استلام العينة وهوية الشخص الذي يتسلم العينة.
٤. الاحتفاظ بسجلات العينات المرفوضة والعينات المحالة إلى المعامل الأخرى وتتضمن جميع البيانات المذكورة في الغرض.
٥. دليل على تتبع جميع أجزاء العينة الأولية وصولا إلى العينة الأصلية.
٦. تخزين العينات في ظروف ملائمة خلال جميع أنشطة ما قبل الفحص.

المعايير ذات الصلة:

ICD.17: الأوامر والطلبات؛ ICD.18: الأوامر الشفهية والهاتفية؛ ACT.03: التعريف الصحيح للمريض.

DAS.17: اختيار وتنفيذ طرق الاختبارات المعملية التي تم التحقق منها/ التأكد من صحتها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

طرق الاختبارات التي تم التحقق منها/ التأكد من صحتها

الغرض:

تعمل التقنيات والاختبارات المعملية علي تزويد المعمل بالبيانات اللازمة لاتخاذ قرارات هامة أثناء تقديم الرعاية الإكلينيكية كما تؤدي إلي تحسين الفحوصات أو استيفاء المتطلبات واللوائح.

إن المعرفة العميقة بالتقنيات التحليلية الخاصة بالمعامل وبكيفية تطبيقها على عينة معينة أمر بالغ الأهمية في زيادة فهم الفحص أثناء إجراء التحليل.

وتعد هذه التقنيات أدوات تحليلية عالية التخصص ولا يمكن تشغيلها إلا بواسطة متخصصيين أكفاء.

من أجل ضمان تحقيق نتائج فحوصات دقيقة وذات صلة، يستخدم المعمل طرقًا تحليلية دقيقة وقابلة للتكرار. ويمكن تأكيد ذلك عندما تكون المتطلبات الخاصة لكل فحص وثيقة الصلة بالغرض من استخدام هذا الفحص.

تُكلف المستشفى موظف كفء للقيام بالأنشطة المختلفة للطرق التحليلية المختارة.

وإن إجراءات الفحص المعتمدة، والتي تستخدم دون تعديل، يجب أن تخضع إلى التحقق من قبل المعمل قبل البدء في الاستخدام الروتيني لها.

يضع المعمل سياسة للتحقق من إجراءات الفحص باتباع أدلة عمل موثوقة.

بمجرد التأكد من المواصفات المقدمة من الشركة المصنعة، يوثق المعمل الإجراءات المتبعة للتحقق، ويسجل النتائج التي تم الحصول عليها والموظفين الذين يملكون السلطة المناسبة.

إن التحقق من خصائص أداء العملية يتضمن، كلما كان ذلك ممكنا، على الأقل ما يلي:

أ. قياس المصداقية.
ب. قياس الدقة.
ج. قياس الْخَطِّيَّةِ (حدود الكشف وتحديد الكمية).

يتأكد المعمل من صحة إجراءات الفحص عند:

د. استخدام طريقة غير قياسية.
ه. الطريقة القياسية المستخدمة خارج النطاق المقصود.
و. الطريقة التي تم التأكد من صحتها بها تعديل.

يجب أن يتبع المعمل طرق التحقق/ التأكد من الصحة المعتمدة التي أجازتها أدلة عمل حديثة موثوقة.
عند إجراء تغييرات على إجراء فحص تم التحقق منه/ التأكد من صحته، يجب تنفيذ وتوثيق عملية جديدة للتحقق/ التأكد من الصحة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك إجراء مقابلات مع العاملين للاستعلام عن درايتهم بسياسة المستشفى، وكفاءتهم ومعرفتهم بالفحوصات المقدمة أو المتغيرة.
- قد يزور مُراجع الهيئة المعمل لمراجعة سجلات التحقق/ التأكد من الصحة وإعادة التأكد من الصحة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمعمل سياسة معتمدة توجه اختيار طرق الفحص لجميع الفحوصات التي يقدمها المعمل.
٢. يتبع المعمل طرق التحقق/ التأكد من الصحة المعتمدة التي أجازتها أدلة عمل حديثة وموثوقة.
٣. يُظهر الموظف المكلف المسئول الكفاءة والمعرفة العميقة بالفحص الذي تم تقديمه أو تغييره.
٤. سجلات التحقق و/ أو نتائج التأكد من الصحة تفي بالمعايير المقبولة بناءً على أدلة عمل محددة مسبقًا.
٥. توجد أدلة مسجلة على إعادة التحقق/ إعادة التأكد من الصحة متى كان هناك داعي لذلك.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ DAS.10: تخطيط وإدارة خدمات المعمل.

DAS.18: التطبيق الفعال والمنتظم للإجراءات والتعليمات الخاصة بأداء طرق الفحص.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اجراءات الفحوصات

الغرض:

تشمل خدمة المعمل التقنيات المختلفة والعمليات لتحليل الخدمات، وبالتالي تلعب دورًا مهمًا في مبادرات تحسين الصحة العامة لجميع فئات السكان.
علاوة على ذلك، غالباً ما يكون سبب إجراء خدمات المعمل هو متابعة مرض تم تشخيصه و/ أو معالجته بالفعل.
ويضع دليل الإجراءات الأساس لبرنامج ضمان الجودة بالمعمل.
يحرص المعمل علي توفير تعليمات موثقة - في شكل إجراءات- لجميع الأنشطة التي تدعم أداء فحوصات تحليلية. وتوفر هذه التعليمات المعلومات اللازمة لكلا من العاملين الجدد و ذوي الخبرة عن كيفية تنفيذ جميع إجراءات الفحص.
والغرض منه هو ضمان الاتساق في ظل السعي لتحقيق الجودة.
يضع المعمل الإجراءات الفنية لجميع طرق الفحوصات التحليلية.
يجب أن تُكتب بلغة سلسة /مفهومة بالنسبة للعاملين ويجب أن تكون متاحة في مكان مناسب.
وقد تكون ورقية أو الكترونية أو على شبكة المعلومات.
يتم اتباع إجراءات المعمل الفنية بشكل متسق ومراجعتها بانتظام. وتشمل على الأقل ما يلي:

أ. المبدأ والأهمية الإكلينيكية للفحص.
ب. متطلبات تحضير المريض ونوع العينة وجمعها وتخزينها. ومعايير قبول ورفض العينة.
ج. الكواشف والمعدات المستخدمة.

د. التحقق/ التأكد من صحة إجراءات الفحص.
ه. إجراءات الفحوصات، ومنها حسابات الفحوصات وتفسير النتائج.
و. إجراءات المعايرة والتحكم والإجراءات التصحيحية التي يجب اتخاذها عند فشل نتائج المعايرة في استيفاء معايير القبول.
ز. نطاقات القيم المرجعية البيولوجية/ قيم القرار الإكلينيكي تم التحقق منها/ التأكد من صحتها.
ح. نتائج الفحوصات الحرجة.
ط. نطاق القياس التحليلي وتعليمات تحديد النتائج عندما لا تكون ضمن نطاق القياس.
ي. القيود في المنهجيات بما في ذلك المواد المتداخلة.
ك. المراجع.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة إجراءات المعمل.
- قد يتتبع مُراجع الهيئة ويراقب مريض يحصل على خدمة المعمل ويراجع عمليات التحضير.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالمعمل للتحقق من درايتهم بإجراءات التحاليل.
- قد يزور مُراجع الهيئة مناطق خدمة المعمل لمراقبة المعايرة الطبية واستخدام الكواشف والنطاقات والنتائج.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمعمل إجراء مكتوب لكل طريقة فحص.
٢. إجراءات المعمل الفنية متاحة بسهولة عند الحاجة.
٣. يتضمن كل إجراء جميع العناصر المطلوبة والمذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ك).
٤. العاملون مدربون وعلي دراية بمحتويات أدلة الإجراءات.
٥. اتباع الإجراءات باستمرار.
٦. يراجع الموظف المختص الإجراءات على فترات محددة مسبقًا.

المعايير ذات الصلة:

DAS.20: تقييم جودة المعمل الخارجية؛ DAS.12: إدارة الكواشف.

DAS.19: وضع وتنفيذ برنامج مراقبة الجودة الداخلية لجميع الفحوصات كلا على حدة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تقييم الجودة الداخلية للمعمل

الغرض:

يتم إجراء اختبار مراقبة الجودة الداخلية للمعمل لمتابعة وضمان موثوقية نتائج الفحوصات التي يصدرها المعمل.
تُستخدم المواد اللازمة لمراقبة الجودة في متابعة نظام الفحوصات والتحقق من أن تكون نتائج فحوصات المريض عالية الجودة.
ومواد المراقبة هي عينة مستقرة ذات نطاق قيم محددة مسبقاً و التي تحاكي عينة المريض.
تتم مراجعة وتسجيل بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهرياً على الأقل).
القيم الشاذة أو الاتجاهات السائدة في أداء الفحوصات، والتي قد تشير إلى وجود مشاكل في نظام الفحص، يتم تحليلها ومتابعتها و اتخاذ وتسجيل الإجراءات الوقائية قبل ظهور مشكلات كبري.
يضع وينفذ المعمل إجراءً لمراقبة الجودة الداخلية والذي يتضمن على الأقل ما يلي:

أ. تنفيذ عناصر مراقبة الجودة الداخلية وفقًا لتقييم المخاطر لكل طريقة فحص.
ب. تحدد المستشفى معدل تكرار اختبار مراقبة الجودة وفقًا لأدلة العمل وتعليمات الشركة المصنعة أيهما أكثر صرامة.
ج. يتم التعامل مع مواد مراقبة الجودة المقرر استخدامها واختبارها بنفس الطريقة ومن نفس عضو فريق المعمل الذي يقوم بفحص عينات المرضى.
د. يجب تحديد توقعات أداء مراقبة الجودة ونطاقات القيم المقبولة وأن تكون سريعة الإتاحة للعاملين حتى يتسني لهم التعرف على النتائج والاتجاهات غير المقبولة و يستجيبوا بشكل مناسب.
ه. قواعد قبول ورفض نتائج مراقبة الجودة الداخلية.
و. اعتماد برنامج مراقبة الجودة من الشخص المسئول قبل التنفيذ.
ز. يراجع الموظف المعتمد المكلف بيانات مراقبة الجودة على فترات زمنية منتظمة (شهريًا على الأقل).
ح. اتخاذ الإجراءات التصحيحية بشأن أوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير مراقبة الجودة

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المعمل للتحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالمعمل للتحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى إجراء معتمد يصف عملية مراقبة الجودة الداخلية لجميع فحوصات المعمل ويتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. جميع العاملين المشاركين في مراقبة الجودة الداخلية أكفاء في أداء مراقبة الجودة الداخلية.
٣. تنفيذ جميع عمليات مراقبة الجودة وفقًا لإجراء مراقبة الجودة الداخلية.
٤. تسجيل جميع عمليات مراقبة الجودة.
٥. يراجع الموظف المعتمد المكلف بيانات مراقبة الجودة وبيانات التحقق من أداء مراقبة الجودة علي الأقل مرة شهرياً
٦. اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود داعي .

المعايير ذات الصلة:

DAS.20: تقييم جودة المعمل الخارجية؛ DAS.12: إدارة الكواشف.

DAS.20: وضع وتنفيذ برنامج تقييم الجودة الخارجية أو بدائله.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تقييم جودة المعمل الخارجية

الغرض:

إن برنامج مراقبة الجودة الخارجية هو نظام مصمم للتقييم الموضوعي لجودة النتائج التي تحصل عليها المعمل، عن طريق هيئة خارجية.
ويقدم مقياسًا لجودة كل معمل على حدة و"أحدث ما توصل إليه في مجال الفحوصات، وهو يكمل إجراءات مراقبة الجودة الداخلية، ويضع القيم المتفق عليها بالإجماع عندما تكون القيم الحقيقية غير معروفة، ويعمل كمحفز تعليمي لتحسين الأداء.
اختبار الجودة الخارجية يمكن أن يحدد مشاكل الأداء التي لم تحددها أنظمة مراقبة الجودة الداخلية ويساعد المعمل على تقييم نتائجه مقارنة بنتائج المعامل الأخرى التي تستخدم نفس المنهجيات.
يشارك المعمل في برنامج تقييم الجودة الخارجية الذي يغطي الحد الأقصى لعدد ودرجة تعقيد الفحوصات التي يقدمها المعمل

يشترك المعمل في اختبار الكفاءة وفقًا لنطاق العمل به.
ويفحص المعمل عينات تقييم الكفاءة وفقًا لبروتوكول مكتوب ويرسل النتائج مرة أخرى إلى مسئول اختبار الكفاءة في غضون الوقت المطلوب.
يتم فحص العينات مع فحوصات المرضي المعتادة بالمعمل على يد العاملين الذين يجرون بشكل روتيني الفحوصات المعملية باستخدام الطرق الروتينية.
ولا يرسل المعمل العينات إلى معمل آخر لتحليلها.
تتضمن مراجعة النتائج الواردة ما يلي:

أ. عند تقييم النتائج بالدرجات وإعادتها، يراجع مدير المعمل أو المشرف المسئول التقرير ويوثق المراجعة.
ب. يتم تسجيل الإجراء التصحيحي للتحديات الواحدة أو المتعددة لأي تحليل لا يقع ضمن الحدود المقبولة.
ج. استخدام النتائج في تثقيف أو إعادة تثقيف أو تدريب موظف واحد أو أكثر عند وجود داعي لذلك.

يحلل المعمل النتائج ويرفع تقريرا بها باستمرار. يتم الاحتفاظ بسجلات التعامل مع التحاليل والفحص وتقارير النتائج لمدة عامين على الأقل.
في حالة عدم توفر اختبارات الكفاءة، يجري المعمل مقارنة داخلية وفقًا لأدلة العمل. ويُستخدم هذا النظام وتُسجل نتائجه كل ستة أشهر على الأقل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المعمل للتحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع العاملين بالمعمل للتحقق من درايتهم بأداء مراقبة الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يشترك المعمل في برنامج اختبار الكفاءة الخارجية والذي يتناول كل الفحوصات التي يؤديها المعمل والمتاحة من مسئول اختبار الكفاءة، بالإضافة إلى درجة تعقيد عمليات الفحص التي يستخدمها المعمل.
٢. يوجد دليل على فحص عينات تقييم الكفاءة مع فحوصات المرضي المعتادة بالمعمل على يد العاملين الذين يجرون بشكل روتيني الفحوصات المعملية باستخدام الطرق الروتينية.
٣. يقوم المعمل بشكل متسق بإجراء الفحوصات والإبلاغ بالنتائج في غضون الإطار الزمني المطلوب.
٤. مراجعة التقارير الواردة تتضمن متطلبات العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٥. الاحتفاظ بسجلات جميع العمليات، بما في ذلك الفحوصات والتقارير والمراجعة والاستنتاجات والإجراءات، لمدة عامين على الأقل.
٦. يوجد دليل على الإجراءات البديلة لاختبار الكفاءة المستخدمة وفقًا لأدلة العمل في حالة عدم توفر اختبار الكفاءة.

المعايير ذات الصلة:

DAS.19: تقييم جودة المعمل الداخلية؛ DAS.12: إدارة الكواشف.

DAS.21: وضع وتنفيذ عملية ما بعد الفحص بالمعمل بشكل فعال لضمان تقديم تقارير دقيقة وتسليم فحوصات معملية تم التحقق منها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية ما بعد الفحص

الغرض:

تشمل عمليات ما بعد الفحص في مسار سير العمل جميع الأنشطة المتعلقة بتقارير بالنتائج وأرشفة النتائج ومواد العينات.

الغرض العام من جميع أنشطة ما بعد الفحص هو ضمان تقديم نتائج فحوصات دقيقة وواضحة.
تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات عملية ما بعد الفحص
تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. استيفاء بيانات التقرير النهائي يتضمن على الأقل: تعريف المعمل وتعريف المريض ، والفحوصات التي تم إجراؤها، والطبيب طالب الفحوصات، وتاريخ ووقت جمع العينات ومصدر العينة، وتاريخ ووقت إصدار التقرير، ونتائج الفحص النطاق المرجعي، وتعريف الشخص الذي قام بالتحقق (الاعتماد)، (الموافقة) وتفسير النتائج، والتعليق الاستشاري أو التوضيحي عند الحاجة.
ب. مراجعة النتائج والتحقق منها ورفع تقرير بها بواسطة عضو الفريق المسئول عن ذلك
ج. محددات/ضوابط تخزين العينات.
د. المدة المحددة للإحتفاظ بنتائج المعمل.
ه. المدة المحددة للإحتفاظ بعينات المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المعمل للتحقق من مدة تخزين والاحتفاظ بالعينات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي ويقيم وقت تقديم تقرير بنتائج المعمل والمسئول عن ذلك.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية بالمعمل للاستفسار عن خبرتهم بشأن مدة الاحتفاظ بالعينات بالمعمل.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية ما بعد الفحص وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. يحدد المعمل الموظف المسئول عن مراجعة وإصدار نتائج المريض.
٣. تنفيذ عملية الاحتفاظ بتقرير المعمل النهائي مع سهولة الاسترجاع.
٤. تنفيذ إجراء التخزين والاحتفاظ بالعينات.
٥. استرجاع العينات المطلوبة بسهولة.

المعايير ذات الصلة:

DAS.22: فترة دوران العينة؛ DAS.23: نتائج STAT؛ ICD.30: النتائج الحرجة.

DAS.22: تقديم تقارير بنتائج المعمل في غضون مدة دوران العينة المعتمدة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مدة دوران العينة

الغرض:

مدة دوران العينة TAT هي الفترة الزمنية اللازمة لإتمام عملية معينة.
عادةً ما يُقاس مدة دوران العينة في التحليل الإكلنيكي بالمعمل، ولكن في الوقت الحاضر، يشمل مدة دوران العينة جميع المراحل من طلب العينات حتى تقديم تقرير بنتائج الفحص.
تبدأ العملية عند تقديم طلب. ويقوم ممرض/ممرضة أو فني سحب العينات بتعريف المريض ويسحب العينة. وتتمثل المرحلة التالية في نقل العينة إلى المعمل، وتسجيل العينة عند وصولها إلى المعمل. بعد ذلك، يتم تحليل العينة وأخيرًا يتم إرسال النتيجة إلى عضو الطاقم الطبي الذي طلب الفحص.

يضع المعمل سياسة تحدد مدة دوران العينة لكل فحص.
يوجد بالمعمل عملية لقياس مدة دوران العينة ويعين أحد أعضاء الفريق في المعمل ليكون مسئولًا عن قياسها ومراقبتها.
وتشمل العملية طرق ضمان أن مدة دوران العينة مقبولة. وإذا كانت مدة دوران العينة لأحد الفحوصات أو أكثر غير مقبولة، يقوم قادة المعمل بتقييم البيانات، وإذا كان لازماً، يقومون بتقييم عملية الفحص ويتخذون إجراءاً إما بتعديل عملية الفحص والإبلاغ بالنتائج أو يحددون مدة دوران للعينة أكثر قبولاً.
تنفذ بالمعمل عملية لإخطار طالب الفحص في حالة تأخر الفحص.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً يتلقى خدمة معملية ، و قد يراجع طلب الخدمة ووقت أخذ العينة ووقت الفحص ووقت إصدار التقرير.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي ويُقيم وقت إصدار تقرير نتائج المعمل.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع طاقم التمريض وأعضاء الطاقم الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن معرفتهم بوقت إصدار تقرير خدمة المعمل.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات تحدد في المعمل مدة دوران العينة الكُلي لكل فحص معملي ووسائل قياسه.
٢. مراجعة ومراقبة مدة دوران العينة للفحوصات المعملية
٣. فحص حالات مدة دوران العينة غير المقبولة، واتخاذ الإجراءات المناسبة وفقا لذلك.
٤. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل بيانات ورفع تقارير بخصوص أوقات إصدار تقارير الفحوصات المعملية.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في أوقات إصدار تقارير خدمات المعمل.
٦. إخطار طالب الفحص بتأخر الفحص.

المعايير ذات الصلة:

DAS.21: عملية ما بعد الفحص؛ ICD.04: خدمات الطوارئ؛ ICD.06: تسجيل رعاية الطوارئ؛ DAS.23: نتائج STAT.

DAS.23: رفع تقارير بنتائج الفحوص المعملية العاجلة/الطارئة (STAT) في غضون الإطار الزمني الآمن والفعال.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نتائج STAT

الغرض:

يُعرَّف فحص STAT بأنه فحص معملي مطلوب بشكل عاجل لتشخيص أو علاج المريض حيث يكون أي تأخير مهدداً لحياته
يضع المعمل عمليات لتلبية احتياجات عملائه لإجراء فحص سريع وتحسين وقت دوران عينات الطوارئ بهدف سرعة التشخيص.
وتتناول عملية المعمل الخاصة بالعينات العاجلة الأجزاء الأربعة الرئيسية لعملية فحص STAT: الطلب والجمع والفحص ورفع تقرير بالنتائج.
يحدد المعمل الفحوصات التي يمكن طلبها كفحص STAT والفاصل الزمني بين جمع العينات واستلامها ورفع تقرير بالنتائج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً يتلقى خدمة المعمل ويراجع طلب الخدمة ووقت العينة ووقت الفحص ووقت تقديم تقرير بالنتائج.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي ويُقيم وقت رفع تقرير بالنتائج.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع التمريض وأعضاء الفريق الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للاستعلام عن خبرتهم فيما يتعلق بوقت رفع تقارير خدمة فحوصات STAT المعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه طلب الفحوصات العاجلة وجمع عيناتها وإجراء الفحص ورفع تقارير بالنتائج.
٢. يوجد بالمعمل قائمة بفحوصات STAT مع تحديد الوقت المقبول لرفع تقارير بنتائج كل فحص.
٣. مراجعة ومراقبة وقت دوران العينة لفحوصات STAT.
٤. التحقق من وقت دوران عينة فحوصات STAT الغير مقبولة ، واتخاذ الإجراءات المناسبة وفقا لذلك.
٥. إخطار طالب فحص STAT في حالة التأخر في مدة دوران العينة.

المعايير ذات الصلة:

DAS.21: عملية ما بعد الفحص؛ ICD.04: خدمات الطوارئ؛ ICD.06: تسجيل رعاية الطوارئ؛ DAS.22: وقت دوران العينة بالمعمل.

خدمات المعمل الآمنة

DAS.24: (NSR.26) تنفيذ برنامج شامل وموثق لسلامة المعمل

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج سلامة المعمل

الغرض:

إن بيئة المعمل يمكن أن تكون بيئة عمل خطرة.

يتعرض العامل بالمعمل إلى العديد من المخاطر المحتملة بما في ذلك المخاطر الكيميائية والبيولوجية والفيزيائية والإشعاعية، وكذلك إجهاد الجهاز العضلي الهيكلي.

ويحكم السلامة في المعمل العديد من اللوائح وأفضل الممارسات. وعلى مر السنين، نُشرت إرشادات متعددة لجعل المعامل أكثر اماناً للعاملين بها.

يجب أن تضع إدارة المعمل برنامج سلامة بالمعمل يحافظ على بيئة آمنة لجميع العاملين والمرضى والأسر.

يجب أن يوجد بالمعمل برنامج موثق يصف إجراءات سلامة منشآت المعمل وفقًا للمتطلبات الوطنية.

يجب تنفيذ هذا البرنامج بشكل صحيح وتعريف جميع العاملين به. ويتضمن البرنامج على الأقل ما يلي:

أ. إجراءات السلامة لمتخصصي الرعاية الصحية.
ب. إجراءات السلامة للعينة.
ج. إجراءات السلامة للبيئة والمعدات.
د. التعامل مع الحوادث واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الحاجة.
ه. التخلص السليم من نفايات المعمل.
و. متطلبات صحيفة بيانات سلامة المواد (MSDS) .
ز. التعامل مع الانسكابات الكيميائية/ تنظيف الانسكاب.

ح. تعليمات استخدام معدات الحماية الشخصية.
ط. عملية إدارة المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج سلامة المعمل الذي يجب أن يتضمن على الأقل: قائمة المواد الكيميائية والمواد الخطرة، والتعامل مع الانسكابات، ومتطلبات السلامة، ومعدات الحماية الشخصية المناسبة، وصيانة ومعايرة المعدات الطبية، وتعريف العاملين، والتخلص السليم من النفايات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة تقارير سلامة المعمل، وسلامة معدات المعمل، وتخزين المواد الكيميائية، وعمليات وضع الملصقات التعريفية والتخلص من النفايات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد برنامج مكتوب ومعتمد يصف إجراءات السلامة لخدمات ومنشآت المعمل ويتضمن العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٢. العاملون بالمعمل مدربون على برنامج السلامة.
٣. يتم إجراء تقييم للمخاطر بالمعمل وإصدار تقارير السلامة نصف سنوياً على الأقل إلى لجنة سلامة البيئة والمنشأة بالمستشفي.
٤. مجموعة أدوات التعامل مع الانسكابات ومحطة غسيل العينين الطارئ ودش الأمان safety showers متوفرة وتعمل ويتم اختبارها.
٥. يتم تنفيذ احتياطات السلامة.
٦. تقوم المستشفى بتتبع البيانات المتعلقة ببرنامج سلامة المعمل وتجميعها وتحليلها وترفع تقرير بها، وتعمل على فرص التحسين المحددة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.02: مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

إختبارات نقطة الرعاية فعالة

DAS.25: متابعة اختبارات نقطة الرعاية من أجل تقديم نتائج دقيقة وموثوق بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اختبارات نقطة الرعاية

الغرض:

عرفت الكلية الأمريكية لعلوم الأمراض اختبارات نقطة الرعاية (POCT) على أنها إختبارات يتم إجراؤها عند مكان تواجد المريض أو بالقرب من مكان تواجده، والتي لا تتطلب مساحة دائمة ومخصصة، والتي تُجرى خارج أماكن المعامل الإكلينيكية."

يكلف المعمل أحد العاملين ليكون مسئولا عن ضمان جودة الأجهزة المستخدمة وأن الكواشف ومستلزمات المعمل الأخرى متاحة بشكل مستمر.

للمعمل نهج محدد وواضح فيما يتعلق باختبارات نقطة الرعاية للتأكد من إجرائها بشكل آمن وصحيح وأن النتائج الصادرة عنها دقيقة وموثوقة.

تحدد المستشفى جميع مواقع اختبارات نقطة الرعاية والاختبارات التي يتم إجرائها، وتُعد نموذج تحقق، وتُجري عملية تفتيش لتحديد أوجه القصور إن وجدت وتتخذ الإجراء التصحيحي لأي قصور يحدده التفتيش

دليل عملية المراجعة:

أثناء عمليات التتبع والجولات ، قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة دليل الإجراءات في منطقة يُجرى فيها اختبارات نقطة الرعاية، ومراجعة نتائج المرضى وعملية الإبلاغ بالنتائج ، ومراقبة الجودة، والصيانة، واختبار الوظائف ، ووجود دليل على تدريب العاملين على إجراء الاختبارات، وسجلات الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يكلف المعمل أحد العاملين الأكفاء بالإشراف على خدمات فحوصات إختبارات نقطة الرعاية.
٢. العاملون المسئولون عن إجراء إختبارات نقطة الرعاية مؤهلون للقيام بذلك.
٣. توجد عملية محددة لإجراء إختبارات نقطة الرعاية ورفع تقارير بنتائجها.
٤. تسجيل وتنفيذ إجراءات مراقبة جودة إختبارات نقطة الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

DAS.19: تقييم الجودة الداخلية للمعمل؛ DAS.20: تقييم الجودة الخارجية للمعمل؛ DAS.12: إدارة الكواشف؛ PCC.17: احتياجات المريض.

خدمات نقل الدم

تخطيط وإدارة بنك الدم بشكل فعال

DAS.26: تخطيط وتشغيل وتقديم خدمات نقل الدم بشكل موحد وفقًا للقوانين واللوائح وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية المعمول بها.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

إدارة خدمات نقل الدم

الغرض:

مع تزايد عدد السكان والتقدم في العلوم الطبية، زاد الطلب على الدم. ويؤدي عدم التواصل بالشكل الكافي بين المتبرعين بالدم ومتلقي الدم إلى عدم إمكانية معظم المرضى المحتاجين إلى الدم على الحصول عليه في الوقت المناسب.

قد يؤدي سوء إدارة الدم إلى إهدار مخزون الدم المتاح.

يمكن التعامل مع هذه المشاكل من خلال وضع نظام قوي لإدارة خدمات نقل الدم من أجل سد الفجوة بين المتبرعين والمتلقين وضمان السلامة والكفاءة.

يجب أن يعمل بنك الدم تحت إشراف طبيب معتمد ومدرب وخبير في أنشطة بنوك الدم.

يجب أن يكون لبنك الدم دليل سياسات وإجراءات خاص به.

يتناول الدليل على الأقل ما يلي:

أ. التنظيم والإدارة.
ب. الموارد والمعدات والمستلزمات
ج. احتياجات العملاء
د. مراقبة العمليات
ه. الوثائق والسجلات
و. الانحرافات وعدم المطابقة والمضاعفات
ز. تقييمات المتبرعين
ح. فحص الدم

ط. تحسين العمليات
ي. المنشآت والسلامة

يجب توفير مكان وبيئة ومعدات مناسبة وآمنة.

إن جميع أكياس الدم والأنابيب والوصلات والكواشف والمستلزمات المستخدمة في تخزين أو حفظ أو فحص الدم ومكونات الدم يجب أن تفي بالمتطلبات المهنية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق نقل الدم والمناطق التي يجري بها نقل الدم كجزء من تتبع المريض أو جولة بالمستشفى. خلال هذه الزيارات، قد يفحص مُراجع الهيئة المساحة والتصميم لضمان عملية نقل دم آمنة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بخدمات نقل الدم للاستفسار عن طرق تقييم الكفاءة ومعدل تكرار التقييم، ومنح الامتيازات لمقدمي الطلبات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملفات العاملين بخدمات نقل الدم من أجل التحقق من عملية تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى دليل جودة معتمد يتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).
٢. جميع العاملين بنقل الدم على دراية بدليل الجودة.
٣. يتوفر لخدمات نقل الدم المكان والبيئة والمعدات والمستلزمات المناسبة.
٤. يتابع خدمات نقل الدم أحد أفراد الطاقم الطبي المؤهل والمرخص.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

عمليات تشغيلية فعالة لخدمة نقل الدم

DAS.27: لا يُقبل الدم إلا من متبرع متطوع بلا مقابل مالي وسليم الجسم ويتمتع بصحة جيدة ومعدل تعرضه للمخاطر منخفض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التبرع الآمن بالدم

الغرض:

يحتاج ملايين الأشخاص إلى نقل الدم كل عام. قد يحتاج البعض إلى الدم أثناء إجراء جراحة، وآخرون يحتاجون إليه بعد تعرضهم لحادث أو بسبب إصابتهم بمرض يتطلب مكونات الدم. والتبرع بالدم يجعل كل هذا ممكنًا.

لم يتم التوصل حتي الآن إلى مادة يمكن أن تكون بديلا لوظائف الدم البشري بنسبة ١٠٠٪. ويظل التبرع بالدم هو المصدر الرئيسي للدم البشري

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لاختيار المتبرعين والاحتفاظ بهم.

تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. الفحص بناءً على:
i. تاريخ المتبرع من حيث العمليات الجراحية والتطعيمات وما إذا كان تلقي دم من قبل والفاصل الزمني من آخر تبرع.
ii. الفحص البدني للمتبرع بما في ذلك المظهر العام والطول والوزن والعلامات الحيوية.

iii. الفحوصات المعملية لأكياس الدم، ومنها الأمراض المعدية المحددة، وفصائل الدم(ABO) ، وتحديد نوع العامل الرايزيسي (RH).

ب. آليات ضمان التطوع بتبرع الدم دون مقابل مالي.

ج. تقديم مَشُورة ما قبل التبرع بالدم بواسطة عاملين مدربين وتشمل السلوكيات الخطرة والاستبعاد الذاتي من أجل سلامة المرضى، والفحوصات التي يتم إجرائها على الدم المتبرع به، والآثار الجانبية المحتملة. (يمكن استخدام الاستبيانات)

د. سلامة وخصوصية المتبرعين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة خدمات نقل الدم أثناء جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمقابلة متبرع بالدم للاستفسار عن التقييم وتقديم المشورة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات التبرع بالدم.
- قد يزور مُراجع الهيئة المناطق التي يتم فيها التبرع بالدم للتحقق من الالتزام بالمتطلبات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع العاملين ببنك الدم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. اختيار المتبرعين بالدم بشكل آمن.
٤. يتلقى المتبرعون بالدم مشورة قبل التبرع.
٥. تسجيل اختيار المتبرعين بالدم والمشورة المقدمه لهم.

المعايير ذات الصلة:

DAS.26: إدارة خدمات نقل الدم.

DAS.28: عمليات جمع والتعامل مع وفحص الدم ومكونات الدم تتم بشكل آمن وفعال.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

عملية تجميع الدم

الغرض:

تجري ممارسة عملية جمع الدم لعدة قرون ولا تزال من الاجراءات التداخلية في الرعاية الصحية

كل خطوة من خطوات عملية تجميع الدم (الجمع والتعامل والفحص) تؤثر على جودة العينة، وبالتالي فهي مهمة لمنع حدوث خطأ معملي للعينة، أو حدوث إصابة لاحقة للمريض أو حدوث وفاة.

على سبيل المثال: فإن اللمس بالإصبع للتحقق من مكان الوريد قبل إدخال الإبرة يزيد من فرصة تلوث العينة. وقد يتسبب ذلك في إطالة فترة المكوث بالمستشفى وتأخير التشخيص واستخدام غير ضروري للمضادات الحيوية

تضع وتنفذ المستشفى سياسة إدارة الدم ومكونات الدم.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. جمع الدم

i. التبرع بالدم: نظافة وملائمة منطقة المتبرعين، ورد فعل المتبرعين ، وحملات التبرع بالدم خارج المستشفى.

ii. احتياطات مكافحة العدوى.

ب. التعامل مع الدم

i. تعريف أكياس وأنابيب الدم/ مكونات الدم.
ii. ضوابط درجة الحرارة.
iii. نقل الدم من مكان إلى آخر

ج. الفحص
i. تحديد فصيلة الدم (ABO)
ii. تحديد نوع العامل الرايزيسي (RH) في السجلات السابقة
iii. الفحوصات المعملية للأمراض المعدية
iv. تخزين الأكياس/الوحدات التي يطبق عليها الحجر (منع الصرف للمرضى)

د. التحضير
i. التعقيم
ii. غلق الأكياس بإحكام
iii. تعليمات وبروتوكولات تحضير مكونات الدم

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة خدمات نقل الدم أثناء جلسة مراجعة الوثائق.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بتتبع متبرع بالدم أو لعملية التبرع لمراجعة خطوات التقييم والجمع والتعامل والفحص والتحضير.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية بخدمات نقل الدم للتحقق من درايتهم بالمتطلبات.
- قد يزور مُراجع الهيئة أماكن جمع الدم للتحقق من الإلتزام بالمتطلبات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د) بناءً على أدلة العمل الوطنية.
٢. جميع العاملين ببنك الدم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. جمع الدم و/ أو مكونات الدم والتعامل معها كما هو مذكور الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ب) بناءً على أدلة العمل الوطنية.
٤. اختبار وتحضير الدم و/ أو مكونات الدم كما هو مذكور الغرض من نقطة (ج) إلى نقطة (د) بناءً على أدلة العمل الوطنية.

المعايير ذات الصلة:

DAS.26: إدارة خدمات نقل الدم؛ APC.02: متابعة متطلبات السلامة.

DAS.29: تخزين ووضع ملصقات تعريفية على الدم ومكونات الدم في بنك الدم وفقا للوائح والمتطلبات الوطنية

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تخزين الدم

الغرض:

إن بنوك الدم لوجستية بطبيعتها؛ فهي تحاول تقديم فوائد نقل الدم المنقذة للحياة إلى المريض الذي يحتاجها عن طريق توفير دم و/ أو مكونات دم آمنة وفعالة ورخيصة.
أسهل طريقة لضمان توافر الدم و/ أو مكونات الدم في الوقت المناسب تتمثل في توفر مخزون مناسب في جميع الأوقات.
يجب استخدام نظام رقمي أو أبجدي يتتبع أي وحدة أو مكون دم من المصدر إلى الوجهة النهائية ويعيد التحقق من السجلات

المطبقة على الوحدة المحددة. يجب أن تتضمن الملصقات على الأقل ما يلي:

أ. رقم قابل للتتبع.
ب. اسم بنك الدم.
ج. نوع وحجم المنتج.
د. فصيلة الدم (ABO) والعامل الرايزيسي(RH) .
ه. عدم وجود أجسام مضادة Seronegative
و. مضادات التخثر المستخدمة عند الحاجة،
ز. ظروف التخزين المطلوبة.
ح. تاريخ الجمع.
ط. تاريخ انتهاء الصلاحية.

يجب أن تحد ظروف التخزين من تلف وفساد المواد التي قيد المعالجة وكذلك المنتجات النهائية. يجب أن يتم التحكم في إمكانية الوصول إلى مكان تخزينها.

يجب أن تستخدم الثلاجات والمجمدات وحاضِنَات الصفائح الدموية التي يتم فيها تخزين الدم ومكونات الدم فقط لهذا الغرض ولا تستخدم لتخزين أية مواد أخرى ويجب متابعة درجة الحرارة وفقًا لأدلة العمل المعتمدة.

يجب متابعة تواريخ انتهاء الصلاحية ويجب اتخاذ الإجراءات بشأن الدم أو مكونات الدم منتهية الصلاحية وفقًا لأدلة العمل المعتمدة

يجب فصل أكياس الدم التي تم فحصها عن أكياس الدم غير المفحوصة

يجب أن تتطابق طريقة التخلص من أكياس الدم مع متطلبات قواعد ولوائح إدارة النفايات والعملية المعتمدة بالمستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين وتحضير الدم من أجل تقييم ظروف التخزين ووضع الملصقات.
- قد يزور مُراجع الهيئة مناطق مثل الأماكن المحيطة بأقسام الجراحة والإجراءات التداخلية بهدف التحقق من ظروف التعامل مع أكياس الدم قبل استخدامها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد نظام معمول به للتأكد من أن أكياس الدم/ مكونات الدم موضوع عليها ملصقات بعدم وجود أجسام مضادة وفقًا لفحص الأجسام المضادة.
٢. الملصقات علي أكياس الدم و/ أو مكونات الدم تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٣. يوجد نظام معمول به لتتبع الدم ومنتجات الدم منذ دخول المستشفى حتى نقل الدم لمريض أو التخلص منه أو نقله إلى مكان آخر.
٤. تخزين الدم و/ أو مكونات الدم في أماكن خاضعة للتحكم في إمكانية الوصول إليها وخاضعة للتحكم في درجة حرارتها.
٥. يتوفر نظام إنذار ويوجد مصدر طاقة بديل.
٦. التعامل مع الدم أو مكونات الدم منتهية الصلاحية بشكل فعال.

المعايير ذات الصلة:

DAS.26: إدارة خدمات نقل الدم.

DAS.30: توجد عملية آمنة وفعالة للحصول على الدم من بنك دم خارج المستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بنوك الدم المتعاقد معها

الغرض:

بسبب اللوائح التي تنظم خدمات نقل الدم، والحرص على تقديم خدمات عالية الجودة أثناء التشغيل بتكلفة مناسبة، فإن توفير كل المطلوب من الدم ومكونات الدم داخل المستشفى يعد أمرا غير ممكنا.

نتيجة لذلك، قد يحصل بنك الدم بالمستشفى على وحدات دم من بنك دم خارجي.

يجب أن يتخذ بنك الدم جميع الإجراءات اللازمة لضمان جودة الدم أو مكونات الدم؛ وهذا يعني أنه يجب تقييم أداء بنك الدم الخارجي لضمان جودة الأداء.

المراقبة السليمة لخدمات بنك الدم الخارجي تشمل ما يلي:

أ. الاختيار

يجب أن يعتمد الاختيار بشكل أساسي على جودة الأداء.

ويجب الحصول على الدم ومكونات الدم من معمل معتمد كلما كان ذلك ممكنا.

ب. التقييم:

يجب على بنك الدم تنفيذ عملية تقييم قبل بدء التعامل مع بنك دم خارجي من خلال تقييم حالة اعتماد بنك الدم أو تقارير التفتيش أو القيام بزيارة ميدانية لبنك الدم أو باستخدام وسائل التقييم الأخرى.

يجب أن يقوم بنك الدم بتنفيذ عملية تقييم أثناء فترة التعامل مع بنك الدم الخارجي من خلال متابعة وتقييم إجراءات جودة محددة.

ج. المتطلبات:

د. يجب أن توجد وثيقة موقعة تحدد توقعات الطرفين المعنيين متاحة بسهولة من أجل سرعة الإحالة. وتتضمن الوثيقة على الأقل ما يلي:

i. نطاق الخدمة.
ii. شروط الاتفاق (بما في ذلك حالة الاعتماد).
iii. الاتفاق على شروط التخزين والنقل الآمن.
iv. دور الأطراف المعنية في فحص الأمراض المنقولة عن طريق نقل الدم.
v. معايير القبول المحددة مسبقًا لكل مكون من مكونات الدم المستلمة.
vi. إعطاء الدم أو مكونات الدم أو معلومات لطرف ثالث.
vii. طرق حل النزاعات.
viii. مدة سريان الاتفاق وجدول المراجعة.

ه. التفتيش:

ix. التحقق من استيفاء معايير القبول المحددة مسبقًا لكل مكون من مكونات الدم المستلمة.
x. تقييم والتحقق من معلومات التعريف الصحيح للوحدات ومنها أرقام الوحدات، فصائل الدم (ABO)/ العامل الرايزيسي (RH)وتواريخ انتهاء الصلاحية.
xi. توافق فصيلة الدم/ العامل الرايزيسي (RH) لمكونات خلايا الدم الحمراء.
xii. الإجراءات المتخذة بشأن وحدات الدم أو مكونات الدم غير المرضية.
xiii. تقييم والتحقق من ظروف نقل كل مكون من مكونات الدم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ومراجعة الاتفاق المبرم مع بنك الدم المتعاقد معه ونتائجه خلال جلسة الإشراف المالي أو جلسة مقابلة القيادات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجلات في بنك الدم أو مراقبة عملية الاستلام.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. يوجد اتفاق مكتوب بين بنكي الدم والذي يصف توقعات الطرفين من أجل تحقيق البنود المذكورة في الغرض من نقطة (i) إلى نقطة (xiii).
٣. بنك الدم المتعاقد معه يفي بمحددات/ ضوابط الاختيار.
٤. تقييم بنك الدم المتعاقد معه بناءً على بمحددات/ ضوابط محددة مسبقًا.
٥. العاملون ببنك الدم المشاركين في استلام الدم أو مكونات الدم من بنوك الدم المتعاقد معها على دراية بمحددات/ ضوابط القبول المحددة مسبقًا.
٦. سجلات فحص الدم ومكونات الدم المستلمة تدعم التطابق.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ OGM.15: إدارة العقود؛ DAS.26: إدارة خدمات نقل الدم.

خدمات نقل الدم الآمن

DAS.31: طلب خدمات الدم و/ أو مكونات الدم يتم بطريقة آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

طلب الدم ومكونات الدم

الغرض:

إن إمكانية الحصول على الإمدادات الكافية من الدم ومنتجات الدم الآمنة ضمن خدمة نقل الدم يعد مكونًا حيويًا في تحقيق المساواة في مخرجات الرعاية الصحية.

لضمان إتاحة نقل دم آمن بمساواة وفي الوقت المناسب ، يحتاج مقدمو خدمة نقل الدم إلى معرفة كمية الدم المطلوبة لمرضاهم وأين ومتى يحتاجون إليه حتى لا يحدث عجز أو فائض في عملية الإمداد بالدم.

إن التقييم الواقعي لمتطلبات الدم يعد أمرًا أساسيًا من أجل التخطيط الفعال للتوزيع الرشيد والعادل والفعال للدم ومكونات الدم داخل خدمة نقل الدم.

وعادة ما يشترط وجود طلب من طبيب للحصول على مكونات ومنتجات الدم. وفي بعض الحالات مثل العمليات الجراحية غير الطارئة ، فإن طلب الدم الزائد عن الحاجة هو أحد الممارسات الشائعة.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات للتعامل مع خدمة نقل الدم الآمن.

يجب أن تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تقييم حاجة المريض الإكلينيكية للدم.
ب. تثقيف المريض والأسرة بشأن عملية النقل المقترحة والتسجيل في سجل المريض الطبي.
ج. اختيار منتج الدم والكمية المطلوبة واستكمال نموذج الطلب بدقة وبخط مقروء.
د. تسجيل سبب نقل الدم حتى يتمكن بنك الدم من التحقق من أن المنتج المطلوب ملائماً للتشخيص.
ه. الإخبار بوضوح ما إذا كان الدم مطلوب بصورة طارئة أم روتينية.
و. إرسال نموذج طلب الدم مع عينة دم إلى بنك الدم.

ز. عند استلام عينة دم المُتلقي، يجب على أحد العاملين المؤهلين التأكد ما إذا كانت المعلومات الموجودة على الملصق وفي نموذج طلب نقل الدم متطابقة. وفي حالة وجود أي تناقض أو شك، يجب الحصول على عينة جديدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ثم يجري مقابلة مع أعضاء الطاقم الطبي وأعضاء طاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية حتى يستعلم عن عملية طلب الدم في أي مكان بما في ذلك أقسام المرضى الداخلية ومناطق الإجراءات وغرفة الطوارئ وغرف العمليات.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة سجلات المريض الطبية لتقييم اكتمال ووضوح طلبات نقل الدم وأنها مكتوبة بخط مقروء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. العاملون في بنك الدم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. تسجيل الداعي إلى/ سبب نقل الدم في سجل المريض الطبي.
٤. يتلقى العاملون ببنك الدم معلومات حول أسباب نقل الدم ومعلومات المريض الإكلينيكية وما إذا كان الطلب مطلوب بشكل طارئ أم روتيني.
٥. استكمال ملصق عينة الدم وطلب نقل الدم بجميع البيانات المطلوبة ويخضع للمراجعة قبل صرف الدم أو مكونات الدم.

المعايير ذات الصلة:

ICD.17: الأوامر والطلبات.

DAS.32: توزيع الدم و/ أو مكونات الدم من بنك الدم بطريقة آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

توزيع الدم ومكونات الدم

الغرض:

إن توزيع الدم و/ أو مكونات الدم أحد خطوط الدفاع الكبيرة لمنع الأخطاء المأساوية التي قد تكلف المريض حياته.
يجب اتباع خطوات عملية التوزيع الآمن واستخدام بعض التقنيات الجيدة لتقليل مخاطر حدوث خطأ.
تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن التوزيع الدم ومكونات والدم بطريقة آمنة.
تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. اختبار توافق الدم في حالة نقل دم كامل وخلايا دم حمراء.
ب. يجب أن يحتوي نموذج تقرير المطابقة على اسم ولقب وعمر ونوع ورقم تعريف وفصيلة الدم والعامل الرايزيسي (RH) للمريض.
ج. يجب أن يحتوي النموذج على رقم تعريف وحدة المتبرع، رقم اللي وفصيلة الدم والعامل الرايزيسي(RH وتاريخ انتهاء صلاحية الدم.
د. يجب تسجيل تفسير نتيجة تقرير المطابقة واسم الشخص الذي يقوم بفحص وصرف الدم.
ه. يجب فحص كل وحدة دم بصريًا قبل التوزيع. ولا ينبغي توزيعها إذا وجد أي دليل على حدوث تسرب أو انحلال الدم أو وجد اشتباه في تلوث جرثومي مثل التعكر غير المعتاد أو تغير اللون.

يجب أن تتضمن السياسة أيضًا الحالات الخاصة مثل:

و. شروط إعادة صرف الدم: عند إعادة الدم و/ أو مكونات الدم إلى بنك الدم لإعادة استخدامها/ إعادة طلبها.

ز. الحاجة العاجلة للدم.
ح. الإجراءات التي يجب اتخاذها عند عدم توفر فصيلة الدم المطلوبة.

دليل عملية المراجعة:

قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع العاملين بخدمة نقل الدم والتمريض والخدمات المعاونة وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في صرف وحدة دم حتى يستعلم عن العملية وتنوعها وقد يلاحظ العملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. العاملون في بنك الدم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. تقارير المطابقة تتضمن بيانات المُتلقي والمتبرع.
٤. إكمال فحص التوافق القياسي على الفور.
٥. إذا لوحظ وجود تناقض في النتيجة، يتم إبلاغ متخصص الرعاية الصحية المعني على الفور بوقف نقل الدم.
٦. التعامل مع المواقف الخاصة بطريقة آمنة.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي.

DAS.33: نقل الدم و/ أو مكونات الدم بطريقة آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نقل الدم ومكونات الدم

الغرض:

تؤدي الأخطاء في نقل الدم و/ أو مكونات الدم إلى مخاطر كبيرة على المرضى.
إن حوادث الخطأ في نقل الدم ترجع في الأساس إلي خطأ بشري يؤدي إلى خطأ في تعريف المريض ويمكن أن يؤدي إلى تفاعلات نقل الدم الانحلالي التي تهدد الحياة وتسبب أمراض خطيرة أخرى.
تضع المستشفى سياسة وإجراءات بشان نقل الدم و/ أو مكونات الدم.
تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. فحص الكيس بصريا للتأكد من سلامته.
ب. نقل الدم في حالات الطوارئ
ج. الحالات التي يجب عندها التخلص من الكيس.
د. معدل السرعة لنقل الدم
ه. تسجيل نقل الدم.
و. متابعة أي مضاعفات والإبلاغ بها.
ز. الاعتبارات الخاصة لاستخدام مكونات الدم.
ح. التعامل مع مضاعفات نقل الدم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع العاملين بخدمة نقل الدم والتمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في نقل دم حتى يستعلم عن العملية تنوعها/إختلافاتها وقد يحدث ذلك في أي

مـكان مثـل أقسـام المرضـى الداخليـة وغرفـة الطـوارئ وأماكـن الإجـراءات.

- قد يلاحظ مُراجع الهيئة عملية نقل الدم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي للتحقق من تسجيل نقل الدم.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تصف جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. متخصصو الرعاية الصحية المشاركين في نقل الدم و/ أو مكونات الدم على دراية بسياسة المستشفى.
٣. فحص أكياس الدم أو مكونات الدم بصريًا قبل نقل الدم.
٤. تسجيل متابعة حالة المريض أثناء نقل الدم في سجل المريض الطبي.
٥. تنفيذ نظام لمنع والتعامل مع مضاعفات نقل الدم.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض.

الجراحة والتخدير والتهدئة
Surgery, Anesthesia, and Sedation

الغرض من الفصل:

تشير الجراحة والإجراءات التداخلية بوجه عام إلى التقنيات التي تمثل تدخل مادي علي الأنسجة البشرية. وهذا التعريف يشمل تلك الإجراءات التي تشخص و/ أو تعالج أمراض واضطرابات جسم الإنسان بهدف:

١. إدخال أو تركيب أو نقل أجزاء من الجسم الحي من خلال الزرع وإعادة التثبيت وإعادة الوضع والنقل.
٢. استخراج أو إزالة المواد الصلبة أو السوائل أو الغازات من أجزاء الجسم.
٣. تغيير مسار أو توسيع أو سد أو تحديد جزء من الاعضاء الأنبوبية لجسم الإنسان.
٤. إدخال أو استبدال أو إضافة أو إزالة أو تغيير أو تعديل جهاز موصول في/ بالجسم.
٥. قطع واستبدال وإخراج وتبديل واستحداث ودمج جزء من أجزاء الجسم.
٦. وقف أو محاولة وقف النزيف الذي قد يحدث بعد الإجراء.
٧. استعادة الوضع الطبيعي التشريحي والوظيفي لجزء من الجسم
٨. قطع أو إزالة أو تغيير أو إدخال المناظير التشخيصية/ العلاجية

يغطي نطاق هذا الفصل أي إجراء جراحي أو تداخلي يتم في أي من الخدمات/ الأماكن التالية:

١. غرف العمليات سواء كانت تستخدم للمرضى بالأقسام الداخلية بالمستشفى أو مرضى العيادات الخارجية أو مرضى الطوارئ
٢. وحدة المناظير
٣. معمل القسطرة
٤. غرف الطوارئ
٥. الأشعة التداخلية
٦. غرف العيادات الخارجية
٧. أي وحدة أخرى في المستشفى سواء باستخدام أو بدون استخدام تخدير أو تهدئة بما في ذلك التخدير الموضعي.

تشمل الإجراءات الجراحية والتداخلية جميع الإجراءات التي تتم علي الجسم البشري من خلال

١. الجلد أو الغشاء المخاطي سواء من خلال فتح شق أو عن طريق الجلد أو بالمنظار عبر الجلد.
٢. المنظار أو فتحة بمساعدة المنظار عبر الجلد.

تُعرف التهدئة المرتبطة بالإجراء بأنها تقنية إعطاء مهدئات أو dissociative agents مع أو بدون مسكنات والتي تعمل على تغيير حالة الوعي بما يسمح للمريض بتحمل الإجراءات المؤلمة أو غير المرغوبة مع الحفاظ على وظيفة الجهاز التنفسي والقلب.

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة جميع الأماكن التي تُجري فيها الجراحة أو إجراءات تداخلية أو تخدير أو تهدئة؛ لضمان سلامة المرضى وكفاءة العاملين والاستخدام الفعال لهذه الأماكن.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو ضمان أن المؤسسات تقدم/ وتوفر باستمرار خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية والتخدير والتهدئة بطريقة آمنة وتُقدم في الوقت المناسب ومتمركزة حول المريض وفعالة.

يشمل الجزء الأول المعايير المتعلقة بتنفيذ القوانين واللوائح، والحجز ورعاية المرضى، تليها العمليات المطلوبة قبل وأثناء وبعد الإجراء. ويشمل الجزء الثاني المعايير المتعلقة بالرعاية الخاصة بالتخدير المنصوص عليها في القوانين واللوائح،

والتـي تتنـاول إدارة وقيـادة خدمـة التخديـر ، تليهـا العمليـات المطلوبـة قبـل وأثنـاء وبعـد التخديـر. والجـزء الثالـث يشـمل المعاييـر المتعلقـة بالرعايـة الخاصـة بالتهدئـة، تتمثـل فـي الرعايـة قبـل وأثنـاء وبعـد التهدئـة.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية فيما يخص بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. الدستور المصري
٢. قانون ١٩٨١/٥١ بشأن مؤسسات الرعاية الصحية
٣. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢١٦ بشأن الإجراءات الجراحية/ إجراءات العمليات الجراحية
٤. قرار رئيس الوزراء ٢٠١٤/١٠٦٣ بشأن التعامل مع حالات الطوارئ
٥. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/٢٣٦ بشأن متطلبات خدمة التخدير
٦. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٥٣ بشأن الحد الأدنى لمتطلبات خدمات التخدير
٧. قرار وزير الصحة والسكان ٢٠٠١/٢٤٤ بشأن كفاءات الجراحين
٨. رقم قرار وزير الصحة والسكان ٢٠٠١/٣٤ بشأن خدمات الجراحة والتخدير
9. توصيات لجنة سلامة المرضى أثناء الإجراء الجراحي ٢٠٠٣
١٠. لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨ (مطبوعات نقابة الأطباء)
١١. القرار الوزاري رقم ١٩٨٥/٢٨٤ الصادر عن وزارة الصحة والسكان بشأن متطلبات غرفة العمليات
١٢. لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (مطبوعات نقابة التمريض)
١٣. بروتوكول قسم الطوارئ الموحد، وزارة الصحة والسكان المصرية، قطاع الطب العلاجي والرعاية الحرجة
١٤. متطلبات التفتيش بموجب قانون ولوائح وزارة الصحة والسكان
١٥. التصنيف الدولي للأمراض النسخة العاشرة – نظام تكويد الإجراءات
١٦. قائمة تدقيق السلامة الجراحية وفقا لمنظمة الصحة العالمية

الرعاية الآمنة والفعالة للإجراءات الجراحية والتداخلية

SAS.01: تقديم خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية وفقاً للقوانين واللوائح وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية المعمول بها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية

الغرض:

تحكم القوانين واللوائح وأدلة العمل تقديم خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية عن طريق تحديد المساحات المناسبة والبنية التحتية ومسار حركة المرضى ومسار حركة المواد النظيفة والنفايات والحد الأدنى المطلوب من المعدات والعاملين.

يتطلب من المستشفى توفير خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية في جميع أنحاء المستشفى بشكل آمن من خلال توفير الموارد المطلوبة وفقًا لما تقتضيه القوانين واللوائح الوطنية.

دليل عملية المراجعة:

قد يزور مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية غرف العمليات ووحدة المناظير ووحدة القسطرة القلبية وأي وحدة خاصة يتم فيها إجراء جراحة أو إجراءات تداخلية. وتشمل الزيارة ملاحظة المكان، و مستلزمات البنية التحتية، ، والأدوية، والمعدات المتاحة، وإجراء مقابلات مع العاملين عن مسار حركة المرضى، ومسار حركة المواد النظيفة والنفايات. ثم يطّلع المراجع على عينة من الجراحات والإجراءات التداخلية التي تم إجراؤها للتحقق من كفاءة العاملين في تنفيذ تلك الإجراءات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتوفر بالوحدات التي تقدم خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية مساحة ملائمة وتهوية وبنية تحتية تشمل أنظمة الإمداد بالغازات الطبية، كما أنه يتم صيانتها بشكل جيد.
٢. يوجد بالوحدات التي تقدم خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية المعدات والمستلزمات الطبية والأدوية المناسبة.
٣. جميع العاملين الذين يقومون بإجراء خدمات الجراحة والإجراءات التداخلية مؤهلون وأكفاء.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ WFM.14: تقييم أداء الطاقم الطبي.

SAS.02: الحجز لإجراء الجراحات والإجراءات التداخلية فعال وآمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الحجز لإجراء الجراحات والإجراءات التداخلية

الغرض:

تعد عملية الحجز للجراحات غير الطارئة خطوة هامة في تشغيل غرف العمليات وجميع الوحدات الأخرى التي تجري بها العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية، وإن الآلية الصحيحة للحجز مع الأخذ في الاعتبار الوقت الإختياري المُتاح ومستوى العاملين والامتيازات الإكلينيكية للأطباء تضمن الاستخدام الفعال للوحدة وسلامة المرضى.

ويعمل التطبيق لعملية الحجز بالمستشفي علي التقليل من وقت الانتظار للعمليات الجراحية والإجراءات التداخلية. كما يساعد علي التخطيط بكفاءة لخدمات الجراحة والاجراءات التداخلية في المستشفي.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات بشأن حجز الجراحة والإجراءات التداخلية والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. يتم حجز العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية وفقًا للامتيازات الإكلينيكية الممنوحة.
ب. تسجل المستشفى العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية سواء تم جدولتها أو تنفيذها أو إلغاؤها.
ج. آلية واضحة وآمنة لتعريف المرضى في السجلات.
د. آلية واضحة وآمنة لاستدعاء المرضى لإجراء العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية.

وإن تحليل العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية المؤجلة والملغاة يمد المستشفي ببيانات موثوقة لتحسين استخدام وإدارة الموارد المتاحة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ويلي ذلك إجراء مقابلات مع العاملين بشأن عملية الحجز، ومراجعة الأدلة علي إجراء عملية الحجز بدقة واتساق واستمرارية، و علي إجراء تحليل أسباب تأجيل أو إلغاء العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية. ويتأكد مُراجع الهيئة أيضًا من أن الأطباء الذين يطلبون الحجز أو يقومون بإجراء العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية يتمتعون بامتيازات في المستشفى لإجراء تلك الأنواع من العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية. وقد يقوم مُراجع الهيئة في النهاية بمراجعة التوقيت المسجل لجميع خطوات مسار المريض داخل الوحدة وتحليل الالتزام بالمواعيد.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية الحجز والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع الأطباء الذين يقومون بالحجز أو يجرون جراحات وإجراءات تدخلية مسوح لهم بذلك وفقا لما هو منصوص عليه في الامتيازات الإكلينيكية.
٣. توجد عملية مستمرة لحجز جميع الإجراءات غير الطارئة مع تحديد الوقت اللازم لكل إجراء.
٤. توجد عملية مستمرة لتحليل الإجراءات المؤجلة أو الملغاة.
٥. يتم الحفاظ على دقة المواعيد في وحدات الإجراءات وتسجيلها بدءًا من استدعاء المريض حتى تنظيف الغرفة بعد الإجراء.

المعايير ذات الصلة:

WFM.13: الإمتيازات الإكلينيكية.

SAS.03: يُجرى (عضو) أعضاء الطاقم الطبي و(عضو) أعضاء طاقم التمريض تقييم للمريض قبل الجراحة والإجراء التداخلي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم قبل الجراحة والإجراءات التداخلية

الغرض:

يتم إجراء تقييم كامل للمريض قبل الجراحة مع طلب الفحوصات اللازمة للتأكد من التشخيص، والكشف عن عوامل الخطورة، وتقييم حالة المريض الطبية أو تحديد حالة المريض الأساسية، ويلي ذلك التعامل الملائم مع جميع التشخيصات وعوامل الخطورة التي تم تحديدها.

وبناء على ذلك، يجب إجراء تقييم مخاطر لحالة المريض في جميع الإجراءات الجراحية من أجل تحديد الاحتياطات اللازمة وإبلاغ المريض والأسرة عن النتائج المتوقعة للجراحة.

يجب مراجعة وإعادة تقييم المريض إذا تم تأجيل أو إلغاء الجراحة/ الإجراء التداخلي للحفاظ على صلاحية تقييم المريض.

ويتطلب من المستشفى إجراء تقييم كامل للمريض قبل أي إجراء جراحي غير طارئ علي أن يكون مدعوماً بنتائج

الفحوصـــات المطلوبـــة ومتبوعـــاً بتقييـــم مخاطـــر الجراحـــة.

دليل عملية المراجعة:

قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريض خضع لجراحة أو إجراء تداخلي من خلال مقابلة العاملين ومراجعة الوثائق لضمان الإلتزام بإجراء تقييم كامل للمريض، وتوافر نتائج الفحوصات أو التي طُلبت، وتصنيف المخاطر قبل الجراحة أو الإجراء التداخلي، والتعامل المناسب مع عوامل الخطورة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. إجراء تقييم طبي كامل لجميع المرضى الذين يخضعون لجراحة أو إجراء تدخلي.
٢. إجراء تقييم تمريضي كامل لجميع المرضى الذين يخضعون لجراحة أو إجراء تدخلي.
٣. تتوفر نتائج الفحوصات لمتخصصي الرعاية الصحية قبل الجراحة أو الإجراء التداخلي.
٤. توثيق عوامل الخطورة المحددة لحالات المريض في سجل المريض الطبي قبل الجراحة أو الإجراء.
٥. اتخاذ الإجراءات اللازمة للتعامل مع عوامل الخطورة قبل الجراحة أو الإجراءات التداخلية.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ SAS.04: تقييمات موجزة؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي.

SAS.04: يتم اجراء عمليات التقييم والتخطيط بصورة موجزة في حالات الطوارئ التي تهدد الحياة.

دقة التوقيت

الكلمات الرئيسية:

تقييمات موجزة

الغرض:

حالات الطوارئ التي تهدد الحياة تتطلب التدخل الفوري لإنقاذ حياة المريض.

في مثل هذه المواقف، قد يستغرق التقييم الكامل للمريض وقتًا طويلاً ، مما يؤدي إلى الإضرار بحالة المريض.

ولهذا يتطلب من المستشفى إجراء تقييم مركزFocused Assessment للمريض، والذي يجب توثيقه في سجل المريض الطبي لأسباب قانونية طبية و لتحقيق التواصل الجيد بين أعضاء الفريق، ويلي ذلك تحديد خطة رعاية المريض والتدخل الفوري الذي يتضمن على الأقل ما يلي:

أ. احتياجات المريض وحالته.
ب. التشخيص قبل الجراحة.
ج. خطة العملية الجراحية (والإجراء التداخلي).

دليل عملية المراجعة:

قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً خضع لجراحة طارئة من خلال إجراء مقابلة مع العاملين ومراجعة الوثائق لضمان أن التقييم المركز للمريض تم إجراؤه وفقا لحالة المريض الطبية و أنه تم إكمال التصنيف لعوامل الخطورة والتدخل في الوقت المناسب.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. إجراء تقييم طبي مركز Focused Assessment للمرضى الذين يخضعون لعملية جراحية بسبب حالة طارئة تهدد حياتهم.
٢. تحديد تصنيف عوامل خطورة حالة المريض قبل الجراحة.
٣. توثيق التقييم المركز في سجل المريض الطبي.
٤. تنفيذ خطة الرعاية في الوقت المناسب لهؤلاء المرضى.

المعايير ذات الصلة:

SAS.03: التقييم قبل الجراحة والإجراءات التداخلية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.03: الرعاية قبل دخول المستشفى، ورعاية الإسعاف، والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث.

SAS.05: (NSR.17) قيام الطبيب بوضع علامة واضحة على الموضع المحدد لإجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي و ذلك بمشاركة المريض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

وضع علامة على موضع الجراحة

الغرض:

إن الهدف الأساسي للسلامة الجراحية هو إجراء الجراحة الصحيحة للمريض الصحيح وعلى الجزء من الجسم الصحيح بدون ترك أي أداة داخل الجسم.

إن وضع السياسات والإجراءات ذات الصلة، والمعروفة باسم البروتوكول العالمي، يعد الخطوة الأولى لإجراء جراحة آمنة.

إن وضع علامة مرئية وواضحة على موضع إجراء الجراحة هو أحد استراتيجيات تقليل الأخطاء التي يجب أن يقوم بها الطبيب الذي سيجري الجراحة أو الإجراء التداخلي بمشاركة المريض إذا كان المريض بالغًا وواعياً تمامًا أو مشاركة أسرة المريض في الحالات الأخرى.

يجب أن تكون العلامة علي الموضع الجراحي موحدة علي مستوي المستشفي ويمكن اكتشافها وتوضع في أقرب مكان إلى موضع الإجراء الجراحي.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لوضع علامة واضحة على موضع الإجراء الجراحي مع دواعي التطبيق و العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية المستثناه من وضع علامة على موضع الإجراء الجراحي، علي أن تطبق عملية وضع العلامة قبل استدعاء المريض للجراحة والإجراء التداخلي، ويراقب الالتزام بالعملية بشكل مستمر

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى لضمان وجود جميع المكونات المطلوبة في السياسة، ثم يلاحظ مريض يذهب لإجراء جراحة وإجراء تداخلي للوقوف على وجود علامة واضحة ومعتمدة وغير قابلة للغسل على موضع إجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي (عند امكانية تطبيق ذلك)، ويجري مقابلات مع العاملين حول المعرفة بالسياسة وتنفيذها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لوضع علامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي.
٢. العاملون مدربون على تطبيق عملية وضع علامة علي الموضع الجراحي
٣. العلامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي هي علامة موحدة في جميع أنحاء المستشفى ويقوم بها الطبيب المسئول عن الإجراء الجراحي أو التداخلي.
٤. تُوضع العلامة على موضع الإجراء الجراحي أو التداخلي قبل دخول المريض غرفة العمليات.
٥. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية وضع علامة على الموضع الجراحي وترفع تقرير بها.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين في عملية وضع علامة على الموضع الجراحي.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.09: التواصل عند التسليم والتسلم؛ SAS.06: قائمة تحقق ما قبل الجراحة.

SAS.06: (NSR.18) التحقـق مـن أن الوثائـق والمعـدات اللازمـة للإجـراءات والتخديـر أو التهدئـة فـي متنـاول اليـد وصحيحـة وتعمـل بشـكل سـليم قبـل اسـتدعاء المريـض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

قائمة تحقق ما قبل الجراحة

الغرض:

يجب التأكد من توفر جميع العناصر المطلوبة مثل حجز الدم blood booking ونتائج الفحوصات المطلوبة أو تركيبات جراحية خاصة كأحد عمليات التحقق التي تتم قبل الجراحة وذلك لضمان سلامة المريض وتقديم الرعاية المناسبة.

إن التأكد من أن المعدات اللازمة متوفرة وتعمل بشكل صحيح يقلل من خطر حدوث أخطاء عن طريق منع استخدام معدات معطله

أو إلغاء الجراحة أو الإجراء التداخلي بعد ذهاب المريض إلى غرفة العمليات أو وحدة الإجراءات التداخلية. كما يعتبر إجراء الفحص الدوري للمعدات أحد عمليات تحسين الجودة التي يجب أن يقوم بها عاملون مدربون باستخدام قوائم تحقق جيدة الإعداد.

يتطلب من المستشفى أن تتأكد من أن المعدات اللازمة للجراحة وللإجراء التداخلي متوفرة بالمستشفي وأنها تعمل بشكل جيد قبل استدعاء المريض. ويمكن أن تختلف المعدات والأدوات وفقًا لنوع الجراحة والإجراء التداخلي أو استخدام التخدير والتهدئة.

ويجب أيضا أن تضع المستشفى عملية للتحقق قبل الجراحة للتأكد من توافر جميع الوثائق والعناصر اللازمة وغيرها من البنود قبل خضوع المريض لجراحة أو لإجراء تداخلي.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ثم يتتبع مريض خضع أو تم استدعائة لإجراء جراحة او إجراء تداخلي للتأكد من أن عملية التحقق تجري بطريقة صحيحة من حيث الوثائق اللازمة وغيرها من الأوامر المطلوبة مثل حجز الدم أو الفحوصات. ويلاحظ مُراجع الهيئة تسليم المريض إلي غرفة العمليات أو وحدة الإجراءات التداخلية الأخرى ويراجع وثيقة التسليم

كما يقوم بمراجعة قائمة التحقق التي توضح أن المعدات المطلوبة متوفرة وتعمل جيداً.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتحقق قبل الجراحة من جميع الوثائق والمعدات اللازمة.
٢. توجد أدلة مسجلة على التحقق قبل الجراحة من جميع الوثائق والمعدات اللازمة قبل كل جراحة وإجراء تداخلي.
٣. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية التحقق قبل الجراحة ورفع تقرير بها.
٤. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية التحقق قبل الجراحة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة؛ SAS.05: وضع علامة على موضع الإجراء الجراحي؛ SAS.03: التقييم قبل الجراحة والإجراءات التداخلية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى.

SAS.07: (NSR.19) التأكد من المريض الصحيح والإجراء الصحيح والجزء الصحيح من الجسم قبل الجراحة ومباشرة قبل البدء في الإجراء الجراحي أو التداخلي (الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-Out).

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time -out

الغرض:

الوقت المستقطع للتحقق من المريض الصحيح، الجراحة / الإجراء التداخلي الصحيح، والمكان والجانب الصحيح من الجسم حيث سيتم إجراء الجراحة / الإجراء التدخلي هي عملية واحدة ثبت أنها تقلل من إجراء جراحة في المكان الخطأ ويجب أن يتحقق متخصصو الرعاية الصحية عند إجراء جراحة أو إجراء تدخلي من أنه هو المريض الصحيح، وأنها الجراحة الصحيحة، للموضع الصحيح، والجانب الصحيح من الجسم؛ وأنه تم إعطاء المريض مضاد حيوي وقائي عندما يكون ذلك قابلاً للتطبيق.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات للتأكد من أنه المريض الصحيح والجراحة أو الإجراء التداخلي الصحيح والمكان الصحيح والجزء الصحيح من الجسم حيث سيتم إجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي، وأنه يتم تطبيق عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-out مباشرة قبل بدء الجراحة أو الإجراء التداخلي (البدأ بالتخدير).

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وإجراء منع المريض الخطأ، والمكان/ جانب الجسم الخطأ، والجراحة/ الإجراء التداخلي الخطأ، ويتأكد من أنها تدعم التحقق من المريض والإجراء وجانب الجسم قبل بدء الإجراء، بغض النظر عما إذا كان المريض خضع للتخدير أو التهدئة أو كان واعيا (الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء). ثم يلاحظ حالة أثناء عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء ، ويراجع الوثيقة المستخدمه لتسجيل هذه العملية. كما يراجع وثائق السجل الطبي المفتوح والمغلق، بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع العاملين حول كيفية إجراء العملية وظروفها الخاصة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتأكد من المريض الصحيح والإجراء الصحيح والجزء الصحيح من الجسم.
٢. تنفيذ عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time out مباشرة قبل جميع الإجراءات الجراحية والإجراءات التداخلية وقبل بدء الجراحة أو الإجراء التداخلي.
٣. يشارك فريق الجراحة أو الإجراء التداخلي في عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time out، بما في ذلك الطبيب المنفذ والممرضة وطبيب التخدير عندما يكون ذلك ممكنا.
٤. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بالوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time-out ورفع تقرير بها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية الوقت المستقطع للتحقق من الإجراء Time Out

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ SAS.05: وضع علامة على موضع الإجراء الجراحي؛ ACT.03: التعريف الصحيح للمريض؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض.

SAS.08: تسجيل تفاصيل الإجراء بعد الإجراء مباشرةً.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقرير الجراحة

الغرض:

إن تقديم تقرير فوري عن الإجراء يلعب دورا مهما في استمرارية الرعاية.

يعتمد تخطيط الرعاية بعد الجراحة على النتائج والأحداث الخاصة التي حدثت أثناء الإجراء، حيث إن عدم تقديم تقرير عن هذه الأحداث يضر بشكل ملحوظ برعاية المريض.

يجب على المستشفى تقديم تقرير فوري عن تفاصيل الإجراء قبل مغادرة المريض الوحدة التي تم فيها الإجراء.

إن تسجيل جميع أسماء الفريق المشارك في الإجراء له بُعد طبي وقانوني وذو أهمية للتواصل، ويجب توثيق وتوضيح أي تشابه أو تباين في تشخيص المريض قبل وبعد الإجراء.

يجب تسجيل تفاصيل الإجراء بشكل واضح، ومنها مكان الجرح إن أمكن، خطوات إجراء الجراحة خطوة خطوة ، وأخيرا تسجيل كيفية غلق الجرح أو إنهاء الإجراء.

يجب أن يتضمن التقرير تسجيل أي تركيبات أو جهاز تم زراعته في جسم الإنسان، بما في ذلك ذكر أي احتياطات خاصة عند التعامل معها أو إزالتها.

يجب تسجيل أي مضاعفات حدثت أثناء الإجراء مع ذكر الإجراء المتخذ للتعامل مع هذه المضاعفات.

يجب أيضًا تسجيل بشكل واضح ما إذا تم أخذ أي عينة من الجسم. ويتناول التقرير على الأقل ما يلي:

أ. وقت بدء ووقت الانتهاء من الإجراء.
ب. اسم جميع العاملين المشاركين في الإجراء بما في ذلك التخدير.
ج. التشخيص قبل وبعد الإجراء.
د. الإجراء الذي تم بالتفصيل.
ه. التفاصيل المتعلقة باستخدام أي تركيبات أو الأجهزة القابلة للزرع في جسم الإنسان مع تسجيل رقم التشغيلة للجهاز Batch Number.
و. ما إذا حدثت مضاعفات أم لا.
ز. ما إذا تم أخذ عينة أم لا.
ح. توقيع الطبيب الذي قام بالإجراء.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي المفتوح والمغلق للتحقق من اكتمال جميع العناصر المطلوبة في تقرير الإجراء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تقرير الإجراء لجميع المرضى الذين خضعوا لإجراء متاح بسهولة قبل مغادرة المريض الوحدة التي تم فيها الإجراء.
٢. يتضمن التقرير على الأقل العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٣. يُحفظ التقرير في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.09: التواصل عند التسليم والتسلم.

SAS.09: (NSR.20) التحقق من الإحصاء الدقيق لأعداد الإسفنج / قطع الشاش والإبر والأدوات قبل وبعد الإجراء.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من ترك الأدوات داخل جسم المريض

الغرض:

إن الإسفنج / قطع الشاش أو الإبر أو المناشف أو الأدوات المتروكة داخل جسم المريض تعد جسم غريب ويتسبب في أعراض اعتلال خطيرة مثل شعور بالألم وحدوث إصابة بعض الأعضاء وتعفن الدم، مما يستلزم إعادة فتح جسم المريض وقد يصل الأمر إلى حدوث وفاة.

يجب على المستشفى العمل على أن يبذل فريق الجراحة قصارى جهده لمنع نسيان أي جسم غريب أثناء الجراحة/ الإجراء التداخلي وذلك عن طريق الإحصاء الدقيق لعدد أي عنصر مستخدم قبل وأثناء غلق كل تجويف بالجسم وبعد إغلاق الجرح.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة والإجراء لضمان أنها تتناول دور فريق التمريض والجراحين، والتحقق من إحصاء عدد الأدوات قبل وبعد العملية الجراحية بواسطة شخصين،

وكذلك الخطوات التي يجب اتخاذها في حالة وجود اختلاف في العدد قبل وبعد العملية الجراحية. قد يلاحظ مُراجع الهيئة حالة أثناء أو بعد الجراحة أو الإجراء التداخلي، أو قد يراجع نموذج إحصاء العدد في السجل الطبي المغلق أو المفتوح. كما يجري مقابلة مع فريق الجراحة أو الإجراء التداخلي.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. قيام اثنين من العاملين بإحصاء عدد الإسفنج أو الإبر أو المناشف أو الأدوات قبل وأثناء وبعد الجراحة أو الإجراء التداخلي حيث يكون الثاني شاهد على الأول.
٢. يوجد سجل بإحصاء عدد الإسفنج أو الإبر أو المناشف أو الأدوات قبل الجراحة وأثناءها وبعدها.
٣. يتأكد الطبيب الذي يجري الجراحة من نموذج إحصاء العدد ويوقع عليه.
٤. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية إحصاء العدد ورفع تقرير بها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في عملية إحصاء العدد.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض.

SAS.10: إرسال الأنسجة التي تم استئصالها جراحياً إلى المعمل بالمستشفى لإجراء الفحص الباثولوجي ما لم تكن موجودة في قائمة الأنسجة المستثناة من الفحص الباثولوجي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الفحص الباثولوجي

الغرض:

استمراراً لتقديم الرعاية للمريض، يجب إرسال الأنسجة التي تم استئصالها جراحيًا من جسم الإنسان لإجراء الفحص الباثولوجي أو فحص الأنسجة أو فحص الكيمياء النسيجية المناعية ((NIH حيث يعد ذلك ضروريا لتأكيد أو إثبات التشخيص.

قد تعتمد الرعاية الجراحية أيضًا على نتائج فحص المقطع التجميدي Frozen Section.

وهناك بعض الأنسجة التي يتم إزالتها جراحياً ولكن لا يوجد ما يستدعي تحليلها باثولوجياً

ويجب علي المستشفي تحديد هذه الانسجة بوضوح حتي يتم استثنائها من الإجراء الروتيني لفحص الأنسجة باثولوجياً إلا بناءً علي طلب من الطبيب.
يجب على المستشفى وضع مسار للأنسجة التي يتم استئصالها من جسم الإنسان وإرسالها إلى المعمل للحصول على عينة لإجراء الفحص، ثم إرسالها للتخلص منها بشكل مناسب حسب نوع الأنسجة.

دليل عملية المراجعة:

قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مسار جزء من الجسم تم استئصاله جراحيًا حتى التخلص منه. ويتضمن هذا التتبع عقد مقابلات مع العاملين ومراجعة الوثائق في غرفة العمليات والمعمل. كما يقوم بمراجعة السجلات الطبية المغلقة للتحقق من مدى توفر نتائج الفحص الباثولوجي والإطار الزمني للنتائج.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد مسار واضح لأي نسيج تم استئصاله جراحيًا.
٢. توجد قائمة بالأنسجة المستثناة من الفحص الباثولوجي.
٣. إرسال الأنسجة التي تم استئصالها جراحيًا إلى الفحص الباثولوجي، وتكون نتائج الفحص متاحة في سجل المريض الطبي في غضون الإطار الزمني المحدد.

المعايير ذات الصلة:

DAS.15: عملية ما قبل الفحص؛ ACT.09: التواصل عند التسليم والتسلم.

SAS.11: وضع وتنفيذ وتسجيل نظام لإستدعاء الأجهزة القابلة للزرع في الجسم.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأجهزة القابلة للزرع في الجسم

الغرض:

الجهاز القابل للزرع هو جهاز طبي يتم وضعه بشكل دائم في الجسم لمساعدة أو استعادة أو استبدال وظيفة أو بنية الجسم طوال العمر الإفتراضي للجهاز.
ومن أمثلة هذه الأجهزة التركيبات المستخدمة في جراحة العظام ، والدعامات ومزيل رجفان القلب وجهاز تنظيم ضربات القلب، وعدسات العين، وأجهزة داخل الرحم، وزراعات الأسنان، ومضخات الحقن.
وهناك الكثير من الاعتبارات عند استخدام الأجهزة القابلة للزرع، والتي تشمل التعليمات الخاصة بالاستخدام والتعقيم والاعتبارات الصناعية والأعطال.
يجب على المستشفى تتبع الجهاز القابل للزرع من مصدره الأساسي لاكتشاف أي منتج غير مستقر أو ملوث أو معيب أو مقلد.
يجب أن يسهل تعريف كل مريض خضع لزراعة جهاز ، كما يجب أن يسهل الوصول إليه في غضون إطار زمني ليكون مستعداً في حالة الحاجه إلي استدعاء أي جهاز.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى ثم يتتبع بأثر رجعي جهاز تم زرعه داخل الجسم. ويقوم مُراجع الهيئة بمراجعة حالة كاملة بدءا من المريض وصولا إلى المصدر الأساسي للجهاز.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد قائمة بالأجهزة القابلة للزرع المستخدمة في المستشفى.
٢. توجد عملية تتبع بأثر رجعي لأي جهاز قابل للزرع.

٣. يتضمن تقرير الإجراء تفاصيل أي جهاز قابل للزرع تم استخدامه ، ومنها رقم التشغيلة
٤. توجد عملية لاستدعاء مريض خضع لاجراء زرع جهاز.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ PCC.09: مواد التثقيف الصحي للمريض والأسرة.

SAS.12: تحديد خطة رعاية ما بعد الجراحة وتسجيلها قبل نقل المريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

رعاية ما بعد الجراحة

الغرض:

إن رعاية ما بعد الجراحة هي عامل رئيسي في تحديد نتيجة الإجراء الجراحي.
يجب وضع خطة رعاية ما بعد الجراحة مباشرة بعد الإجراء الجراحي وقبل مغادرة المريض لغرفة الإجراء الجراحي وذلك لمنع أي تأخير أو خطأ في الرعاية أو تقديم رعاية غير ضرورية أو ناقصة.
يضع الطبيب الذي أجرى الجراحة وطبيب التخدير (كلما كان ذلك ممكنا) خطة رعاية ما بعد الجراحة، وتشمل مستوى الرعاية، ووضعية المريض، ونشاط المريض، والملاحظة المطلوبة، والنظام الغذائي، والأدوية، والحقن الوريدية، والفحوصات المطلوبة، والمتابعة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية المفتوحة أو المغلقة لمراجعة خطة رعاية ما بعد الجراحة ، ويلي ذلك تنفيذ أوامر الطبيب المتعلقة بخطة رعاية ما بعد الجراحة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد خطة رعاية ما بعد الجراحة لجميع المرضى الذين أجروا إجراء جراحي.
٢. توثيق خطة رعاية ما بعد الجراحة في سجل المريض الطبي قبل مغادرة غرفة الإجراء الجراحي.
٣. تنفيذ خطة رعاية ما بعد الجراحة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.09: التواصل عند تسليم وتسلم الرعاية.

SAS.13: تقديم خدمات التخدير والتهدئة وفقا للقوانين واللوائح المعمول بها وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات التخدير

الغرض:

إن تقديم خدمة التخدير والتهدئة هو تقديم خدمة عالية الخطورة وعرضه لحدوث مشكلات ؛
القوانين واللوائح وأدلة العمل تضع أطر حاكمة لهذه هذه الخدمات وتعمل علي ضبطها.
يقدم خدمة التخدير طبيب تخدير مؤهل مع مراعاة توفير الخدمة بشكل موحد في جميع أنحاء المستشفى.
ويمكن أن يقدم خدمة التهدئة طبيباً تلقى تدريباً على تقديم خدمة التهدئة وحاصلا على شهادة سارية في إنعاش القلب المتقدم لدعم الحياة (ALS) تحت المسئولية الكاملة لطبيب التخدير.

ومـن أجـل تقديـم خدمـة التخديـر والتهدئـة بشـكل آمـن، يجـب أن يتوفـر الحـد الأدنـى مـن التجهيـزات والتـي تشـمل المعـدات والأدويـة والمسـتلزمات الطبيـة والغـازات الطبيـة.
يتـم تقديـم خدمـات التخديـر والتهدئـة بمـا يتوافـق مـع معاييـر الممارسـة المهنيـة لتقديـم رعايـة التخديـر والتهدئـة المعمـول بهـا وبمـا يسـتوفي جميـع القوانيـن واللوائـح الوطنيـة المعمـول بهـا.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة تقديـم خدمـات التخديـر والتهدئـة عـن طريـق زيـارة وحـدات المستشـفى حيـث يتـم إجـراء التخديـر والتهدئـة مـن أجـل مراقبـة بنيـة المـكان والمعـدات والأدويـة والمسـتلزمات الطبيـة المتوافـرة، ويلـي ذلـك مراقبـة تقديـم الخدمـات ومراجعـة مؤهـلات العامليـن المشـاركين فـي هـذه الخدمـات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تقديم خدمة التخدير يتوافق مع أدلة عمل الممارسة المهنية والقوانين واللوائح الوطنية المعمول بها.
٢. تقديم خدمة التهدئة يتوافق مع أدلة عمل الممارسة المهنية والقوانين واللوائح الوطنية المعمول بها.
٣. يجب أن يتوفر الحد الأدنى من التجهيزات والتي تشمل المعدات والأدوية والمستلزمات الطبية والغازات الطبية.
٤. عدد فريق عمل خدمة التخدير مناسب.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ WFM.02: خطة التوظيف.

SAS.14: تتم خدمات التخدير والتهدئة تحت إشراف طبيب تخدير مؤهل.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

طبيب تخدير مؤهل

الغرض:

إن تقديم خدمات التخدير والتهدئة بشكل آمن يتطلب تعيين قيادة مؤهلة وتتسم بالكفاءة
يحـدد قائـد فريـق التخديـر الحـد الأدنـى مـن متطلبـات تقديـم الخدمـة والتـي تتضمـن: العامليـن والمعـدات والأدويـة والمسـتلزمات الطبيـة.
يضع قائد فريق التخدير جميع السياسات والإجراءات المطلوبة وأدلة العمل والبروتوكولات المعمول بها بشأن هذه الخدمة.
يقـوم قائـد فريـق التخديـر بالإشـراف المهنـي والإداري علـى جميـع الأنشـطة المتعلقـة بخدمـات التخديـر والتهدئـة، كمـا يُقيـم نتائـج خدمـات التخديـر والتهدئـة ويتضمـن ذلـك التقييـم المهنـي المسـتمر للعامليـن.
يجـب علـى المستشـفى تعييـن طبيـب تخديـر كـفء ومؤهـل لقيـادة خدمـات التخديـر والتهدئـة مـع وجـود توصيـف وظيفـي محـدد ومفصـل ومفعـل.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة الهيـكل التنظيمـي للمؤسسـة وقسـم التخديـر والتوصيـف الوظيفـي لقائـد فريـق التخديـر، ويلـي ذلـك عقـد مقابلـة تفاعليـة مـع قائـد فريـق التخديـر حـول خدمـة التخديـر والتهدئـة مـن حيـث المعطيـات والعمليـات والنتائـج.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد قائد كفء ومؤهل لخدمات التخدير والتهدئة.
٢. يوجد توصيف وظيفي واضح ومحدد لقائد فريق التخدير والتهدئة.
٣. يحدد قائد فريق التخدير والتهدئة الأسس (المعطيات) المطلوبة لتقديم هذه الخدمات.

٤. يتابع قائد فريق التخدير والتهدئة عمليات تقديم هذه الخدمات.
٥. يُقيم قائد فريق التخدير والتهدئة نتيجة تقديم هذه الخدمات.
٦. يُقيم قائد فريق التخدير والتهدئة أطباء التخدير والأطباء الآخرين الذين يقدمون هذه الخدمات.

المعايير ذات الصلة:

WFM.02: خطـة التوظيـف؛ WFM.04: التوصيـف الوظيفـي؛ WFM.03: التوظيـف؛ WFM.05: التحقـق مـن الشـهادات والمؤهـلات؛ WFM.09: تقييـم أداء العامليـن.

رعاية التخدير الآمنة والفعالة

SAS.15: خدمـات التخديـر والتهدئـة موحـدة فـي جميـع أنحـاء المستشـفى ومتاحـة علـى مـدار 24 سـاعة فـي اليـوم و7 أيـام فـي الأسـبوع.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

رعاية التخدير الموحدة

الغرض:

قـد يـؤدي نقـص العامليـن المؤهليـن أو المعـدات المناسـبة إلـى عـدم القـدرة علـي تقديـم خدمـات تخديـر بطريقـة موحـدة ممـا قـد ينعكـس علـى سـلامة المرضـى.

ويجـب تقديـم خدمـات التخديـر والتهدئـة الآمنـة بشـكل موحـد فـي جميـع أنحـاء المستشـفى علـى مـدار ٢٤ سـاعة دون أي تغييـرات فـي الأسـس (المعطيـات) أو العمليـة المسـتخدمة.

يتواجـد طبيـب (أطبـاء) تخديـر فـي المستشـفى علـى مـدار ٢٤ سـاعة و٧ أيـام فـي الأسـبوع لدعـم خدمـات التخديـر الطارئـة و الغيـر طارئـة و ذلـك وفقًـا لنطـاق خدمـات المستشـفى و نسـبة الإشـغال بهـا.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة جـدول أطبـاء التخديـر، ويلـي ذلـك عقـد مقابلـة مـع فريـق التخديـر حـول توزيـع الواجبـات والمهـام اليوميـة التـي يؤدونهـا. يلاحـظ مُراجـع الهيئـة بنيـة غـرف العمليـات والمناطـق الأخـرى التـي يتـم فيهـا تقديـم خدمـة التخديـر ويقـوم بإجـراء مقابلـة مـع العامليـن بشـأن سياسـة تقديـم هـذه الخدمـات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تقديم خدمات التخدير بشكل موحد في جميع أنحاء المستشفى.
٢. تقديم خدمات التهدئةبشكل موحد في جميع أنحاء المستشفى.
٣. تتوفـر خدمـات التخديـر والتهدئـة علـى مـدار ٢٤ سـاعة و٧ أيـام فـي الأسـبوع لتلبيـة احتياجـات المرضـى الطارئـة وغيـر الطارئـة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.01: رعاية موحدة.

SAS.16: البروتوكـولات الإكلينيكيـة توجـه تقنيـات التخديـر والتعامـل مـع حـالات طـوارئ التخديـر الخطيـرة أو مضاعفـات التخديـر.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بروتوكولات التخدير

الغرض:

تشمل حالات طوارئ التخدير أو مضاعفات التخدير، على سبيل المثال لا الحصر، القيء وتشنج الحنجرة وصعوبة التنفس وارتفاع الحرارة الخبيث.

إن التعامل مع حالات طوارئ التخدير أو مضاعفات التخدير يعد أهم جزء في تقديم رعاية التخدير.

و إن وجود بروتوكولات مكتوبة للتعامل مع المضاعفات تضمن التعامل المهني مع هذه الحالات في حالة حدوثها.

ويجب وضع بروتوكولات إكلينيكية لتقنيات التخدير المعتمدة بناءً على أدلة العمل المعتمدة من أجل توحيد تقديم خدمات التخدير.

ويتم وضع هذه البروتوكولات وفقًا لنطاق خدمات المستشفى ونوع العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية المقدمة بها.

و يتم تعريف جميع العاملين بقسم التخدير بهذه البروتوكولات الإكلينيكية كما يتم تطبيقها.

يكون طبيب التخدير مستعدا طوال الوقت للتعامل مع أي حالات طوارئ تخدير أو مضاعفات تخدير.

ويتم ذلك من خلال التقييم المناسب للمريض، والتأكد من توفر الأدوات المناسبة التي سيتم استخدامها في التعامل مع هذه الحالات.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة بروتوكولات التخدير، ويلي ذلك عقد مقابلة مع طبيب التخدير حول تطبيق هذه البروتوكولات، كما يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل طبي للوقوف على تسجيل تقنية التخدير المستخدمة. كما يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة بروتوكولات التعامل مع حالات طوارئ التخدير ومضاعفات التخدير، ويراقب توافر جميع الأدوات اللازمة لتطبيق هذه البروتوكولات إذا لزم الأمر.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تطبيق البروتوكولات المعتمدة من المستشفى عن تقنيات التخدير المستخدمة في المستشفى.
٢. يتم تطبيق البروتوكولات المعتمدة من المستشفى في التعامل مع حالات طوارئ التخدير أو مضاعفات التخدير.
٣. تتوفر المعدات والأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة أثناء حالات طوارئ التخدير أو مضاعفات التخدير بسهولة في المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

SAS.17: وضع خطة تخدير المرضى بعد قيام طبيب تخدير مؤهل بإجراء تقييم ما قبل التخدير.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة التخدير

الغرض:

تبدأ خدمات التخدير عادة بتقييم ما قبل التخدير.

إن تقييم ما قبل التخدير يحدد حالة المريض، ودرجات مخاطر تلقي التخدير، والتدخلات/ الرعاية المطلوبة قبل وأثناء وبعد تلقي التخدير.

يجب على المستشفى إجراء تقييم ما قبل التخدير لجميع المرضى قبل النقل لإجراء العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية وذلك على يد طبيب تخدير مؤهل.

تتضمن نتائج التقييم: درجات مخاطر تلقي التخدير وخطة التخدير التي تشمل:

أ. الفحوصات الإضافية المطلوبة

ب. استشارة تخصصية أخرى مطلوبة
ج. العلاج التحضيري
د. نظام تغذية معين
ه. نوع التخدير وتقنيات التخدير
و. المتابعة المطلوبة قبل وأثناء وبعد التخدير، والتعامل مع السوائل ومنها الدم ومشتقاته
ز. وحدة رعاية ما بعد التخدير وعلاج الألم ما بعد التخدير.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى بشأن تقييم ما قبل التخدير، ويلي ذلك تتبع مريض تلقي التخدير من أجل تقييم عملية تقييم ما قبل التخدير، بما في ذلك صلاحيتها وعملية وضع خطة رعاية التخدير.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم إجراء تقييم ما قبل التخدير للمرضى.
٢. يوجد خطة تخدير مفصلة للمرضى بعد إجراء تقييم ما قبل التخدير.
٣. يقوم طبيب تخدير مؤهل بإجراء تقييم ما قبل التخدير ووضع خطة التخدير.
٤. يتم تسجيل تقييم ما قبل التخدير وخطة التخدير في سجل المريض الطبي.
٥. يقوم طبيب التخدير بإجراء التقييم الفوري ما قبل بداية التخدير

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي؛ WFM.03: التوظيف؛ WFM.05: التحقق من الشهادات والمؤهلات؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين.

SAS.18: يتابع طبيب تخدير كفء باستمرار حالة المريض الفسيولوجية قبل وأثناء التخدير.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم الحالة الفسيولوجية عند التخدير

الغرض:

يرتبط التخدير وإجراء العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية بحدوث تغيرات في حالة المريض الفسيولوجية والتي قد تكون سريعة جدًا. لذا يجب متابعة حالة المريض الفسيولوجية بشكل مستمر من قبل إعطاء التخدير وذلك لتحديد حالة المريض الأولية، والتي تُستخدم في تحديد معايير خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير.
يتم تحديد نوع المتابعة وفقًا لحالة المريض وعمره، ونوع التخدير، ونوع ومدة الجراحة، وذلك وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية.
فالمتابعة المستمرة تسمح لطبيب التخدير بالتدخل في الوقت المناسب عند حدوث أي تغيرات في حالة المريض.

دليل عملية المراجعة:

قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً أثناء تلقيه خدمة التخدير من أجل تقييم عملية متابعة المريض والعاملين المشاركين في هذه العملية، ويلي ذلك مراجعة السجلات الطبية المفتوحة والمغلقة للمرضى الذين تلقوا تخدير.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض قبل وأثناء التخدير وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية المعتمدة من المستشفى.
٢. يتم متابعة حالة المريض الفسيولوجية بواسطة طبيب تخدير مؤهل
٣. تسجيل نتائج متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض في سجل المريض الطبي بانتظام وفقًا لأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة من المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ SAS.16: بروتوكولات التخدير.

SAS.19: رعاية المريض أثناء التخدير آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

رعاية المريض أثناء التخدير

الغرض:

من أجل إجراء تخدير آمن، فإن عملية رعاية التخدير لا تقتصر على إعطاء أدوية التخدير، بل تشمل أعمالًا متعددة بداية من إعطاء التخدير (الإقلاع Take off) حتى عودة المريض بأمان إلى الحالة السابقة قبل التخدير (الهبوط Landing).

تتم متابعة حالة المريض الفسيولوجية بشكل مستمر قبل وأثناء إعطاء التخدير ويتم تسجيل ذلك.

يجب على طبيب التخدير أن يسجل خطة التخدير والتي تشمل:

i. نوع التخدير المستخدم، إما تخدير موضعي أو تخدير مِنطَقي أو تخدير عام.
ii. تقنية إعطاء التخدير، وتشمل الأدوية المستخدمة مع تحديد الجرعات وطريقة ووقت الإعطاء.
iii. التعامل مع مجرى الهواء وتنفس المريض.

إدارة السوئل والمحاليل متضمنة تعويض الفاقد، متطلبات الاستدامة مع التحديد النهائي لاتزان سوائل الجسم بما في ذلك أنواع المحاليل الوريدية المستخدمة، الدم ومشتقاته.

iv. أي أدوية أو سوائل وريدية(IV) يتم إعطائها أثناء التخدير والتي يجب أن يتم توثيق وقتها.
v. تسجيل أي حدث غير عادي يحدث أثناء التخدير مع تسجيل الإجراءات المتخذة للتعامل معه وذلك بهدف التواصل الفعال.

في النهاية، وبعد عودة المريض إلى حالة ما قبل التخدير، يتم تسجيل الحالة الفسيولوجية.

يطلب طبيب التخدير نقل المريض إما إلى وحدة رعاية ما بعد التخدير أو وحدة العناية المركزة (ICU)، ويتم تسجيل وقت النقل.

ويتضمن السجل على الأقل ما يلي:

أ. حالة المريض الفسيولوجية.
ب. وقت إعطاء /بداية التخدير.
ج. نوع التخدير المستخدم.
د. الأدوية التي تم تناولها مع ذكر الجرعة وطريقة ووقت التناول.
ه. التعامل مع السوائل بما في ذلك السوائل الداخلة والخارجة.
و. الدم أو منتجات الدم التي تم نقلها.
ز. وقوع أي حدث غير عادي.
ح. حالة المريض قبل مغادرة غرفة العمليات.
ط. وجهة المريض.

ي. وقت النقل.
ك. توقيع طبيب التخدير.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى بشأن رعاية التخدير، ويلي ذلك تتبع مريض تم تخديره من أجل تقييم عملية رعاية التخدير. ثم يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجلات المرضى الطبية المفتوحة والمغلقة للمرضي الذين تلقوا التخدير للتأكد من توثيق إجراءات رعاية التخدير.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم إجراء رعاية التخدير بأمان وفقاً لتقنيات التخدير المعتمدة.
٢. تسجيل رعاية التخدير المنفذة في سجل المريض الطبي، بما في ذلك جميع العناصر المذكورة في المعيار من النقطة (أ) إلى النقطة (ك).
٣. الاحتفاظ بنسخة من سجل التخدير في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.14: خطة الرعاية؛ SAS.16: بروتوكولات التخدير.

SAS.20: وحدة رعاية ما بعد التخدير مجهزة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

تجهيزات/ معدات وحدة رعاية ما بعد التخدير

الغرض:

قد تحدث مخاطر التخدير حتى في فترة ما بعد التخدير، لذا يجب متابعة المريض بانتظام.
يجب على المستشفى التأكد من توفر هذه التجهيزات أثناء تواجد المريض في الوحدة.
يجب أن توجد وحدة رعاية ما بعد التخدير (PACU) أو غرفة إفاقة وتحتوي على سرير واحد على الأقل وذلك لكل غرفة عمليات.
من الضروري أن تكون وحدة رعاية ما بعد التخدير مجهزة على الأقل بمعدات المتابعة وعربة الإنعاش القلبي Crash Cart مع جهاز وقف الرجفان defibrillator ومصدر إمداد أكسجين والأدوية الموصى بها والمستلزمات الطبية.

دليل عملية المراجعة:

قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الوحدات التي يتم فيها إجراء التخدير في المستشفى والمنطقة المستخدمة في رعاية ما بعد التخدير والمعدات والموارد الأخرى المتاحة في هذه المنطقة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد وحدة رعاية ما بعد التخدير في كل قسم يتم فيه إجراء جراحة أو إجراءات تداخلية.
٢. الرجوع إلى القوانين واللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية ومعايير الممارسة المهنية للتأكد من أن وحدات رعاية بعد التخدير مجهزة بشكل صحيح.
٣. تجهيز وحدة رعاية ما بعد التخدير بالمعدات المطلوبة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.15:ملائمة أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية.

SAS.21: تتم متابعة حالة المريض الفيسيولوجية في وحدة رعاية ما بعد التخدير بواسطة ممارس اكلينيكي كفء و يتم اتخاذ قرار الخروج/ النقل من وحدة رعاية ما بعد التخدير بواسطة أخصائي التخدير أو ممارس اكلينيكي آخر طبقاً لمواصفات محددة

السلامة

الكلمات الرئيسية:

متابعة رعاية ما بعد التخدير

الغرض:

تشمل رعاية ما بعد التخدير متابعة حالة المريض الفسيولوجية مما يسمح لأخصائي التخدير بالتدخل في الوقت المناسب عند حدوث أي تغييرات في حالة المريض وتحديد معايير خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير.

يتم تحديد نوع المتابعة وفقًا لحالة المريض وعمره والتخدير المستخدم ونوع ومدة الجراحة وفقًا لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية.

يجب أن يقوم ممارس إكلينيكي كفء بمتابعة المريض.

يجب تسجيل أي أدوية أو سوائل وريدية أو دم أو منتجات دم يتم طلبها وإعطاؤها في سجل المريض الطبي.

يجب على المستشفى ضمان التواصل الجيد بين العاملين بمختلف الوحدات من خلال التأكد من تسجيل الأحداث الخاصة أو غير العادية التي تقع داخل وحدة رعاية ما بعد التخدير مع الإجراءات المتخذه للتعامل معها، ووقت استقبال المريض، ووقت النقل من وحدة رعاية ما بعد التخدير. ويتضمن تسجيل الممارس الإكلينيكي الكفء على الأقل ما يلي:

أ. حالة المريض الفسيولوجية
ب. وقت استلام المريض
ج. نوع التخدير المستخدم
د. الأدوية التي تم تناولها مع ذكر الجرعة وطريقة ووقت التناول
ه. التعامل مع السوائل بما في ذلك السوائل الداخلة والخارجة
و. الدم أو منتجات الدم التي تم نقلها
ز. وقوع أي حدث غير عادي
ح. حالة المريض قبل المغادرة وفقا للمعايير المحددة
ط. وجهة المريض بعد الخروج من الوحدة
ي. وقت النقل من وحدة رعاية ما بعد التخدير
ك. توقيع الممارس الإكلينيكي

دليل عملية المراجعة:

قد يستمر مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في تتبع مريض تلقى تخديرًا حتى مرحلة ما بعد التخدير بعد مراجعة سياسة المستشفى بشأن رعاية ما بعد التخدير. ويلي ذلك مراجعة السجلات الطبية المغلقة والمفتوحة للمرضى الذين خضعوا للتخدير.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يقوم ممارس كفء برعاية ما بعد التخدير.
٢. متابعة حالة المريض الفسيولوجية أثناء رعاية ما بعد التخدير وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية.
٣. تسجيل حالة المريض الفسيولوجية في سجل المريض الطبي مرة واحدة على الأقل كل ١٥ دقيقة.
٤. تسجيل رعاية ما بعد التخدير المذكورة في المعيار من نقطة (أ) إلى نقطة (ك) في سجل المريض الطبي.

٥. يتخذ طبيب تخدير مؤهل قرار نقل/ خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير، أو يتخذ هذا القرار ممارس آخر وفقًا لمحددات/ ضوابط محددة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ SAS.16: بروتوكولات التخدير.

خدمات التهدئة آمنة ومتمركزة حول المريض

SAS.22: تقنيات التهدئة و التعامل مع المضاعفات يتم وفقاً لبروتوكولات إكلينيكية

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

بروتوكولات التهدئة

الغرض:

توضع بروتوكولات إكلينيكية خاصة بتقنيات التهدئة التي تم اعتمادها بالمستشفي وفقاً لأدلة العمل المعتمدة وذلك من أجل تقديم خدمات التهدئة بشكل موحد بالمستشفي.

وتوضع هذه البروتوكولات وفقًا لنطاق خدمات المستشفى ونوع العمليات الجراحية والإجراءات التداخلية بها.

يتم التعريف بهذه البروتوكولات الإكلينيكية لجميع أعضاء الفريق الطبي الحاصلين علي امتياز تقديم خدمات التهدئة و يتم تطبيقها بالمستشفي.

ويجب أن تتضمن هذه البروتوكولات أيضًا كيفية التعامل مع المضاعفات التي يمكن أن تنتج عن إجراء التهدئة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة بروتوكولات التهدئة، ويلي ذلك إجراء مقابلة مع أحد أعضاء الفريق الطبي حول تطبيق هذه البروتوكولات، كما يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل طبي للوقوف على تسجيل تقنية التهدئة المستخدمة. كما يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة بروتوكولات التعامل مع مضاعفات التهدئة، ويلاحظ توافر جميع الأدوات اللازمة لتطبيق هذه البروتوكولات إذا لزم الأمر.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بروتوكولات معتمدة من المستشفى بشأن تقنيات التهدئة المستخدمة في المستشفى.
٢. توجد بروتوكولات معتمدة من المستشفى بشأن التعامل مع مضاعفات التهدئة.
٣. المعدات والأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة أثناء التهدئة متوفرة بسهولة في المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ ICD.16: استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية؛ SAS.23: خطة التهدئة؛ ICD.14: خطة الرعاية.

SAS.23: خطة التهدئة للمريض يقررها طبيب كفء بعد إجراء تقييم ما قبل التهدئة

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

خطة التهدئة

الغرض:

تبدأ خدمات التهدئة عادة بإجراء تقييم ما قبل التهدئة.

يحدد تقييم ما قبل التهدئة حالة المريض ودرجة الخطورة المترتبة علي التهدئة كما تحدد نوع التدخل / العناية المطلوبة

قبل وأثناء وبعد التهدئة.
يقوم بإجراء خدمات التهدئة طبيب كفء ومُدرب وحاصل علي شهادة لإجراء خدمات التهدئة ويتمتع بكفاءة عالية في تقديم خدمات الإنعاش .
يتطلب من المستشفى إجراء تقييم ما قبل التهدئة لجميع المرضى قبل النقل لإجراء العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية وذلك على يد أحد أعضاء الفريق الطبي الأكفاء.
وتتضمن نتائج التقييم درجات مخاطر تلقي التهدئة وخطة التهدئة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى بشأن تقييم ما قبل التهدئة، ويلي ذلك تتبع مريضاً قد تلقي التهدئة من أجل تقييم عملية تقييم ما قبل التهدئة، بما في ذلك صحتها صلاحيتها وعملية وضع خطة رعاية التهدئة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم إجراء تقييم ما قبل التهدئة للمرضى قبل تلقي التهدئة.
٢. يتم وضع خطة تهدئة للمرضى بعد إجراء تقييم ما قبل التهدئة.
٣. يقوم طبيب كفء بإجراء تقييم ما قبل التهدئة ووضع خطة التهدئة.
٤. يتم تسجيل تقييم ما قبل التهدئة وخطة التهدئة في سجل المريض الطبي.
٥. يتم إجراء إعادة تقييم للمريض مباشرة قبل بدأ التهدئة على يد طبيب كفء أو ممارس إكلينيكي وفقا للمعايير المحددة.

المعايير ذات الصلة:

SAS.22: بروتوكولات التهدئة؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي؛ WFM.03: التوظيف؛ WFM.05: التحقق من الشهادات والمؤهلات؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين.

SAS.24: يقوم ممارس اكلينيكي كفء بالمتابعة المستمرة لحالة المريض الفسيولوجية قبل وأثناء التهدئة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

متابعة الحالة الفسيولوجية عند التهدئة

الغرض:

قد تكون التغيرات في الحالة الفسيولوجية للمريض الذي خضع للتهدئة سريعة جدًا.
ويجب متابعة حالة المريض الفسيولوجية باستمرار من قبل القيام بالتهدئة وذلك لتحديد حالة المريض الأولية.
ويساعد ذلك أيضاً في تحديد محددات / ضوابط خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التهدئة.
فالمتابعة المستمرة تجعل بإمكان الفريق الطبي التدخل في الوقت المناسب عند حدوث أي تغيرات في حالة المريض.
يتم تحديد نوع المتابعة وفقًا لحالة المريض وعمره، ونوع التهدئة، ونوع ومدة الجراحة/ الإجراء التداخلي، وذلك وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً أثناء تلقيه خدمة التهدئة من أجل تقييم عملية متابعة المريض والعاملين المشاركين في هذه العملية، ويلي ذلك مراجعة السجلات الطبية المفتوحة والمغلقة للمرضى الذين خضعوا للتهدئة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سياسة المستشفى الخاصة برعاية التهدئة، ويلي ذلك تتبع مريضًا تلقى التهدئة من

أجل تقييم عملية رعاية التهدئة. ثم يقوم بمراجعة السجلات الطبية المفتوحة والمغلقة للمرضى الذين خضعوا للتهدئة للتأكد من تسجيل رعاية التهدئة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض قبل وأثناء التهدئة بناءً على أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية المعتمدة من المستشفى.
٢. يتابع ممارس إكلينيكي كفء الحالة الفسيولوجية للمريض.
٣. يتم تسجيل نتائج متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض في سجل المريض الطبي وفقًا لأدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة من المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

SAS.23: خطة التهدئة؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى؛ SAS.26: خطة رعاية ما بعد التهدئة.

SAS.25: تسجيل رعاية المريض أثناء التهدئة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الرعاية أثناء التهدئة

الغرض:

تتضمن خدمة التهدئة الآمنة خطوات متعددة تبدأ من تقييم ما قبل التهدئة إلى إعطاء دواء التهدئة حتى عودة المريض بأمان إلى حالته الأولية.

يجب متابعة حالة المريض الفسيولوجية بشكل مستمر قبل وأثناء التهدئة ويتم تسجيل ذلك. ويجب على عضو الفريق الطبي تسجيل رعاية التهدئة التي تم تنفيذها المتبعة والتي تشمل الأدوية المستخدمة وطريقة ووقت الإعطاء

يجب تسجيل أي حدث غير عادي يحدث أثناء التهدئة مع تسجيل الإجراءات المتخذة للتعامل معه.

في النهاية، وبعد عودة المريض إلى حالة ما قبل التهدئة، يجب تسجيل الحالة الفسيولوجية.

ويقوم عضو الفريق الطبي بطلب نقل المريض إما إلى وحدة رعاية ما بعد التهدئة أو وحدة العناية المركزة، ويتم تسجيل وقت النقل.

يتضمن سجل التهدئة على الأقل ما يلي:

أ. حالة المريض الفسيولوجية.
ب. وقت بدء التهدئة.
ج. درجة التهدئة
د. الأدوية التي تم تناولها مع ذكر الجرعة وطريقة ووقت الإعطاء
ه. التعامل مع السوائل بما في ذلك السوائل الداخلة والخارجة.
و. وقوع أي حدث غير عادي
ز. حالة المريض قبل مغادرة غرفة العمليات.
ح. وجهة المريض
ط. وقت النقل.
ي. توقيع الطبيب.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سياسة المستشفى الخاصة برعاية التهدئة، ويلي ذلك تتبع مريضاً قد تلقى التهدئة من أجل تقييم عملية رعاية التهدئة. ثم يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجلات الطبية المفتوحة والمغلقة للمرضى الذين خضعوا للتهدئة للتأكد من تسجيل رعاية التهدئة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. إجراء رعاية التهدئة بأمان بناءً على تقنيات التهدئة المعتمدة.
٢. تسجيل رعاية التهدئة المنفذة في سجل المريض الطبي، بما في ذلك جميع العناصر المذكورة في المعيار من النقطة (أ) إلى النقطة (ي).
٣. الاحتفاظ بنسخة من سجل التهدئة في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى.

SAS.26: يقدم متخصص رعاية صحية مؤهل الرعاية ما بعد التهدئة في مكان مجهز تجهيزا ملائما.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

رعاية ما بعد التهدئة

الغرض:

قد تحدث مخاطر التهدئة حتى في فترة ما بعد التهدئة؛ لذا يجب متابعة المريض بانتظام.
يتطلب من المستشفى التأكد من توفر المعدات أثناء تواجد المريض.
يجب تعيين ممرض أو طبيب مدرب على رعاية ما بعد التهدئة بوحدة رعاية ما بعد التهدئة لأداء رعاية ما بعد التهدئة المطلوبة للمرضى.
وبناء على ذلك يجب تواجد وحدة رعاية ما بعد التهدئة على الأقل بمعدات المتابعة وعربة الإنعاش القلبي مع جهاز وقف الرجفان defibrillator ومصدر أكسجين والأدوية الموصى بها والمستلزمات الطبية.

دليل عملية المراجعة:

قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الوحدات التي يتم فيها إجراء التهدئة في المستشفى والمنطقة المستخدمة في رعاية ما بعد التهدئة والمعدات والموارد الأخرى المتاحة في هذه المنطقة. ثم تتم مراجعة مؤهلات العاملين المشاركين في رعاية ما بعد التهدئة.

أدلة التطابق مع المعيار:

توجد وحدة رعاية ما بعد التهدئة في كل قسم يتم فيه إجراء جراحة أو إجراءات تداخلية.
وحدة رعاية ما بعد التهدئة مجهزة بالمعدات المطلوبة.
يتم تقديم رعاية ما بعد التهدئة بواسطة متخصص رعاية صحية مؤهل

المعايير ذات الصلة:

SAS.25: الرعاية أثناء التهدئة؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى.

SAS.27: يقوم ممارس اكلينيكي كفء بالمتابعة المستمرة لحالة المريض الفسيولوجية أثناء رعاية ما بعد التهدئة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

متابعة رعاية ما بعد التهدئة

الغرض:

تشمل رعاية ما بعد التهدئة متابعة حالة المريض الفسيولوجية مما يسمح لعضو الفريق الطبي بالتدخل في الوقت المناسب عند حدوث أي تغييرات في حالة المريض وتحديد معايير خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التهدئة.

يتم تحديد نوع المتابعة وفقًا لحالة المريض وعمره والتهدئة المستخدمة ونوع ومدة الجراحة/ الإجراء التداخلي وفقًا لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية.

يجب أن يقوم طبيب أو ممرض كفء بمتابعة المريض.

يجب تسجيل أي أدوية أو سوائل وريدية يتم طلبها وإعطاؤها في سجل المريض الطبي.

يجب على المستشفى ضمان التواصل الجيد بين العاملين بمختلف الوحدات من خلال تسجيل الأحداث الخاصة أو غير العادية التي تقع داخل وحدة رعاية ما بعد التهدئة مع الإجراءات المتخذه للتعامل معها، ووقت استقبال المريض، ووقت النقل من وحدة رعاية ما بعد التهدئة.

يتضمن سجل رعاية ما بعد التهدئة ما يلي على الأقل:

أ. تسجيل حالة المريض الفسيولوجية
ب. وقت استلام المريض
ج. وقوع أي حدث غير عادي
د. حالة المريض قبل المغادرة وفقا للمعايير المحددة
ه. وجهة المريض
و. وقت النقل
ز. توقيع الطبيب

دليل عملية المراجعة:

قد يستمر مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في تتبع مريضاً تلقى التهدئة حتى مرحلة ما بعد التهدئة بعد مراجعة سياسة المستشفى بشأن رعاية ما بعد التهدئة. ويلي ذلك مراجعة السجلات الطبية المغلقة والمفتوحة للمرضى الذين خضعوا للتهدئة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. متابعة الحالة الفسيولوجية للمريض أثناء رعاية ما بعد التهدئة وفقاً لأدلة عمل الممارسة الإكلينيكية مرة واحدة على الأقل كل ١٥ دقيقة.
٢. يتم متابعة حالة المريض الفسيولوجية بواسطة أحد أعضاء الطاقم الطبي الأكفاء
٣. تسجيل رعاية ما بعد التهدئة المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز) في سجل المريض الطبي.
٤. يتخذ طبيب كفء قرار نقل/ خروج المريض من منطقة رعاية ما بعد التهدئة وفقًا لمعايير محددة.

المعايير ذات الصلة:

SAS.22: بروتوكولات التهدئة؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى.

إدارة وسلامة الدواء
Medication Management and Safety

الغرض من الفصل:

مع الطلب المتزايد من الناس علي الادوية ، ازدادت الحاجة إلي تحقيق الاستفادة القصوي منها لكلاً من المرضي والمجتمع. والأنظمة الصحية علي مستوي العالم تقدم خدمة الدواء ، فهو يعالج ويمنع ويتعامل مع العديد من الأمراض أو الحالات، وهو من أشهر التدخلات العلاجية في مجال الرعاية الصحية.

يُعرّف الدواء على أنه أي وصفة طبية ويشمل الأدوية المخدرة ، والعلاجات العشبية، والفيتامينات، والمستحضرات الغذائية، والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC)، واللقاحات، والمستحضرات الدوائية البيولوجية والتشخيصية، والصبغات التشخيصية التي تُستخدم من أجل تشخيص أو علاج أو منع مرض أو حالات غير طبيعية أخرى، والأدوية المشعة، والعلاج التنفسي، والتغذية الوريدية، ومنتجات الدم، والمنتجات التي تحتوي على الأدوية ، والمحاليل الوريدية المحتوية على الإلكتروليتات و/ أو الأدوية. ولا يشمل هذا التعريف محاليل التغذية المعوية (التي تعتبر منتجات غذائية) والأكسجين والغازات الطبية الأخرى ما لم يُذكر ذلك صراحةً.

إن إدارة الدواء من المسئوليات الرئيسية في أي مؤسسة رعاية صحية وخاصة في المستشفيات. وهي عملية معقدة تنطوي على مراحل مختلفة، منها تخطيط وشراء وتخزين ووصف ونسخ وطلب وصرف وإعطاء الأدوية، ومتابعة تأثيرها، وتقييم برنامج إدارة الدواء. وتشير الدلائل إلى أنه في كل مرحلة من مراحل هذه العملية، قد تحدث أخطاء عكسية تؤثر سلبًا على سلامة المرضى، والتي تعد أحد الأولويات الحالية في المجال الصحي. ومع تزايد واتساع استخدام الأدوية، تزداد مخاطر حدوث أذى. ومما يضاعف ذلك الخطر الحاجة إلى وصف أدوية لمجموعات خاصة من السكان مثل الأطفال والحوامل وكبار السن الذين لهم احتياجات طبية معقدة بشكل متزايد ويتطلبون إدخال العديد من الأدوية الجديدة. وهذه القضايا ذات أهمية خاصة في المستشفيات.

بالإضافة إلى ذلك، فإن أخطاء الدواء هي أحد أكثر الأخطاء شيوعًا في مؤسسات الرعاية الصحية، ويمكن أن تحدث في أي خطوة على طول مسار إدارة الدواء. وعلاوة على ذلك فإن الأمراض الناجمة عن أخطاء الدواء تؤدي إلى تكاليف مالية كبيرة تتكبدها مؤسسات الرعاية الصحية وتؤثر سلبًا على جودة حياة المريض. و يعد منع أخطاء الدواء أولوية رئيسية في النظام الصحي، وقد أطلقت العديد من المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية WHO سلامة الدواء كجزء من مبادراتها العالمية لسلامة المرضى.

الهدف من الفصل:

الهدف من هذا الفصل هو أن يكون دليلاً لإدارة واستخدام الدواء في المستشفيات التي تعزز الاستخدام الآمن والأمثل للأدوية وإدارة الدواء. و يتمثل الغرض منه في المساعدة على تقديم إطار عمل لبرنامج إدارة واستخدام الدواء بشكل فعال وآمن.

كما يهدف إلى تقييم استمرارية عمليات إدارة الدواء من التخطيط إلى المتابعة والتقييم مع التركيز بشكل خاص على تحديد نقاط الخطورة من أجل تحسين نتائج رعاية وسلامة المرضى.

ويدعو الفصل إلى التعاون والنظام لتحقيق الاستخدام الآمن والأمثل للأدوية وإدارة الأدوية بالمستشفيات.

ولا يقدم هذا الفصل أدلة عمل الممارسة الإكلينيكية لحالات أو إجراءات صحية معينة، ولكن الهدف منه أن يُستخدم كمعايير اعتماد ودليل شامل للسياسة والإجراءات الخاصة بالخدمات

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية من حيث بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. برنامج الاعتماد الكندي الدولي للمستشفيات (Qmentum)
٢. وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة- شبكة سلامة المرضى. كتاب سلامة المرضى الأول: أخطاء الدواء (http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=23).
٣. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٤٩٦ لسنة ٢٠١٢
٤. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢٠١٢/٣٦٨ بشأن إنشاء مراكز فرعية لليقظة الدوائية
٥. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٤٧٥ لسنة ٢٠١٩
٦. معهد الممارسات الدوائية الآمنة- أدوات وموارد سلامة الأدوية. أمكن الحصول عليها في ٦ ديسمبر ٢٠١٧ (https://www.ismp.org/tools/).
٧. معهد الممارسات الدوائية الآمنة- أدلة عمل التحضير الآمن للمستحضرات المعقمة المركبة، ٢٠١٣. تم تعديله في ٢٠١٦. أمكن الحصول عليها في ١١ نوفمبر ٢٠١٦ (http://www.ismp.org/Tools/guidelines/IVSummit/IVCGuide-lines.pdf).
٨. معايير اعتماد المستشفيات الصادرة عن اللجنة الدولية المشتركة(JCI) ومنها معايير مستشفيات المراكز الطبية الأكاديمية، الإصدار السادس، ٢٠١٧.
٩. اللجنة الدولية المشتركة (https://www.jointcommission.org/assets/1/6/New_Antimicrobial_Stewardship_Standard.pdf).
١٠. قانون ١٩٥٥/١٢٧ بشأن ممارسة مهنة الصيدلة.
١١. لوكادو، وجينيفر، وآخرون. النتائج السلبية المتعلقة بالأدوية بالمستشفيات وأقسام الطوارئ بالولايات المتحدة. الموجز الإحصائي رقم ١٠٩، أبريل ٢٠١١. مشروع تكلفة واستخدام الرعاية الصحية، وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة- روكفيل، ماريلاند.
١٢. منشور الرعاية الصيدلانية رقم (٢) لعام ٢٠١٧ بشأن التوصيف الوظيفي للصيدلي الإكلينيكي.
١٣. منشور تطوير الرعاية الصيدلانية رقم (٣) لعام ٢٠١٧ بشأن توثيق تداخلات الصيدلة الإكلينيكية.
١٤. منشور الاستخدام الرشيد للدواء رقم (٢) لعام ٢٠١٧ بشأن لجنة الدواء والعلاج المحلية.
١٥. منشور الاستخدام الرشيد للدواء رقم (٣) لعام ٢٠١٧ بشأن وصفات الأدوية.
١٦. منشور الاستخدام الرشيد للدواء رقم (٤) لعام ٢٠١٧ الإشراف على استخدام مضادات الميكروبات.
١٧. منشور الاستخدام الرشيد للدواء رقم (١) لعام ٢٠١٩ بشأن عربة الطوارئ وقائمة أدوية الطوارئ المصرية.
١٨. الجمعية الأمريكية لصيادلة النظام الصحي- بيان عن لجنة الصيدلة والعلاج ونظام الوصفات- ٢٠٠٩؛ ٦٥: ٢٣٨٤-٦، (https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/statements/pharmacy-and-therapeutics-commit-tee-and-formulary-system.ashx?la=enandhash=ACA12AB7C42CAD55F8A26526F9D73C51BAFF2317)
١٩. الجمعية الأمريكية لصيادلة النظام الصحي- مبادئ نظام وصفات الأدوية السليم. أفضل ممارسات نظام الصيدلة الصحية بالمستشفيات، يونيو ٢٠٠٠.
٢٠. أدلة عمل معايير إدارة الدواء- الطبعة الأولى (٢٠١٨).
٢١. قرار وزير المالية رقم ١٩٩٨/٨٩ بشأن قانون المناقصات والمزايدات ولائحته التنفيذية.
٢٢. قرار وزير الصحة والسكان رقم ١٠٤ لسنة ٢٠٠٣ بشأن لائحة الأدوية منتهية الصلاحية.
٢٣. قرار وزير المالية رقم ٢٠١٨/١٨٢ بشأن قانون المناقصات والمزايدات ولائحته التنفيذية
٢٤. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢٠٠٩/٣٨٠ بشأن إعادة تنظيم المتطلبات الصحية للمؤسسات الصيدلانية.
٢٥. قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢٠١١/١٧٢ بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمنتجات الصيدلانية التي تؤثر على الحالة العقلية.

٢٦. منظمـة الصحـة العالميـة- لجنـة الـدواء والعـلاج- دليـل عملـي، ٢٠٠٥؛ ١٤ (٣): ٤٧٩٩-٨٠٤؛ (http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4882e/s4882e.pdf)

٢٧. منظمـة الصحـة العالميـة- المبـادئ التشـغيلية لشـراء الأدويـة الجيـدة. إدارة إمـدادات الأدويـة؛ ١٩٩٩؛ ٣٢، (http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip49e/whozip49e.pdf).

تخطيط وإدارة الدواءبشكل فعال

MMS.01: تنظيم وإدارة واستخدام الدواء بما يتوافق مع نطاق خدمات المستشفى لتلبية احتياجات المريض وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج إدارة الدواء

الغرض:

تظل إدارة الأدوية أحد الاهتمامات الرئيسية في المستشفيات وهي عنصر هام في تسكين وعلاج الأعراض وشفاء العديد من الأمراض. ولا تعد مشكلة الاستخدام غير الآمن للأدوية مشكلة السلامة الوحيدة في نظام الرعاية الصحية، ولكنها بالتأكيد أحد أهم المشكلات. كما يعد وضع برنامج الإدارة الآمنة للأدوية أحد التحديات الكبري بالمستشفي.

يجب تنفيذ عمليات إدارة الدواء وفقًا للقوانين واللوائح المصرية المعمول بها من هيئة الدواء المصرية، وهيئة الشراء الطبي الموحد، ووزارة الصحة والسكان المصرية.

تضع وتنفذ المستشفى برنامج الإدارة الآمنة للدواء والذي يتناول على الأقل ما يلي:

أ. التخطيط
ب. الاختيار والشراء
ج. التخزين
د. طلب وصف الدواء
ه. التحضير والصرف
و. الإعطاء
ز. المتابعة
ح. التقييم

يقوم متخصص رعاية صحية مؤهل ومدرب ومرخص بالإشراف المباشر على برنامج إدارة الدواء والذي يتطلب جهدًا متعدد التخصصات يقوم به جميع متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في عملية إدارة الدواء. وعادة ما تقوم لجنة الدواء والعلاج (DTC) متعددة التخصصات (المعروفة أيضًا باسم لجنة الصيدلة والعلاجPTC).بتنظيم وتحديث نظام إدارة الدواء

إن وجود لجنة الأدوية والعلاج بشروط مرجعية واضحة يعد أمرا ضروريا في إدارة استخدام الدواء. وتشارك لجنة الأدوية والعلاج في وضع وتقييم برنامج إدارة الدواء. بالإضافة إلى ذلك، يجب مراجعة النظام مرة سنويًا على الأقل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في عمليات إدارة الدواء أثناء جلسة مراجعة إدارة الدواء وقد يستفسر عن جميع خطوات عملية إدارة الدواء.
- قد يلاحظ المُراجع كيفية تنفيذ عمليات إدارة الدواء وقد يراجع سجلات المرضى الطبية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تضع المستشفى برنامج إدارة وسلامة الدواء وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها. ويتناول البرنامج جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. يوجد بالمستشفى هيكل واضح لخدمات الصيدلة، ويشرف صيدلي مرخص وكفء على جميع الأنشطة الصيدلانية/ أنشطة الصيدلية.
٣. يوجد بالمستشفى لجنة الدواء والعلاج ذات شروط مرجعية واضحة. وتشارك اللجنة في وضع برنامج إدارة وسلامة

الـدواء وتقـوم بالتقييـم المسـتمر لـه.

٤. تتوفر مصادر معلومات محدثة وملائمة متعلقة بالدواء إما إلكترونياً أو ورقياً للمشاركين في إدارة الدواء.
٥. تحدد المستشفي وتراقب عملية مؤشرات إدارة وسلامة الدواء ونتائجها.
٦. توجد مراجعة سنوية مسجلة لبرنامج إدارة وسلامة الدواء، والتي تتناول العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح) حسب الاقتضاء.

المعايير ذات الصلة:

PCC.02: الخدمات ذات التخصصات المتعددة المتمركزة حول المريض.

MMS.02: وضع وتنفيذ برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات Antimicrobial Stewardship لتحسين عملية وصف واستخدام مضادات الميكروبات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات Antimicrobial Stewardship Program

الغرض:

إن وصف مضادات الميكروبات بشكل متكرر لأسباب غير مؤكدة ولمدد أطول من اللازم أدى إلى اكتساب مقاومة ضد مضادات الميكروبات مما قد يؤثر تأثيرًا سلبيًا على نتائج المرضى ويشكل تهديدًا كبيرًا لسلامة المرضى.

إن تنفيذ برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات Antimicrobial Stewardship Program يحد من ظهور وانتشار البكتيريا المقاومة، ويحقق نتائج أفضل للمرضى.

في أكتوبر ٢٠١٧ ، استجابة للمبادرات العالمية ، و تبنت هيئة الدواء المصرية التابعة لوزارة الصحة في مصر آنذاك الاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية وتنفيذ برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات. وفي عام ٢٠١٨، وافقت وزارة الصحة والسكان المصرية على خطة العمل الوطنية لمكافحة "مقاومة مضادات الميكروبات Antimicrobial Resistance". و مثلت أحد الركائز الأساسية بخطة العمل في تنفيذ البرنامج الوطني للإشراف على مضادات الميكروباتThe National Antimicrobial Stewardship Program.

وتعد برامج الإشراف على مضادات الميكروبات أحد الأولويات بالمستشفي مع التزام ودعم القيادات. ويتمثل دعم القيادات في توفير الوثائق المحددة للمسئوليات، وتخصيص الموارد اللازمة، وخطط الوقاية من العدوى، وتحسين الأداء، والخطط الإستراتيجية، واستخدام سجلات المرضي في جمع البيانات اللازمة للإشراف على مضادات الميكروبات. كما أنه من المهم تكليف أحد متخصصي الرعاية الصحية بدور مدير البرنامج حتى يكون مسئولا عن نتائج البرنامج.

يقوم برنامج الإشراف الفعال على مضادات الميكروبات على الأقل بإجراء التدخل الذي يلبي الاحتياجات داخل المستشفى. ويساعد استخدام النهج التدريجي في التنفيذ على تعريف العاملين بالسياسات والإجراءات الجديدة. وقد تشتمل التدخلات علي وضع وتنفيذ أدلة العمل الإكلينيكية وفقاً للبيانات المحلية أو الوطنية أو الدولية (إدارة التهابات المسالك البولية وعدوى الجهاز التنفسي والاستخدام الوقائي للمضادات الحيوية في الجراحة). وقد تشمل التدخلات تقييد استخدام بعض العوامل المضادة للميكروبات على أساس مجال النشاط أو التكلفة أو الموافقة المسبقة أو تخفيف العلاج التجريبي بمضادات الميكروبات أو تغيير العلاج بمضادات للميكروبات بمجرد توفر نتائج المزرعة (إذا كان الأمر قابل للتطبيق)، كما يتمثل التدخل في وضع المعايير وأدلة العمل الإكلينيكية المتعلقة باستبدال الأدوية الوريدية بالأدوية الفموية، واكتشاف ومنع التفاعلات الدوائية المرتبطة بالمضادات الحيوية. ويجب أن يضع القرار المتخذ بالتدخل في الاعتبار العاملين وعدد المرضى فضلاً عن الثقافة الإكلينيكية والموارد المتاحة.

ومن المهم تتبع فاعلية البرنامج بهدف تقييم البرنامج والمتابعة والتحسين، ومن أمثلة التتبع استخدام قياسات مثل الاستخدام غير المناسب لمضادات الميكروبات أو الالتزام بسياسات وصف واستخدام المضادات الحيوية أو استهلاك وتكلفة مضادات

الميكروبـات (باسـتخدام جرعـات يوميـة محـددةDDD) أو نمـط المقاومـة.
ومـن الهـام توافـر تقاريـر الإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات للقيـادات ومتخصصيـن الرعايـة الصحيـة بانتظـام، والتـي تسـاعد علـي التذكيـر بأهميـة البرنـامج. ومـن الهـام أيضًـا تثقيـف متخصصـي الرعايـة الصحيـة والمرضـى وأسـرهم بالاسـتخدام الأمثـل لمضـادات الميكروبـات، ومقاومـة مضـادات الميكروبـات، وممارسـات برنـامج الإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات.

دليل عملية المراجعة:

أثنـاء تتبـع رحلـة المريـض وجلسـات مراجعـة إدارة الـدواء، قـد يتتبـع مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة وصـف العوامـل المضـادة للميكروبـات ويتابـع خطـوات العمليـة مـن اختيـار وطلـب وصـرف وتنـاول ومتابعـة مضـادات الميكروبـات. قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة باسـتغلال فـرص أخـري أثنـاء عمليـة المراجعـة لتقييـم فعاليـة البرنـامج وأدائـه.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يعد برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات من أولويات المستشفى مع التزام ودعم القيادات.
٢. يوجـد بالمستشـفى برنـامج متعـدد التخصصـات للإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات Antimicrobial Stewardship Program طبقـاً للعناصـر الأساسـية التـي يضعهـا مركـز الوقايـة مـن الأمـراض ومكافحتهـا (CDC)والقوانيـن واللوائـح وأدلـة العمـل.
٣. تقـوم المستشـفى بتثقيـف العامليـن والمرضـى وأسـرهم بشـأن ممارسـات الإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات والاسـتخدام المناسـب لمضـادات الميكروبـات.
٤. يتبع برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات البروتوكولات المعتمدة بالمستشفى المتعددة التخصصات.
٥. تقوم المستشفى بتتبع وجمع وتحليل البيانات المتعلقة ببرنامج الإشراف على مضادات الميكروبات ورفع تقرير بها.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين التي تم تحديدها في برنامج الإشراف على مضادات الميكروبات.

المعايير ذات الصلة:

ICP.20: الكائنـات المقاومـة للأدويـة المتعـددة؛ PCC.02: الخدمـات ذات التخصصـات المتعـددة المتمركـزة حـول المريـض؛ IPC.02: برنـامج مكافحـة ومنـع انتشـار العـدوى وتقييـم المخاطـر وأدلـة العمـل.

اختيار وشراء الدواء بكفاءة

MMS.03: تحديد الأدوية اللازمة بالمستشفي ووضع قوائم بها وشرائها وفقًا للمعايير المعتمدة.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

شراء الأدوية، قائمة الأدوية

الغرض:

إن تحديـد وشـراء الأدويـة عمليـة متعـددة التخصصـات، وهـي تتضمـن (إذا لـم تتـم مـن خـلال سـلطة أعلـى خـارج المستشـفى) جهـودًا لتحديـد كميـات الأدويـة المطلوبـة، واختيـار طـرق الشـراء المناسـبة، والتقييـم المسـبق للموردين والمنتجـات. كمـا تتضمـن أيضـاً إدارة المناقصـات، ووضـع شـروط التعاقـد، وضمـان جـودة الأدويـة، والحصـول علـى أفضـل الأسـعار، ويتـم تنفيـذ ذلـك بنـاءً علـى عمليـة واضحـة وفقًـا للقوانيـن واللوائـح المعمـول بهـا.
تضـع المستشـفى قائمـة (المعروفـة باسـم أو دليـل الأدويـة Formulary) بجميـع الأدويـة التـي توجـد بالمخـازن بالمستشـفي. ويتـم تحديـد دليـل الأدويـة بنـاءً علـى الأمـراض المنتشـرة، ودليـل الفاعليـة ، والسـلامة، ومقارنـة الفاعليـة مقابـل التكلفـة. قـد تحـدد القوانيـن واللوائـح الأدويـة المدرجـة فـي الدليـل. ويشـمل دليـل الأدويـة، علـى سـبيل المثـال لا الحصـر، مـا يلـي:

أ. أسماء الأدوية
ب. تركيزات الدواء(الأدوية)

ج. الشكل الصيدلى لجرعة الدواء
د. دواعي الاستخدام
ه. المخاطر/ الآثار الجانبية للأدوية
و. تكلفة الأدوية

يسترشد تحديث قائمة الأدوية بمعايير (على سبيل المثال: دواعي الاستخدام، والفعالية، والتفاعلات الدوائية، و الأضرار العكسية للأدوية Adverse Drug Events، و الأخطاء الجسيمة Sentinel Events؛ الأفراد والمجموعات التي تقدم لها الخدمة (على سبيل المثال: طب الأطفال، وطب الشيخوخة) بالإضافة إلى التكاليف). تضع المستشفى وتنفذ عملية لتقييم استخدام الأدوية بالمستشفى من أجل متابعة وتحديث قائمة الأدوية. (على سبيل المثال: التحليل الثلاثي للمخزون ABC Analysis، تحليل "فين"VEN- تحليل الحيوي/ الأساسي/ غير الأساسي). يعد تقييم الأدوية، بهدف إضافة/ حذف أدوية من دليل الأدوية، هو أحد المحددات الهامة لتحديث دليل الأدوية باستمرار.

دليل عملية المراجعة:

أثناء تتبع رحلة المريض وجلسة مراجعة إدارة الدواء، قد يتتبع مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وصف الدواء أو مجموعة من الأدوية، وقد يتابع خطوات العملية من اختيار الأدوية ووضع قائمة بها وشرائها ومتابعتها. وقد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع المشاركين في عملية اختيار الأدوية للتعرف على العملية ومتغيراتها مثل شراء دواء غير مدرج في دليل الأدوية، أو شراء دواء لفترة مؤقتة أو لمريض واحد.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى (ممثلة في لجنة الدواء والعلاج) عملية معتمدة من المستشفى لاختيار وشراء الأدوية بشكل مناسب ووفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها ورسالة المستشفى والخدمات المقدمة بها واحتياجات وسلامة المريض مما يضمن توافر إمدادات الأدوية دون انقطاع.
٢. يوجد بالمستشفى قائمة بالأدوية المعتمدة (يشار إليها غالبًا باسم دليل الأدوية)، والتي تتضمن على الأقل البنود المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (و).
٣. تتوفر نسخة مطبوعة و/ أو الكترونية من دليل الأدوية المعتمد ويكون متاح بسهولة لجميع المشاركين في إدارة الدواء.
٤. متابعة وحفظ وتحديث قائمة الأدوية (دليل الأدوية).
٥. يوجد بالمستشفى عملية تواصل مناسبة ومعتمدة بشأن نقص ونفاد الأدوية للقائمين علي وصف الأدوية وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01: برنامج إدارة الدواء.

التخزين الآمن للدواء

MMS.04: (NSR.14) تخزين الأدوية بشكل آمن في المخازن والصيدليات ومناطق رعاية المرضى وفقًا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تخزين ووضع ملصقات تعريفية labeling على الأدوية

الغرض:

عادة ما يتم تخزين الأدوية في المستشفى بالصيدليات أو مناطق التخزين أو مناطق رعاية المرضى. ويعتمد استقرار/ فعالية بعض الأدوية على تخزينها في الظروف الصحيحة من حيث الضوء والرطوبة ودرجة الحرارة.

فإن تخزين الأدوية بشكل ملائم يقلل من هدر الأدوية ، وصرفها والتعامل معها بشكل غير صحيح، كما يقلل من الحدث الناتج عن نسيان جرعة من الجرعات.
يصعب التعرف على الأدوية و المحاليل التي توضع في حاويات ليس عليها ملصقات تعريفية. كما أن تفريغ الأدوية والمحاليل من حاوياتها الأصلية ووضعها في حاويات ليس عليها ملصقات تعريفية قد أدى إلى أحداث مأساوية أحيانا. فتتجاهل هذه الممارسة غير الآمنة المبادئ الأساسية للإدارة الآمنة للأدوية، ومع ذلك فهي تتم بشكل روتيني في العديد من المستشفيات.
ويجب علي المستشفي أن توفر ظروف تخزين مناسبة (من حيث درجة الحرارة والضوء والرطوبة) في مناطق تخزين الأدوية وذلك للحفاظ علي استقرار الأدوية على مدار ٢٤ ساعة طوال أيام الأسبوع. تضع المستشفى قيودا على إمكانية الوصول إلى مناطق تخزين الأدوية بمستوى الأمان المطلوب لحمايتها من الضياع أو السرقة، بحسب أنواع الأدوية المخزنة.
كما تضمن المستشفى وضع ملصقات تعريفية على جميع الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل الأخرى كأحد الممارسات التي تهدف إلي الحد من المخاطر و الذي يتوافق مع الإدارة الآمنة للدواء. و تعالج هذه الممارسة أحد عوامل الخطر المعروفة في إدارة الأدوية.

دليل عملية المراجعة:

أثناء عملية المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين وتحضير الأدوية ومنها مناطق إجراء الجراحات والإجراءات التداخلية لتقييم ظروف التخزين ووضع الملصقات التعريفية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تخزين الأدوية بشكل آمن و مؤمَّن وفقًا لتوصيات المورد/ الشركة المصنعة وحفظها بطريقة نظيفة ومنظمة.
٢. تخزين الأدوية التى تؤثر على الحالة النفسية والأدوية الخاضعة للرقابة والمخدرات وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.
٣. تضع المستشفى عملية معتمدة لاستخدام وتخزين الأدوية متعددة الجرعات لضمان استقرارها وسلامتها.
٤. تضع المستشفى عملية واضحة للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي للتأكد من سلامة أي أدوية قد تتأثر بذلك قبل استخدامها.
٥. يتم فحص الأدوية بالمخازن والصيدليات ومناطق رعاية المرضى دورياً (كل شهر على الأقل) للتأكد من الامتثال إلى ظروف التخزين السليمة.
٦. وضع ملصقات تعريفية على جميع الأدوية وحاويات الأدوية والمحاليل والعناصر المستخدمة في تحضير الأدوية بشكل واضح (إن لم تكن ظاهرة على العبوات أو الصناديق الأصلية) على أن يحتوي الملصق التعريفي على الاسم، والقوة/ التركيز، وتاريخ انتهاء الصلاحية، ورقم التشغيلة، وأي تحذيرات معمول بها.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01: برنامج إدارة الدواء.

MMS.05: أدوية الطوارئ متوفرة ويسهل الوصول إليها ويتم تأمينها في جميع الأوقات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

أدوية الطوارئ

الغرض:

في حالات الطوارئ، يعد الوصول السريع إلى أدوية الطوارئ أمرًا بالغ الأهمية وقد ينقذ حياة المريض.

تضـع المستشـفى وتنفذ سياسـة وإجـراءات لضمـان توافـر أدويـة الطـوارئ بمناطـق رعايـة المرضـى والتـي تتنـاول علـى الأقـل مـا يلـي:

أ. يسـهل الوصـول إلـى أدويـة الطـوارئ ويتـم تخزينهـا بشـكل موحـد مـن أجـل تسـهيل الوصـول السـريع إلـى الـدواء الصحيـح لتلبيـة احتياجـات الطـوارئ. علـى سـبيل المثـال: فـي كل عربـة مـن عربـات أدويـة الطـوارئ بالمستشـفى، توضـع أدويـة الطـوارئ فـي نفـس الـدرج بنفـس الطريقـة فـي كل عربـة أدويـة.

ب. يمنع إساءة استخدام أدوية الطوارئ أو فقدها أو سرقتها لضمان توفرها عند الحاجة.

ج. استبدال أدوية الطوارئ في الوقت المناسب عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

دليل عملية المراجعة:

أثنـاء عمليـة المراجعـة، قـد يلاحـظ مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة مناطـق تخزيـن أدويـة الطـوارئ؛ وقـد يجـري المُراجـع مقابـلات مـع العامليـن المسـئولين عـن تخزيـن أدويـة الطـوارئ للاستفسـار عـن ظـروف التخزيـن وسـهولة الوصـول للأدويـة وتأمينهـا واسـتبدالها عنـد الحاجـة. وقـد يكـرر المُراجـع هـذا الإجـراء فـي وحـدات/ أقسـام متعـددة لتقييـم مـا إذا كان يتـم ذلـك بشـكل موحـد.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجـد بالمستشـفى سياسـة معتمـدة توجـه توفـر أدويـة الطـوارئ والتـي تتنـاول علـى الأقـل جميـع العناصـر المذكـورة فـي الغـرض مـن نقطـة (أ) إلـى نقطـة (ج).

٢. يتم تخزين أدوية الطوارئ بشكل موحد في جميع الأماكن.

٣. تتوفر أدوية الطوارئ بشكل مناسب ويسهل الوصول إليها في المناطق الإكلينيكية عند الحاجة.

٤. استبدال أدوية الطوارئ في إطار زمني محدد مسبقًا عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05: أدلة عمل رعاية الطوارئ؛ ICD.36: معدات ومستلزمات الطوارئ.

MMS.06: (NSR.15) تعريـف وتخزيـن وصـرف الأدويـة عاليـة الخطـورة و الإلكتروليتـات المركـزة بطريقـة تضمـن تقليـل المخاطـر إلـى أقـل درجـة ممكنـة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة

الغرض:

الأدويـة عاليـة الخطـورة هـي تلـك التـي تحمـل نسـبة عاليـة مـن الخطـورة والتـي قـد تتسـبب فـي ضـرراً بالغـاً إذا تـم إعطائهـا للمريـض بطريقـة خاطئـة. وعلـى الرغـم مـن أن الأخطـاء قـد تكـون أو لا تكـون شـائعة مـع هـذه الأدويـة، فمـن الواضـح أن عواقـب الخطـأ فـي اسـتخدام هـذه الأدويـة قـد يسـبب أضـراراً بالغـة للمرضـى. وتتضمـن أمثلـة الأدويـة عاليـة الخطـورة، علـى سـبيل المثـال لا الحصـر، مضـادات التجلـط، وخافضـات سـكر الـدم، والأدويـة ذات النطـاق العلاجـي الضيـق (فـرق قليـل بيـن الجرعـة السـامة والجرعـة الفعّالـة)، وأدويـة التخديـر، ومسـببات التقلـص العضلـي.

تشـمل الإلكتروليتـات المركـزة، علـى سـبيل المثـال لا الحصـر، كلوريـد البوتاسـيوم [تركيـز يسـاوي أو أكبـر مـن ٢ ملـي مكافـيء/ مليلتـر]، وفوسـفات البوتاسـيوم [تركيـز يسـاوي أو أكبـر مـن ٣ ميليمـول/ مليلتـر]، وكلوريـد الصوديـوم [تركيـز أكبـر مـن ٠,٩٪] ، وكبريتـات المغنيسـيوم [تركيـز يسـاوي أو أكثـر مـن ٥٠٪]. وهنـاك الكثيـر مـن التقاريـر عـن حـدوث وفيـات حدثـت عـن طريـق الخطـأ بسـبب إعطـاء الإلكتروليتـات المركـزة بطريقـة خاطئـة. ومـن أحـد الممارسـات لتقليـل خطـر المـوت أو الإصابـة الناتجـة عـن الالكترويتـات المركـزة ، هـو تجنـب تخزينهـا فـي مناطـق رعايـة المرضـي.

يجب أن تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لإدارة عملية الاستخدام الآمن للأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. قوائم الأدوية عالية الخطورة طبقاً للبيانات الخاصة بالمستشفى وبالمنظمات الوطنية والدولية المعترف بها (مثل معهد الممارسات الدوائية الآمنة ISMP ومنظمة الصحة العالمية).
ب. قائمة الإلكتروليتات المركزة ومخزونها.
ج. وجود استراتيجيات لمنع الاستخدام والاعطاء الخاطئ لهذه الأدوية.
د. يجب تخزين الإلكتروليتات المركزة بطريقة آمنة بما في ذلك الفصل ووضع الملصقات التعريفية عليها في المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق رعاية المرضى ويُقيم إجراءات ضمان التخزين الآمن للأدوية عالية الخطورة (مثل وضع ملصقات تعريفية عليها) و الإلكتروليتات المركزة ، أو (وضع ملصقات تعريفية مع كتابة تعليمات للتذكرة مثل: "يجب تخفيفه"، أو فصلها في مناطق مؤمنة).
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع طاقم التمريض في مختلف مناطق رعاية المرضى لتقييم الفهم للاستراتيجيات الوقائية الخاصة بإدارة هذه الأدوية، وقد يقوم بإجراء مقابلة مع أعضاء الفريق الطبي للاستفسار عن الضرورة الطبية القائمة على الأدلة والتي تسمح بتخزين الإلكتروليتات المركزة في هذه المناطق.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لدي المستشفى سياسة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. تقدم المستشفى تدريبًا أوليًا ومستمرًا إلى متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في إدارة واستخدام الأدوية عالية الخطورة أو الإلكتروليتات المركزة.
٣. توجد بالمستشفى قائمة (قوائم) بالأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة والتي يتم تحديثها بانتظام.
٤. تخزين الأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة بطريقة آمنة ووضع ملصقات تعريفية عليها في جميع أنحاء المستشفى.
٥. تنفذ المستشفى عملية لمنع الإعطاء الخطأ للأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة.
٦. تتتبع المستشفى وتجمع وتحلل بيانات إدارة الأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة وترفع تقارير بها. كما تعمل على فرص التحسين التي تم تحديدها.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ MMS.04: تخزين ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية.

MMS.07: (NSR.16) تمييز وتخزين الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق بطريقة تقلل من مخاطر حدوث أخطاء في صرف وإعطاء الأدوية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق

الغرض:

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق (LASA) هي تلك المتشابهة بصريًا في الشكل أو العبوة، وتلك التي تتشابه أسمائها في الكتابة و/أو النطق. قد يؤدي أي خلط بين هذه الأدوية إلى أخطاء دوائية ضارة.

يقدم معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP) قائمة متجددة بأسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق ليلقي الضوء على الأدوية التي قد تتطلب التعامل معها بإجراءات احترازية خاصة.

وتتمثل أحدى الاستراتيجيات التي يوصي بها معهد الممارسات الدوائية الآمنة للحد من الأخطاء الدوائية الناتجة عن الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق هي تعريف هذه الأدوية بكل من الاسم التجاري والاسم العلمي ، وشكل الجرعة، ودرجة التركيز، وتعليمات الاستعمال، ودواعي الاستعمال مما يساعد في التمييز بين أسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق. قد تختلف الأدوية المتشابهه في الشكل والنطق في دواعي الاستعمال، وربط الدواء بدواعي الاستعمال الخاصة به قد يساعد في التمييز بينه وبين دواء آخر مشابهه له في النطق. وتتمثل التوصيات الأخرى في ضمان سهولة قراءة الوصفات الطبية من خلال تحسين خط اليد والطباعة.

وقد تستخدم بعض المستشفيات فواصل مادية وتفرق بين هذه الأدوية في مناطق تخزين الأدوية من أجل تقليل المخاطر.

بالإضافة إلى ذلك، تستخدم بعض المستشفيات ملصقات تعريفية مصممة خصيصًا أو اتباع ممارسة Tall man lettering وهي ممارسة لكتابة جزء من اسم الدواء بالأحرف الكبيرة (على سبيل المثال DOPamine مقابل DoBUTamine) لإبراز وجه الاختلاف في اسم الدواء عن غيره المشابهه له.

تضع المستشفى استراتيجيات إدارة المخاطر من أجل تقليل الأحداث العرضية المرتبطة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق ومن أجل تعزيز سلامة المرضى.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان الاستخدام الآمن للأدوية المتشابهة في الشكل والنطق. وتتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. قائمة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق
ب. متطلبات تخزين هذه الأدوية
ج. متطلبات وضع الملصقات التعريفية
د. متطلبات صرف هذه الأدوية

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى وأحدث قائمة للأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، ثم يجري مقابلات مع طاقم الصيادلة وطاقم التمريض للاستفسار عن عمليات تقليل المخاطر المرتبطة باستخدام الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء الملاحظة بالصيدلية وعربات الأدوية ومخزن الأدوية ومناطق تحضير الأدوية من أجل التحقق من وضع ملصقات تعريفية على الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة عملية إعطاء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. توجد قائمة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق يتم تحديثها كل عام على الأقل.
٣. تقدم المستشفى تدريبا أوليا ومستمرا إلى متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في إدارة واستخدام الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
٤. تخزين الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق وفصلها ووضع ملصقات تعريفية عليها بطريقة آمنة وموحدة في جميع الأماكن.
٥. يتم فحص الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق بشكل صحيح عند الصرف.
٦. تتتبع المستشفى وتجمع وتحلل بيانات إدارة الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق وترفع تقارير بها. ويتم العمل على فرص التحسين التي تم تحديدها.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ MMS.04: تخزين ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية.

MMS.08: سحب الدواء بشكل آمن عند اللزوم.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

سحب الدواء، الأدوية منتهية الصلاحية والقديمة

الغرض:

فوائد الأدوية الكبيرة تكون أيضًا مصحوبة بالعديد من المخاطر، والتي قد تنجم عن خصائص مادة الدواء أو جودته أو في بعض الحالات عن عيب بالمنتج الدوائي نفسه.

يُطلب سحب الدواء عند ظهور مشكلات تتعلق بالسلامة، ويجب إعادة المنتجات المعيبة إلى الشركة المصنعة/ الموزع. ويشمل ذلك الأدوية منتهية الصلاحية، القديمة، التالفة، التي تم صرفها ولم تستعمل، و/ أو الأدوية الملوثة.

قد تكون عمليات سحب الدواء مكلفة جدا وقد تهز ثقة المستهلك في المنتج أو الشركة، لذا من الطبيعي أن تبذل جميع الشركات قصارى جهدها لتجنب مثل هذه السيناريوهات.

يجب أن يوجد بالمستشفى عملية لتحديد واستعادة الأدوية التي تطلب هيئة الدواء المصرية (EDA) سحبها، أو بطلب من الشركة المصنعة، أو غيرها من الهيئات المعترف بها.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية إدارة الأدوية المطلوب سحبها، وتضمن أن الأدوية منتهية الصلاحية لا يمكن توزيعها أو صرفها أو إعطائها بالخطأ. وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. تحقيق متطلبات سلامة المنتج
ب. عملية استرداد الأدوية المطلوب سحبها
ج. وضع ملصقات تعريفية وفصل الأدوية المطلوب سحبها
د. إخطار المريض (عند الإقتضاء)
ه. التخلص أو الإزالة
و. المراقبة المنتظمة للتخلص من الأدوية غير المستخدمة أو غير المرغوب فيها أو منتهية الصلاحية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ثم يجري مقابلات مع طاقم الصيادلة وطاقم التمريض للاستفسار عن عمليات إدارة الأدوية المطلوب سحبها ،منتهية الصلاحية، القديمة، التالفة، المصروفة ولم تستعمل، و/ أو الأدوية الملوثة.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة الصيدلية وعربات الأدوية ومخزن الأدوية ومناطق تحضير الأدوية ومناطق رعاية المرضى من أجل التحقق من وجود أدوية مطلوب سحبها، منتهية الصلاحية، القديمة، التالفة، المصروفة ولم تستعمل، و/ أو الأدوية الملوثة.
- قد يطلب مُراجع الهيئة أن يتتبع دواء مطلوب سحبه منذ استلام إخطار السحب حتى التخلص منه أو إزالته.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية سحب الأدوية والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. العاملون المشاركون في عملية سحب الدواء على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. يتم استرداد الأدوية المسحوبة ووضع ملصقات تعريفية عليها وفصلها والتخلص منها (أو إزالتها) بأمان.
٤. تخزين الأدوية المسحوبة، منتهية الصلاحية، القديمة، التالفة، المصروفة ولم تستعمل، و/ أو الأدوية الملوثة بشكل آمن.
٥. الأدوية المسحوبة، منتهية الصلاحية، القديمة، التالفة، المصروفة ولم تستعمل، الأدوية الملوثة يتم التخلص منها بشكل آمن.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01: برنامج إدارة الدواء.

MMS.09: إدارة المواد التغذوية والأدوية التي تتطلب اعتبارات خاصة بصورة آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية المشعة، الصبغات التشخيصية، وحليب الأم، والأدوية التي يجلبها المرضى

الغرض:

إن بعض الأدوية وبعض المواد التغذوية تمثل تحديًا في تعريفها تعريفا صحيحا/ وضع ملصقات تعريفية عليها، وتخزينها والتحكم في استخدامها. فهي تتطلب عملية خاصة للتعامل معها. وتشمل الأمثلة (على سبيل المثال لا الحصر): الصبغات التشخيصية والأدوية المشعة والأدوية التي يحضرها المرضى وحليب الأم.

تحدد المستشفى الأدوية والمواد التغذوية التي قد تشكل تحديًا في إدارتها.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية إدارة هذه الأدوية على الأقل (الصبغات التشخيصية ، والأدوية المشعة، والأدوية التي يجلبها المرضى، ولبن الأم)، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. الاستلام
ب. التعريف
ج. وضع ملصقات تعريفية
د. التخزين
ه. الإعطاء
و. المتابعة

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ثم يجري مقابلات مع الصيادلة وطاقم التمريض وفني الأشعة وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن عمليات إدارة هذه الأدوية.

قد يلاحظ مُراجع الهيئة الصيدلية ومخزن الأدوية ومناطق تحضير الأدوية ومناطق رعاية المرضى بما في ذلك قسم الأشعة وأماكن رعاية الأم والطفل من أجل تقييم التعريف الصحيح لهذه الأدوية ووضع ملصقات تعريفية عليها وتخزينها وإعطائها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه استخدام هذه الأدوية والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. العاملون المشاركون في إدارة هذه الأدوية لديهم معرفة بالسياسة.
٣. استلام الصبغات التشخيصية والأدوية المشعة وتعريفها تعريفا صحيحا ووضع ملصقات تعريفية عليها وتخزينها وإعطائها بشكل آمن.
٤. استلام الأدوية التي يجلبها المرضى وتعريفها تعريفا صحيحا ووضع ملصقات تعريفية عليها وتخزينها وإعطائها بشكل آمن.
٥. استلام حليب الأم وتعريفه تعريفا صحيحا ووضع ملصقات تعريفية عليه وتخزينه وإعطائه بشكل آمن.
٦. متابعة تأثيرات هذه الأدوية وآثارها الجانبية المحتملة.

المعايير ذات الصلة:

MMS.04: تخزين ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية؛ EFS.02: متابعة برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

MMS.10: (NSR.13) التحقق من التوافق بين الأدوية في جميع أماكن إلتقاء الرعاية بالمستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التوافق بين الأدوية، أفضل تاريخ دوائي ممكن

الغرض:

غالبًا ما يتلقى المرضى أدوية جديدة أو يتم تغيير أدويتهم الحالية عند الانتقال في الرعاية (دخول المستشفى، أو النقل من وحدة إلى أخرى أثناء الحجز بالمستشفى، أو الخروج من المستشفى).

ونتيجة لذلك، فإن النظام العلاجي الجديد الموصوف عند الخروج من المستشفى قد لا يتضمن دون قصد الأدوية المطلوبة، أو يكرر دون داع العلاجات الموجودة، أو يحتوي على جرعات غير صحيحة. وهذه التناقضات تعرض المرضى لخطر الأحداث الدوائية الضارة (Adverse Drug Events) .

تعد عملية التحقق من التوافق بين الأدوية ممارسة متعددة التخصصات تتقاسم مسئولياتها بين الأطباء وطاقم التمريض والصيادلة وغيرهم من الإكلينيكيين المشاركين في رعاية المريض. ويشير التحقق من التوافق بين الأدوية إلى عملية تجنب عدم الاتساق غير المقصود في الأدوية الموصوفة عند تنقل المريض في الرعاية من خلال مراجعة التاريخ الدوائي الكامل للمريض عند دخول المستشفى وعند الانتقال بين أماكن الرعاية وعند الخروج من المستشفى ومقارنته بالنظام الموصوف بمكان الرعاية الجديد.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التحقق من التوافق بين الأدوية والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. الحالات التي تتطلب التحقق من التوافق بين الأدوية:
   i. عند دخول المستشفى (مطابقة طلبات الأدوية الحالية مع أفضل تاريخ دوائي ممكن، ويُفضل أن يتم ذلك خلال ٢٤ ساعة من الدخول).
   ii. أثناء الرعاية (التحقق من أن قائمة الأدوية الحالية يتم إبلاغها بدقة في كل مرة يتم فيها نقل الرعاية للمريض وكذلك عند تسجيل الأدوية).
   iii. عند الخروج من المستشفى (التحقق من أن الأدوية المطلوبة في وصفة أدوية الخروج مطابقة لتلك الموجودة في خطة الخروج وقائمة الأدوية، والتأكد من توثيق التغييرات).
ب. تحديد المسئول عن القيام بالتحقق من التوافق بين الأدوية.
ج. مشاركة المرضى والأسر.
د. خطوات عملية التحقق من التوافق بين الأدوية مثل جمع قائمة الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والتطعيمات التي يستخدمها المرضى، وتوضيح ما إذا كانت الأدوية وجرعاتها مناسبة، ومتوافقة مع قائمة الأدوية الجديدة وتسجيل التغييرات.
ه. الإطار الزمني لإتمام عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ويلي ذلك مقابلة أعضاء الطاقم الطبي وطاقم الصيادلة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصين الرعاية الصحية من أجل الاستفسار عن عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة عدد من السجلات الطبية (أكثر من ١٠ سجلات في الأغلب) من أجل تقييم تسجيل الأدوية الحالية عند دخول المستشفى.

- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع عدد مناسب من المرضى من أجل أن يستفسر عما إذا قام الأطباء بتقييم التاريخ الدوائي للمريض ويتحقق من درايتهم بأي تفاعلات قد تحدث مع الأدوية الموصوفة حديثًا.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة مما إذا كانت أدوية المريض الخاصة تتوافق مع الأدوية الحالية المسجلة عند دخول المستشفى ويتم تضمينها في عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة بشأن التحقق من التوافق بين الأدوية والتي تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. تدريب العاملين المسئولين عن التحقق من التوافق بين الأدوية للحصول على أفضل تاريخ دوائي ممكن وتحقيق التوافق بين الأدوية.
٣. يحدث التحقق من التوافق بين الأدوية عند دخول المستشفى وأثناء انتقال الرعاية وعند الخروج من المستشفى ضمن إطار زمني محدد.
٤. من يصف الدواء يقوم بمقارنة قائمة الأدوية الحالية بقائمة الأدوية الموصوفة ويتخذ قرارات إكلينيكية مبنية على تلك المقارنة.
٥. تسجيل الأدوية التي تم التحقق من توافقها بوضوح، وإبلاغ المعلومات ذات الصلة بوضوح إلى متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في وصف دواء المريض.
٦. يشارك المرضى وأسرهم في عملية التحقق من التوافق بين الأدوية.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ACT.09: التواصل عند تسليم الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى.

MMS.11: عمليات طلب ووصف ونسخ الدواء آمنة وتتم وفقا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

طلب ووصف ونسخ الدواء، الاختصارات والرموز

الغرض:

إن الأدوية، إذا تم وصفها واستخدامها بفعالية، تؤدي إلى تحسين جودة الحياة إلى حد كبير وإلى تحسين سلامة المريض ونتائج الرعاية.

ولهذا لا ينبغي الاستهانة بالتحديات المرتبطة بوصف ونسخها ودعم المرضى لاستخدامها بفعالية.

يتطلب علاج المريض بالأدوية معرفة وخبرة محددة.

وتكون كل مستشفى مسئولة عن تحديد اللذين يحق لهم القيام بوصف أو طلب ونسخ الأدوية بناءاً على الخبرة أو الترخيص أو الشهادة أو القوانين أو اللوائح.

إن تجنب استخدام الاختصارات يحد من سوء الفهم وسوء التواصل وإعطاء وصفات طبية غير صحيحة.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عمليات طلب الأدوية ووصفها ونسخها، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. من مصرح له وصف أي نوع من أنواع الأدوية ؟
ب. مكان موحد في سجل المريض الطبي لطلب/ وصف/ نسخ الأدوية.
ج. عملية نسخ الأدوية والأوقات اللازمة لاستخدامها
د. قائمة الأدوية الموصوفة وجرعاتها وأوقات الإعطاء.
ه. عملية إلغاء أو إيقاف دواء موصوف.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى، ثم يجري مقابلات مع أعضاء الطاقم الطبي و طاقم الصيادلة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية من أجل الاستفسار عن عملية وصف/ طلب الدواء في أي مكان بالمستشفي بما في ذلك الأقسام الداخلية وأماكن تقديم خدمات الأشعة وغرفة الطوارئ ووحدات رعاية ما بعد التخدير.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة السجلات الطبية للمريض لتقييم اكتمال أوامر الأدوية ووضوحها وسهولة قراءتها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عمليات طلب/ وصف الأدوية ونسخها والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. المستشفى مسئولة عن تحديد متخصصي الرعاية الصحية المسموح لهم بموجب القانون واللوائح، والمؤهلات، والتدريب، والخبرة، والتوصيف الوظيفي بطلب الأدوية ووصفها و نسخها.
٣. إن العاملين المشاركين في عمليات وصف الأدوية وصرفها وإعطائها على دراية بمن يحق له وصف أي أنواع من الأدوية، وأماكن كتابة الأدوية الموصوفة ، والوصفات الطبية الكاملة، وعملية إلغاء أو وقف الوصفات الطبية.
٤. تنفيذ عملية نسخ الدواء والسماح بها بموجب حالات محددة مسبقًا.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ IMT.04: الاختصارات.

MMS.12: تحديد عناصر الوصف الكامل للدواء.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الأمر الكامل للدواء ، الأدوية المخدرة ، أنواع خاصة من طلبات الأدوية

الغرض:

توجه سياسات وإجراءات المستشفى عمليات وصف الأدوية وطلبها ونسخها بشكل آمن.

يتعاون الطاقم الطبي وطاقم التمريض وطاقم الصيادلة لوضع ومتابعة سياسات وإجراءات طلب ووصف الأدوية.

يتم تدريب الأطباء على ممارسات وصف وطلب الأدوية بطريقة صحيحة. ويتم تدريب العاملين المؤهلين على كيفية النسخ الصحيح.

تحدد المستشفى عناصر الوصف الكامل للدواء وأنواع الطلبات المقبول وذلك للحد من حدوث أخطاء عند تسجيل الطلبات.

تحدد المستشفى عملية توجه الوصف الكامل للدواء. يتضمن الوصف الكامل للدواء على الأقل ما يلي

أ. يجب أن يشتمل الحد الأدنى من العناصر المطلوبة للوصف الكامل للدواء علي:
   i. تعريف المريض
   ii. بيانات المريض الديموجرافية
   iii. اسم الدواء
   iv. الشكل الدوائي للجرعة
   v. القوة أو التركيز
   vi. الجرعة والتكرار ومدة إعطاء الدواء
   vii. طريقة الإعطاء
   viii. معدلات الإعطاء (عند طلب الحقن الوريدي)
   ix. دواعي الاستخدام (الأدوية الموصوفة عند اللزوم)

x. الحد الأقصى للتكرار والجرعة القصوى(الأدوية الموصوفة عند اللزوم)
xi. تاريخ ووقت الطلب

ب. عناصر القبول والعناصر المطلوبة بشكل خاص لأنواع معينة من الطلبات، على سبيل المثال: الأدوية التي يتم تعديلها بناء على الوزن أو بطريقة أخرى ، مثل الأدوية المطلوبة للأطفال وكبار السن وغيرهم من مجموعات المرضى المشابهة.

ج. أنواع خاصة من الطلبات، كما في حالات الطوارئ ، يقوم الممارس الصحي بتوثيق الدواء و اعطاؤه بدون الحاجه الي وصفه / صرفه أو طلبات الإيقاف التلقائيAutomatic Stop Orders.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي تحدد الوصف الكامل للدواء ، ثم يجري مقابلات مع أعضاء الطاقم الطبي و طاقم الصيادلة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية من أجل الاستفسار عن عملية وصف/ طلب الدواء في أي مكان بما في ذلك الأقسام الداخلية وأقسام الأشعة وغرفة الطوارئ ووحدات رعاية ما بعد التخدير.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة السجلات الطبية للمرضى لتقييم اكتمال أوامر الأدوية ووضوحها وسهولة قراءتها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يشمل الوصف الكامل للدواء وطلبات الأدوية الكاملة جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج) إذا كان الأمر قابل للتطبيق.
٢. وصف الأدوية التي تؤثر على الحالة النفسية والأدوية الخاضعة للرقابة والادوية المخدرة بطريقة آمنة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.
٣. الوصفات الطبية آمنة وكاملة ويتم تسجيلها لكل مريض.
٤. الأنواع الخاصة من الطلبات، مثل تحديد الجرعات على أساس الوزن، أو معايرة وضبط الجرعة ، أو عملية إنقاص الجرعة تدريجيا، أو الطلبات التي يتم وصفها في اطار نطاق ، تتم بشكل آمن.
٥. التعامل مع وصف الدواء غير المكتمل أو غير المقروء أو غير الواضح بشكل آمن.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ ACT.03: التعريف الصحيح للمريض؛ ICD.17: الأوامر والطلبات؛ MMS.04: تخزين ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية.

تحضير وصرف الدواء بطريقة آمنة

MMS.13: مراجعة وصفات الأدوية للتحقق من دقتها وملاءمتها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

مراجعة ملائمة الدواء، صيدلي مختص

الغرض

يعد صرف الأدوية ممارسة إكلينيكية أساسية والتي من خلالها يتأكد فريق الصيادلة من سلامة وفعالية الأدوية.
تتم مراجعة جميع طلبات الأدوية للتأكد من دقتها وملاءمتها قبل صرفها أو أخذها من الوحدات. ويُجري المختص (المختصين) (مثل الصيدلي الإكلينيكي) التحقق من الملاءمة.
يتم إجراء مراجعة التحقق من الملاءمة بواسطة شخص مؤهل (مثل الصيدلي الإكلينيكي)
تتم مراجعة العناصر التالية في كل دواء موصوف حديثًا (كلما كان ذلك قابلاً للتطبيق):

أ. مدى ملاءمة الدواء لدواعي الاستعمال.
ب. نظـام الجرعـات بمـا فـي ذلـك الجرعـة والتكـرار وطريقـة الإعطـاء ومـدة العـلاج مـع مراعـاة معلومـات المريـض الفسـيولوجية.
ج. الازدواجية العلاجية. (تكرار وصف الأدوية لنفس دواعي الاستعمال)
د. الاختلاف عن محددات/ ضوابط الاستخدام بالمستشفى
ه. موانع الاستعمال.
و. الحساسية الفعلية أو المحتملة.
ز. التفاعلات الفعلية أو المحتملة بين الدواء والأدوية الأخرى أو الطعام.
ح. السمية المحتملة.

يتم للتأكد من ملائمة الدواء عند وجود ملاحظات على عامل الجرعة أو عوامل الملاءمة الأخرى قبل التغيير؛ على سبيل المثال: عند وصف أدوية جديدة ربما تكون الازدواجية العلاجية مشكلة. وتحدد المستشفى المعلومات الخاصة عن المريض اللازمة لعمل تحقق ملائمة الدواء الموصوف

يتم إجراء مراجعات التحقق من الملاءمة دائمًا. على سبيل المثال: إذا كانت الصيدلية غير مفتوحة والدواء يجب صرفه من مخزن وحدة التمريض، يتم إجراء التحقق من الملائمة الكامل في غضون ٢٤ ساعة من صرف الجرعة الأولى.

دليل عملية المراجعة:

قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع طاقم الصيادلة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في مراجعة ملاءمة الدواء للاستفسار عن العملية واختلافاتها وقد يقوم بملاحظة العملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. المعلومات الخاصة بالمريض ومصدرها متاحة بسهولة في جميع الأوقات للقيام بعملية التحقق بشكل فعال.
٢. متخصصو الرعاية الصحية المسموح لهم بإجراء مراجعات التحقق من الملاءمة مؤهلون للقيام بذلك.
٣. يتم مراجعة كل وصفة طبية للتحقق من ملائمة الدواء بواسطة صيدلي مرخص قبل صرفه وتشمل عملية المراجعة العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح)، باستخدام مراجع سارية ومحدثة.
٤. عندما لا يوجد صيدلي مختص مرخص بالمكان، تكلف المستشفى متخصص رعاية صحية مدرب بمراجعة العناصر الحرجة المذكورة في الغرض من نقطة (و) إلى نقطة (ح)، باستخدام مراجع سارية ومحدثة.
٥. توجد عملية للاتصال بالطبيب القائم بوصف الدواء عند وجود استفسارات أو مخاوف.

المعايير ذات الصلة:

MMS.14: تحضير الدواء، ومكان تحضير الدواء، ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية؛ MMS.12: الأمر الكامل للدواء، الأدوية المخدرة، أنواع خاصة من طلبات الأدوية.

MMS.14: تحضير الأدوية بشكل آمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تحضير الدواء، ومكان تحضير الدواء، ووضع ملصقات التعريف على الأدوية

الغرض:

إن بيئة العمل الآمنة والنظيفة والمنظمة هو أساس ممارسة صرف الأدوية بشكل جيد. وتشمل وجود عاملين مؤهلين/ مدربين، وبيئة محيطة ملائمة، وأرفف مناسبة، ومناطق تخزين مناسبة ، وأسطح عمل مناسبة، ومعدات مناسبة، ومواد التعبئة /التغليف الضرورية.

تحدد المستشفى معايير الممارسة القياسية من أجل بيئة تحضير آمنة.
يجب على متخصصي الرعاية الصحية الذين يحضرون الأدوية استخدام تقنيات ضمان الدقة (على سبيل المثال: التحقق المزدوج من اجراءات الحساب calculations) ، وتجنب التلوث، بما في ذلك استخدام تقنية التنظيف أو التقنية المانعة للتلوث aseptic technique حسب الحاجة، والحفاظ على مناطق نظيفة ومرتبة لتحضير المنتج.
إن متخصصي الرعاية الصحية الذين يحضرون تركيبات معقمة أو يحضرون الأدوية باستخدام عُبوات متعددة الجرعات يتم تدريبهم على مبادئ تحضير الأدوية والتقنية المانعة للتلوث aseptic technique. وبالمثل، تتوفر أغطية تدفق الهواء الصَّفحِيّ laminar airflow hoods وتستخدم عندما يستدعى ذلك وفقا لمتطلبات الممارسات المهنية (على سبيل المثال: الأدوية السامة للخلايا).
يتم وضع ملصقات تعريفية على الأدوية بطريقة موحدة. وينطبق هذا الشرط على أي دواء يتم تحضيره ولكن لا يتم إعطاؤه على الفور (لا ينطبق هذا الشرط على الدواء الذي يتم تحضيره وإعطاؤه على الفور في حالات الطوارئ).
يجب أن تتضمن الملصقات التعريفية على الأقل ما يلي (إن لم يكن واضحًا من الحاوية):

أ. تعريف المريض تعريفا صحيحا (وسيلتي تعريف مميزتين)
ب. اسم الدواء
ج. القوة/ التركيز
د. الكمية
ه. تاريخ انتهاء الصلاحية
و. تاريخ انتهاء المفعول
ز. تعليمات الاستخدام
ح. أي تعليمات خاصة/ تحذيرية
ط. تاريخ التحضير /مادة التخفيف لجميع المضافات السوائل الوريدية المخلوطة والمحاليل الوريدية (إن وجدت)

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الصيدلية ومخزن الأدوية ومناطق تحضير الأدوية ومناطق رعاية المرضى ومنها الأقسام الداخلية وأماكن الاجراءات وغرف العمليات وذلك لتقييم وضع الملصقات التعريفية وتحضير الأدوية.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع طاقم الصيادلة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في تركيب وتحضير المستحضرات المعقمة وغير المعقمة للاستفسار عن عمليات التحضير وقد يقوم بملاحظة العملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تحضير الأدوية بشكل آمن في مناطق نظيفة ومرتبة ومنفصلة ومزودة بالمعدات والمستلزمات الطبية مع الالتزام بالقوانين واللوائح ومعايير الممارسة المهنية المعمول بها.
٢. تحدد المستشفى متخصصي الرعاية الصحية المصرح لهم بتحضير الأدوية في المواقف المختلفة.
٣. يوجد بالمستشفى نظام لتوفير الأدوية بشكل آمن وتلبية احتياجات المريض عندما تكون الصيدلية مغلقة.
٤. تنفذ المستشفى عملية توجه تركيب وتحضير المستحضرات المعقمة وغير المعقمة.
٥. وضع ملصقات تعريفية على جميع الأدوية المحضرة في المستشفى بشكل صحيح وبطريقة موحدة على أن تتضمن على الأقل جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).

المعايير ذات الصلة:

MMS.04: تخزين ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية؛ MMS.06: الأدوية عالية الخطورة و الإلكتروليتات المركزة ؛ MMS.07: الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق؛ IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحواجز المادية.

MMS.15: صرف الأدوية بشكل آمن ودقيق وفقًا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نظام صرف وتوزيع الأدوية، وتثقيف المرضى، وتقديم المشورة

الغرض:

إن صرف الأدوية داخل المستشفى يتبع عمليات موحدة لضمان سلامة المرضى.

قد يساعد نظام صرف وتوزيع الأدوية الموحد في تقليل مخاطر الأخطاء الدوائية.

تصرف المستشفى الدواء في أكثر شكل جاهز للإعطاء لتقليل فرص الخطأ أثناء التوزيع والتناول/الإعطاء.

يتم صرف الأدوية بكميات كافية لتلبية احتياجات المريض ولكن في نفس الوقت بطريقة تحد من حدوث انحراف (أي الكميات التي يتم صرفها ليست كبيرة لدرجة تسمح بحدوث انحراف).

تقوم المستشفى بتثقيف المرضى وأسرهم بحيث يمتلكون المعرفة والمهارات للمشاركة واتخاذ القرارات المتعلقة بعمليات رعاية المرضى.

يشمل هذا التثقيف (خاصة عند خروج المرضى) على سبيل المثال لا الحصر قيام الصيدلي بشرح وإعطاء تعليمات للمرضى وأسرهم حول التخزين والاستخدام الآمن والفعال للأدوية الموصوفة وكيفية تناولها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع طاقم الصيادلة وطاقم التمريض والقائمين على نقل الأدوية وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية المشاركين في صرف الأدوية من أجل الاستفسار عن العملية واختلافاتها وقد يقوم بملاحظة العملية.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع مريض أو أحد أفراد أسرته للاستعلام عن عملية التثقيف بشأن الدواء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. المستشفى مسئولة عن تحديد متخصصي الرعاية الصحية المسموح لهم بصرف الأدوية وذلك بموجب القانون واللوائح والمؤهلات والتدريب والخبرة والتوصيف الوظيفي.
٢. يوجد بالمستشفى نظام موحد لصرف وتوزيع الأدوية حسب القوانين واللوائح المعمول بها.
٣. يتم صرف الأدوية التي تؤثر على الحالة النفسية والأدوية الخاضعة للرقابة والأدوية المخدرة وفقا للقوانين واللوائح المعمول بها.
٤. يتم صرف الأدوية بحيث يكون في أكثر شكل جاهز للإعطاء وبكميات تتناسب مع احتياجات المريض وظروفه.
٥. يوجد بصيدلية المستشفى عملية لتقديم التثقيف والمشورة المتعلقة بالدواء (كلما كان ذلك ممكنا) للمرضى و/ أو أسرهم، خاصة عند خروج المرضى من المستشفى، وتتاح الفرصة للمرضى لطرح الأسئلة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.10: عملية تعريف المريض والأسرة بالمعلومات؛ ICD.14: خطة الرعاية.

إعطاء الدواء بطريقة آمنة

MMS.16: إعطاء الأدوية بدقة وبطريقة آمنة وفقًا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

إعطاء الدواء، والتحقق من الطلب، وتناول المريض للدواء بنفسه

الغرض

يتطلب إعطاء الدواء لرعاية وعلاج المريض معرفة وخبرة محددة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الأدوية التي يتم تناولها داخل المستشفى تتبع عمليات موحدة لضمان ملاءمة وفعالية وسلامة الأدوية بناءً على الوصفة الطبية أو طلب الدواء.

إعطاء الدواء بطريقة آمنة يشمل التحقق مما يلي:

أ. وجود طلب دواء
ب. تعريف المريض تعريفا صحيحا (وسيلتي تعريف مميزتين)
ج. الدواء الصحيح
د. أسباب/ دواعي استعمال الدواء
ه. كمية الجرعة الصحيحة ونظام الجرعة الصحيح
و. طريقة التناول الصحيحة
ز. الوقت المناسب ومعدل تكرار الإعطاء
ح. مراجعة ما إذا كان المريض يعاني من الحساسية لأي دواء مذكور في الوصفة الطبية أو طلب الدواء.

في المستشفي، يتم إعطاء المرضى أدويتهم في المستشفي، والطبيعي أن يحدث ذلك، خاصة بالنسبة لأولئك المرضى الذين تم تقييم تناولهم للدواء بأنفسهم على أنه غير مناسب.

يتم تحديد تناول المريض للدواء بنفسه تحديدا واضحا إذا تمت الموافقة عليه، ويكون بعلم الطبيب المسئول عن المريض، ويتم تدوينه في سجل المريض الطبي. ويتم تقييم قدرة المريض علي تناول الدواء بنفسه (أو من الأقارب في حالة المرضى من الأطفال) من خلال تثقيف المرضى والأسرة ثم يُطلب منهم التجريب. يمكن أيضًا تقديم تثقيف عن الأدوية والجرعة وعدد المرات وطريقة التناول ودواعي الاستعمال والآثار الجانبية المحتملة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع الصيادلة وطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية والمرضى وأسرهم المشاركين في إعطاء الدواء من أجل الاستفسار عن العملية واختلافاتها، ويمكن أن يحدث هذا في أي مكان، بما في ذلك الأقسام الداخلية ، أماكن متابعة/ملاحظة المرضى في غرفة الطوارئ، ومناطق القيام بالإجراءات التداخلية.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة عملية إعطاء الدواء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفى متخصصي الرعاية الصحية المسموح لهم بإعطاء الأدوية تحت إشراف أو بدون إشراف، وذلك بموجب القانون واللوائح والمؤهلات والتدريب والخبرة والتوصيف الوظيفي.
٢. إعطاء الدواء يتضمن عملية للتحقق من صحة الدواء بناءً على وصفة أو طلب الدواء والتي تتناول العناصر المذكورة في الغرض من عنصر (أ) إلى عنصر (ح).
٣. إعطاء الأدوية التي تؤثر على الحالة النفسية والأدوية الخاضعة للرقابة والأدوية المخدرة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.
٤. إبلاغ المرضى بالأدوية التي سيتم إعطاؤها لهم، ويتضمن ذلك، إذا لزم الأمر، أي آثار جانبية محتملة للأدوية، أو مخاوف أخرى بشأن إعطاء الدواء، ويتم منحهم فرصة لطرح الأسئلة.
٥. تسجيل الأدوية التي يتم تناولها أو رفضها أو حذفها في سجل المريض الطبي.
٦. تنفذ المستشفى عملية توجه تناول المريض للدواء بنفسه أو إعطاء الدواء للمريض بواسطة شخص ليس من العاملين (إذا كان ذلك مسموحًا به) بطريقة آمنة ودقيقة، والتي تتناول التدريب والإشراف الإداري وتوثيق الإعطاء/التناول.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ACT.03: التعريف الصحيح للمريض.

متابعة الدواء الفعالة

MMS.17: متابعة تأثيرات الدواء على المرضى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

متابعة الأدوية، والجرعة الأولى من الأدوية، والتفاعلات الدوائية الضارة

الغرض

تعد عملية متابعة الأدوية عملية متعددة التخصصات حيث يتشارك فيها المريض والطبيب والصيدلي والممرض/ة وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية معًا لمتابعة تأثير الأدوية علي المرضى.

الغرض من المتابعة يتمثل في تقييم الاستجابة العلاجية للدواء (الأدوية)، ويشمل ذلك السلامة والفعالية، من أجل تعديل الجرعة أو نوع الدواء عند الحاجة، وتقييم أي تفاعل دوائي، وتقييم المريض للوقوف على الآثار الضارةأو تفاعلات الحساسية.

تتم متابعة الأدوية للتأكد من الفعالية الإكلينيكية الآثار الضارة للدواء على المريض وذلك للتأكد من أن العلاج الدوائي مناسب ومن اجل تقليل المخاطر.

يحتوي السجل الطبي للمريض الذي يتلقي الدواء في المستشفى على قائمة بالأدوية الحالية الموصوفة أو المطلوبة. وتسهل هذه القائمة متابعة جميع الأدوية التي قد يتناولها المريض في الوقت الحالي.

إن متابعة تأثيرات الدواء تشمل ملاحظة وتسجيل أي آثار ضارة. ويتم ذلك باستخدام نموذج موحد (على سبيل المثال: النماذج المصرية الوطنية) للإبلاغ/رفع تقرير وتثقيف العاملين حول العملية وأهمية الإبلاغ/رفع التقارير. ويتم الإبلاغ/ رفع التقارير إلى المؤسسات المعنية في أنسب وقت دون أي تأخير وفقًا للوائح الوطنية/ الدولية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع افراد الطاقم الطبي و طاقم الصيادلة و طاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية والمرضى وأسرهم المشاركين في إعطاء الدواء من أجل الاستفسار عن عملية متابعة الأدوية، ويمكن أن يحدث هذا في أي مكان، بما في ذلك الأقسام الداخلية ، وأقسام الأشعة radiology areas ، ومناطق القيام بالإجراءات التداخلية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة عملية الإبلاغ/رفع تقرير بالتفاعلات الدوائية الضارة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تتم متابعة استجابة المريض للأدوية وفقًا للحالة الإكلينيكية/ حالة المريض.
٢. تنفذ المستشفى عملية متابعة الاستجابة للجرعة الأولى من أدوية المريض الجديدة أثناء تلقيه الرعاية المباشرة بالمستشفى.
٣. متابعة الآثار الضارة للأدوية (الفعلية أو المحتملة) على المرضى وتوثيقها في سجل المريض، بما في ذلك الإجراء (الإجراءات) التي يجب اتخاذها استجابةً لذلك.
٤. الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة بطريقة تتفق مع أدلة العمل الوطنية والدولية.
٥. تنفذ المستشفى عملية لإبلاغ الطبيب القائم بوصف الدواء عند حدوث الآثار الضارة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.02: الخدمات ذات التخصصات المتعددة متمركزة حول المريض؛ QPI.11: نظام الإبلاغ عن الحوادث؛ QPI.12: الأحداث الهامة؛ QPI.13: الحدث الجسيم.

MMS.18: اكتشاف الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة ومشاكل العلاج الدوائي والإبلاغ عنها والتصرف بناءً عليها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكة، ومشاكل العلاج الدوائي

الغرض:

من الممكن أن يوجد بكل مستشفى نظام لاكتشاف والإبلاغ عن الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكة، المشاكل المتعلقة بالأدوية (تُعرف أيضًا باسم مشاكل العلاج الدوائي). ويرتكز هذا النظام على منع والتعامل مع الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة، أو أي مشكلات أخرى تتعلق بالسلامة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الجرعة الزائدة، والسمية، والاستعمال الخاطئ، وإساءة الاستخدام، والتعرض المهني، والتعرض للدواء أثناء الحمل والرضاعة.

إن الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة لها أهمية خاصة مع تزايد استخدام الدواء على مستوى العالم. ويمكن أن تحدث الأخطاء الدوائية في مراحل مختلفة من مراحل عملية وصف الدواء واستخدامه. وعلى الرغم من أن الأخطاء الخطيرة المتعلقة بالدواء نادرة نسبيًا، إلا أن الرقم المطلق كبير، مع احتمال حدوث عواقب صحية سلبية كبيرة.

تضع المستشفى عملية لتحديد والإبلاغ عن الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة.

تتضمن العملية تحديد الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة، وذلك باستخدام نموذج موحد للإبلاغ ولتثقيف العاملين بالعملية وأهمية الإبلاغ.

يتم وضع جميع العمليات والتعريفات من خلال جهد مشترك بين جميع المشاركين في المراحل المختلفة لإدارة الدواء

إن عملية الإبلاغ جزء من برنامج تحسين الجودة وسلامة المرضى بالمستشفى . يتم تحديد الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكة، ومشاكل العلاج الدوائي ويتم الإبلاغ بها إلى:

أ. الطبيب القائم بوصف الدواء و/ أو غيره من متخصصي الرعاية الصحية (حسب ما يقتضي الأمر)
ب. لجنة الأدوية والعلاج
ج. لجنة الجودة
د. قيادات المستشفى
ه. المؤسسات المختصة حسب اللوائح الوطنية/ الدولية

دليل عملية المراجعة:

قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية المشاركون في عمليات إدارة الدواء أثناء جلسة مراجعة إدارة الدواء وقد يستفسر عن اكتشاف الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة ومشاكل العلاج الدوائي وتحليلها والإبلاغ بها واتخاذ اجراءات بشأنها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه تحديد الأخطاء الدوائية والأخطاء الوشيكة ومشاكل العلاج الدوائي والإبلاغ بها وتحليلها والتصرف بناءً عليها على أساس المراجع الوطنية/ الدولية.
٢. تنفذ المستشفى عملية اكتشاف الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكة، مشاكل العلاج الدوائي والإبلاغ بها للهيئات المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه) واتخاذ اجراءات بشأنها.
٣. تستخدم المستشفى الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكة، مشاكل العلاج الدوائي التي تم الإبلاغ بها في تحسين برنامج إدارة واستخدام الدواء.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ QPI.11: نظام الإبلاغ عن الحوادث؛ QPI.12: الأحداث الهامة؛ QPI.13: الحدث الجسيم.

القســـم الثـالث

المعايير المتمركزة حول المؤسسة

القسم الثالث : المعايير المتمركزة حول المؤسسة
Section 3: Organization-Centered Standards

فـي القسـم السـابق، كانـت سـلامة المرضـى والعنايـة المتمركـزة حـول المريـض هـي محـور الاهتمـام، ولكـن ليـس المرضـي فقـط هـم العمـلاء الوحيـدون فـي أنظمـة الرعايـة الصحيـة؛ فالعاملـون بالرعايـة الصحيـة يواجهـون مخاطـر كذلـك. وعلـى الرغـم مـن اسـتمرار الجـدل حـول مـا إذا كان ينبغـي اعتبـار صحـة العامليـن جـزءًا مـن مبـادرات سـلامة المرضـى، إلا أن العديـد مـن المؤسسـات تفكـر فـي الأمـر بهـذه الطريقـة، بمـا فـي ذلـك الكيانـات أو الجهـات التـي تلعـب دوراً كبيـراً فـي صناعـة الرعايـة الصحيـة فـي جميـع أنحـاء العالـم. وقـد تؤثـر ثلاثـة عوامـل رئيسـية علـى صحـة العامليـن: السـلامة والتعـرض للضغـوط والهيـكل التنظيمـي للمستشـفي.

بالنسـبة للسـلامة، فوفقًـا لإدارة السـلامة والصحـة المهنيـة (أوشـا) التابعـة لـوزارة العمـل فـي الولايـات المتحـدة، فـإن المستشـفى هـي أحـد أخطـر أماكـن العمـل. حيـث يتعـرض متخصصـو الرعايـة الصحيـة لبعـض أعلـى معـدلات الإصابـة بالأمـراض غيـر المميتـة والإصابـات بمـا يفـوق كلاً مـن صناعـات البنـاء والتصنيـع. فـي عـام ٢٠١١، سـجلت المستشـفيات الأمريكيـة٧٠٠,٢٣٥ إصابـة وأمـراض مرتبطـة بالعمـل، بمعـدل ٦,٨ إصابـة عمـل لـكل ١٠٠ موظـف يعمـل بنظـام الـدوام الكامـل. ومـن عـام ٢٠٠٢ إلـى عـام ٢٠١٣، كان معـدل حـوادث العنـف الخطيـرة فـي مـكان العمـل (تلـك التـي تتطلـب أيـام راحـة للعامـل المصـاب حتـى يتعافـى) فـي مجـال الرعايـة الصحيـة أكثـر مـن أربعـة أضعـاف معدلهـا فـي المتوسـط بالصناعـات الخاصـة. وفـي الواقـع تبلـغ الإصابـات الخطيـرة بسـبب العنـف فـي مجـال الرعايـة الصحيـة مـا يماثـل تقريبـا تلـك التـي تحـدث بجميـع الصناعـات الأخـرى مجتمعـة. والكثيـر مـن الاعتـداءات أو التهديـدات لا يتـم الإبـلاغ عنهـا. والعنـف فـي مـكان العمـل يُكلـف الكثيـر ومـع ذلـك يمكـن منعـه.

مـن ناحيـة أخـرى فـإن التعـرض للضغـط لفتـرة طويلـة جـدًا قـد يقلـل مـن كفـاءة الشـخص وقـد يـؤدي إلـى عواقـب سـلبية علـى صحـة الفـرد أو حياتـه الأسـرية والاجتماعيـة. ومـع ذلـك، ليـس كل مظهـر مـن مظاهـر الضغـط هـو دائمـا بسـبب ضغـط مـكان العمـل. قـد يرجـع سـبب ضغـط مـكان العمـل إلـى عوامـل مختلفـة. فبعـض المهـن بطبيعتهـا أكثـر إرهاقـا مـن غيرهـا. وأثبتـت بعـض الدراسـات أن مهـن الرعايـة الصحيـة هـي مـن أكثـر سـت مهـن إرهاقـاً. ولا يعانـي كل متخصصـي الرعايـة الصحيـة مـن نفـس مسـتوى الضغـط، ولا يظهـر علـى جميعهـم علامـات الإنهـاك المهنـي أيضًـا. ووفقًـا للعديـد مـن الدراسـات، أفـاد طاقـم الأطبـاء/ التمريـض فـي وحـدة العنايـة المركـزة بـأن التعامـل مـع المـوت هـو المصـدر الأول للضغـط، مقارنـة بطاقـم التمريـض الـذي يعمـل فـي الطـب الباطنـي أو أقسـام الجراحـة، بالنسـبة لهـم قـد يمثـل عـبء العمـل وعـدم كفايـة المـوارد البشـرية أهـم مصـدر للضغـط. ويوجـه الهيـكل التنظيمـي للمستشـفي جميـع العامليـن عـن طريـق تحديـد علاقـات رفـع التقاريـر الرسـمية التـي تحكـم سـير العمـل. ويسـهل المخطـط الرسـمي لهيـكل المستشـفى إضافـة وظائـف جديـدة فـي المستشـفى، بالإضافـة إلـى توفيـر طـرق للنمـو تتسـم بالمرونـة والجاهزيـة. ويجـب أن تكـون إدارة المستشـفى وفقًـا لإطـار أخلاقـي واضـح يسـتجيب إلـى احتياجـات المجتمـع. وتلتـزم المستشـفيات بالعمـل لصالـح المجتمـع ككل. ويجـب أن يشـارك العاملـون، بصفتهـم أعضـاء فـي المجتمـع، فـي تقييـم احتياجـات المجتمـع والاسـتجابة لهـا بالإضافـة إلـى المخاطـر التـي تؤثـر علـي السـلامة والتعـرض للضغـط أثنـاء العمـل بالمستشـفى.

ومـع ذلـك، تتحمـل كلا مـن المستشـفى والعامليـن مسـئولية الحفـاظ علـى سـلامة المـوارد البشـرية. علـى سـبيل المثـال، فـي حيـن أن الإدارة توفـر معـدات الوقايـة الشـخصية، مثـل نظـارات السـلامة لإبعـاد رذاذ المـواد الكيميائيـة عـن العينيـن، تقـع علـى عاتـق العامليـن مسـئولية ارتـداء معـدات الوقايـة الشـخصية عنـد القيـام بالعمـل الـذي حـددت الإدارة أنـه يتطلـب ارتداؤهـا. وبشـكل أعـم، تقـع علـى عاتـق الإدارة مسـئولية وضـع تعليمـات العمـل التفصيليـة التـي تصـف بوضـوح كيفيـة أداء العمـل مـن أجـل منـع إخفاقـات الجـودة والسـلامة؛ بينمـا العاملـون مسـؤلون عـن اتبـاع هـذه الإجـراءات .

وعلى هذا، يرتكز هذا القسم على بعض الأفكار الجديدة حول مدى ملاءمة مكان العمل بمؤسسات الرعاية الصحية من أجل توفير بيئة آمنة وذات كفاءة وتتسم بالتحسين من أجل تقديم خدمات الرعاية الصحية. ومن أحد الأدوات المستخدمة لتصميم هذا القسم هي "تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية" HealthWISE وهي أداة عمل وضعتها منظمة العمل الدولية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية. ونشأت هذه الأداة من التفكير التقليدي في سلامة المريض والتحسين بشكل عام. وهي تصف العملية والمدخلات اللذان قد يؤديا إلى تحسين السلامة في مُختلف مؤسسات الرعاية الصحية.

عناصر مؤسسة رعاية صحية آمنة

تهدف أداة «تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية» Health-WISE إلى تزويد مؤسسات الرعاية الصحية بأداة عملية وتشاركية وفعالة من حيث التكلفة من أجل تحسين ظروف العمل والأداء والصحة والسلامة المهنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية وجودة الخدمات الصحية المقدمة. يتم إدخال التحسينات والعمل على استمرارها من خلال جهود الإدارة والعاملين المشتركة، مجتمعين في فريق واحد متفاني. تضع أداة «تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية» الموارد البشرية الصحية في بؤرة الاهتمام وتتناول الموضوعات الأساسية في تقديم الرعاية ذات الجودة. وتشجع الجميع على المشاركة في جعل مكان عملهم مكانًا جيدًا للعمل وكذلك في جعله بيئة رعاية صحية ذات جودة يقدرها المرضى والمجتمع.

نظرًا لأن إدارة المؤسسة مسئولة عن تقديم هيكل تنظيمي فعال للمستشفى، حيث تكون الهيئة الحاكمة محددة تحديدا جيدًا ومستجيبة لاحتياجات المستشفى، يتعاون القادة في إدارة المستشفى نحو اتجاهات استراتيجية معتمدة ومحددة مسبقًا. ويشمل الهيكل الجيد تحديد حجم وأدوار الموارد البشرية بالمستشفى، وتوفير التعريف والتثقيف الكافيين، وكذلك المتابعة والتقييم المستمرين. وبالتالي، توجد حاجة إلى إدارة قوية للمعلومات والتكنولوجيا من أجل تسجيل البيانات والمعلومات، بالإضافة إلى برنامج قوي لإدارة الجودة يمكنه التقاط وتفسير البيانات والمعلومات.

سلامة البيئة والمنشآت
Environmental and Facility Safety

الغرض من الفصل:

تهدف سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفى إلى تقليل المخاطر المحتملة على المرضى والزوار والعاملين والمباني من خلال الامتثال إلى القوانين واللوائح وأكواد مكافحة الحرائق وأكواد البناء من أجل توفير بيئة عمل آمنة ومؤمنة.

من المنظور البيئي، فإنها تتضمن وضع اسلوب منهجي systematic approach للامتثال إلى اللوائح البيئية، مثل إدارة النفايات والحفاظ على ظروف بيئية آمنة. من منظور السلامة، فإنها تتضمن بذل مجهودات منظمة و إجراءات لتحديد مخاطر العمل وتقليل الحوادث والتعرض إلى المواقف والمواد الضارة. وتشمل أيضًا تدريب العاملين على منع الحوادث، والاستجابة للحوادث، والتأهب لحالات الطوارئ، واستخدام الملابس والمعدات الواقية.

على المستوى العالمي، وُضعت معايير تصميم الرعاية الصحية من أجل الحفاظ على هيكل بناء سليم للمستشفى والذي يضمن السلامة والكفاءة لجميع المستخدمين. ويصدر " معهد أدلة عمل بناء المنشآت" دوريا معايير تصميم منشآت الرعاية الصحية القائمة على الأبحاث.

وأن كل من هيئة الأمان والصحة المهنية أوشا OSHA ومركز مكافحة الأمراض CDC ومنظمة الصحة العالميةWHO وغيرها من الجهات الدولية الفاعلة في مجال الرعاية الصحية يعملون علي وضع معايير معينة خاصة للجوانب المختلفة لتصميم منشآت الرعاية الصحية.

على المستوى المحلي، تلعب المتطلبات التنظيمية دورًا هاماً في سلامة البيئة والمنشآت. ويجب أن تحدد المستشفى وتفهم جميع لوائح سلامة البيئة والمنشآت ذات الصلة من أجل تنفيذ الإجراءات المطلوبة. وتشمل المبادرات الوطنية على سبيل المثال لا الحصر: أكواد بناء المؤسسات ، ومتطلبات ترخيص المؤسسة بأكملها، ومتطلبات ترخيص الوظائف/ الماكينات/ المعدات/ داخل المستشفى، وقوانين الحماية المدنية، ومبادرة المستشفى الخضراء، وقوانين البيئة.

سوف يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة العاملين المعنيين بسلامة البيئة والمنشآت ويناقشوا مختلف معايير هذا الفصل ويراجعوا الوثائق ويتتبعوا الأنشطة والوظائف ويقيسوا وعي المنشأة بالسلامة. ويقوموا بجولة بالمنشأة وهي أداة هامة يستخدمها المراجعون لقياس مخاطر السلامة البيئية بالمستشفى.

الهدف من الفصل:

يبدأ هذا الفصل بالتخطيط والإدارة الفعالة للسلامة البيئية للمستشفى. ويلي ذلك ضرورة وضع خطط السلامة البيئية وتنفيذها ومراقبتها وتحسينها وتقييمها وتحديثها سنوياً. ويتمثل الهدف الرئيسي منه في ضمان قدرة المستشفى على تحديد مشكلات السلامة وتقديم برنامج آمن وفعال للتعامل مع سلامة البيئة والحفاظ عليها. ويناقش الفصل ما يلي:

- **السلامة من الحريق:**
  الوقاية والكشف المبكر والاستجابة والإخلاء الآمن في حالة نشوب حريق.
- **المواد الخطرة:**
  التعامل مع المواد الخطرة وتخزينها ونقلها واستخدامها والتخلص من النفايات بطريقة آمنة.
- **السلامة:**
  توفير بيئة عمل آمنة لجميع شاغلي المكان ، مع ضمان أن مباني المستشفي و مناطق أعمال البناء و المعدات بالمستشفى لا تشكل خطرًا أو مخاطرة على المرضى والعاملين والزوار.
- **الأمن:**
  حماية ممتلكات جميع شاغلي المكان من الفقد أو السرقة أو التدمير أو العبث أو إليها أو الاستخدام غير المصرح به.

- **المعدات الطبية:**

اختيار وفحص واختبار وصيانة والاستخدام الآمن للمعدات الطبية.

- **أنظمة المرافق:**

ضمـان كفـاءة وفعاليـة جميـع المرافـق مـن خـلال الفحـص الـدوري وصيانـة واختبـار وإصـلاح المرافـق الأساسـية مـن أجـل تقليـل مخاطـر أعطـال التشـغيل.

- **الاستعداد للكوارث:**

الاسـتجابة للكـوارث وحـالات الطـوارئ التـي يحتمـل أن تحـدث داخـل المنطقـة الجغرافيـة للمستشـفى مـع تقييـم سـلامة البنـاء لبيئـة رعايـة المرضـى.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجـب قـراءة أي مرجـع مذكـور مـن المراجـع التاليـة مـع الأخـذ فـي الاعتبـار بنـوده وشـروطه وبدائلـه وتعديلاتـه وتحديثاتـه وملحقاتـه.)

١. الكود المصري لبناء منشآت الرعاية الصحية
٢. قوانين الحماية المدنية المصرية
٣. لائحة وزارة الصحة والسكان بشأن وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، ٢٠٠٧
٤. متطلبات وزارة الصحة والسكان في الموقع www.mohp.org.eg
٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠١/٣٤ بشأن خدمات الجراحة والتخدير
٦. قانون ٢٠٠١/١٩٢ بشأن إدارة النفايات الخطرة
٧. القرار الرئاسي رقم ٢٠١٦/٣١٨٥
٨. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٨٥/٢٨٤ بشأن متطلبات غرفة العمليات
٩. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٢/٣٠٦ بشأن مساحات تخزين الأدوية
١٠. أدلة عمل سلامة الغذاء بمصر
١١. أدلة العمل المصرية بشأن نظام يقظة الأجهزة الطبية
١٢. أدلة عمل تخطيط مواجهة الكوارث في المستشفيات
١٣. الاستراتيجية الوطنية لإدارة الكوارث
١٤. قانون البيئة الوطني
١٥. قواعد هيئة الطاقة الذرية
١٦. نظام تصنيف الهرم الأخضر
١٧. شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في حالات الطوارئ وفقا لمنظمة الصحة العالمية
١٨. اللوائح الصحية الدولية وفقا لمنظمة الصحة العالمية
١٩. الإرشاد في كتاب السلامة البيئية - الجزء السادس
٢٠. المعدات الطبية الأساسية - منظمة الصحة العالمية

القيادة الفعالة والتخطيط لسلامة البيئة والمنشآت

EFS.01: تمتثل منشآت المستشفى إلى القوانين واللوائح وأكواد مكافحة الحريق وأكواد البناء الوطنية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي

الغرض:

بينما تهدف المستشفيات إلى توفير العلاج والراحة، إلا أنها تنطوي أيضاً علي بعض المخاطر.

تحتوي المستشفيات على مواد كيميائية خطرة، وأدوية علاج كيماوي، ومواد مشعة، ومواد مُعدية، من بين عناصر مُهددة آخري.

ولهذا السبب، تفرض السلطات الحكومية القوانين واللوائح لضمان الحماية من التعرض لهذه الأشياء.

بالإضافة إلى ذلك، توجد أيضًا مخاطر الحريق والدخان التي يمكن أن تمثل خطرا بشكل خاص على مرضى المستشفى الأكثر عرضة للمخاطر.

وضعت أكواد البناء لتقدم إرشادات بشأن إجراءات السلامة عند تصميم مباني المستشفى.

يجب أن تمتثل المستشفى إلى القوانين واللوائح والأكواد ذات الصلة مثل الحماية المدنية وأكواد الحريق والبناء من أجل ضمان سلامة المرضى والعاملين والزوار والموردين والبيئة.

أ. إذا أبلغت جهة خارجية، مثل الحماية المدنية، عن ملاحظة أثناء قيامها بالتفتيش، فإن قيادات المستشفى مسئولة عن تقديم خطة عمل تصحيحية ومتابعة أي عدم امتثال خلال الإطار الزمني المطلوب.

تضع المستشفى وتحافظ على البنية التحتية الأساسية لبرنامج سلامة البيئة والمنشآت:

ب. يجب أن تخصص للخدمات الإكلينيكية والتشخيصية المساحة الملائمة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها ونطاق خدمات المستشفى المعتمد.

ج. تصاريح وتراخيص ورسومات تصميم المستشفى متوفرة وصالحة وسارية.

د. تخطيط الميزانية لتحديث و/ أو استبدال الأدوات أو الأنظمة بما يحفظ سلامة البيئة و/ أو زيادة الخدمات المقدمة بالمستشفى.

ه. يوجد عاملون سلامة بيئية مؤهلون بما يتوافق مع متطلبات نطاق خدمات المستشفى والقوانين واللوائح.

تضع المستشفى هيكل تنظيمي لمراقبة سلامة البيئة.

و. يجب أن يوجد بالمستشفى لجنة تشرف على أنشطة وتدريبات سلامة البيئة من خلال اجتماعات منتظمة. يمكن عقد اللجنة على وجه السرعة إذا لزم الأمر.

ز. يجب أن يشمل دور اللجنة مراجعة البيانات الأساسية المجمعة، وتقارير الحوادث، وتقارير التجارب drill reports، واجراءات خطط السلامة، والإجراءات الموصى بها، وكذلك المتابعة لضمان الامتثال إلى جميع متطلبات السلامة.

ح. يجب أن ترفع اللجنة تقارير ربع سنوية إلى قيادات المستشفى، كما ينبغي أن تتلقى التغذية الراجعة من قيادات المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي توضح رسومات المستشفى وميزانيتها ومؤهلات العاملين بالسلامة بها وتقارير السلطات الخارجية وكذلك خطط العمل ومحاضر اجتماع وجدول أعمال اللجنة.
- خلال جولة مُراجع الهيئة داخل المستشفى والتتبع، قد يلاحظ الامتثال إلى القوانين واللوائح ومطابقة المساحات المخصصة مع وظائف الأقسام.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تلتزم قيادات المستشفى بقوانين ولوائح سلامة البيئة وأكواد واشتراطات البناء الوطنية.
٢. توفر المستشفى المتطلبات الأساسية لوضع برنامج سلامة البيئة والمنشآت.
٣. توجد بالمستشفى لجنة تشرف على سلامة البيئة ولها اختصاصات معتمدة.
٤. تجتمع لجنة سلامة البيئة والمنشآت دوريا ويتم تسجيل الاجتماعات.
٥. تضمن قيادات المستشفى الامتثال إلى تقارير التفتيش الخارجي وتصحيح الملاحظات خلال الإطار الزمني المطلوب.

المعايير ذات الصلة:

PCC.02: الخدمات ذات التخصصات المتعددة المتمركزة حول المريض؛ DAS.24: برنامج سلامة المعمل؛ DAS.09: برنامج السلامة من الإشعاع.

EFS.02: مراقبة برنامج سلامة بيئة ومنشآت المستشفى باستمرار.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآه

الغرض:

إن الحفاظ على وجود برنامج نشط لسلامة البيئة والمنشآت يتطلب مهارات خاصة لقياس الأداء وتحديد الفجوات وتنفيذ الإجراءات التصحيحية.

إن المشرفين علي سلامة البيئة والمنشآة مسئولون عن فحص المباني لتحديد مشكلات الصيانة والسلامة، مثل انسداد المصارف وتسرب المياه من الأسقف ومفاتيح الكهرباء المتعطلة.

كما أنهم يقومون بالإبلاغ عن هذه الحالات وتكليف العاملين بمهام العمل.

يؤدي المشرفون واجبات تتعلق ب إدارة الموارد البشرية مثل توظيف وتدريب وترقية وفصل العاملين. كما أنهم يقومون بتحفيز العاملين، وتسوية النزاعات، وإجراء تقييمات الأداء. تشمل المهام الإدارية كتابة التقارير الدورية، مثل جداول العمل وكشوف رواتب الموظفين وتخطيط الميزانية. يحافظ المشرفون أيضًا على مستوى المخزون، مثل مستلزمات التنظيف والأدوات واللوازم المكتبية.

تضمن المستشفى توافر العاملين المؤهلين وفقًا لنطاق الخدمات المقدمة والقوانين واللوائح المحلية.

أ. تحدد المستشفى عدد ومهارات العاملين المطلوبين لدعم برنامج سلامة البيئة والمنشآت.
ب. تحدد المستشفى المؤهلات المطلوبة حسب التوصيف الوظيفي.
ج. تحدد سلطة أعلى أوالهيئة الحاكمة أحيانا الحد الأدنى لعدد ومهارات العاملين، وتقرر المستشفى ما إذا كانت مثل هذه المتطلبات موجودة .
د. عندما لا يتوفر بالمستشفى طاقم عمل متاح لإدارة أجزاء معينة من البرنامج، يجب على المستشفى اتخاذ إجراءات لضمان إدارة الخدمة بشكل ملائم.

تقوم المستشفى ببناء القدرات لدعم برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

i. تحدد المستشفى المتطلبات الأساسية لتثقيف العاملين حول الموضوعات المتعلقة بسلامة البيئة والمنشآت.
ii. يجب أن يوفر برنامج التعريف بالمستشفى معلومات عن متطلبات السلامة الأساسية.
iii. يجب أن تتضمن برامج تدريب العاملين بالمستشفى تحديد والإبلاغ عن المخاطر المتعلقة بالبيئة والمنشآت.

يجب أن تضع المستشفى آليات مراقبة سلامة البيئة والمنشآت المستمرة.

- تشكيل فريق ترصد سلامة البيئة والمنشآت متعدد التخصصات من جميع المعنيين.
- يُجري الفريق جولات الترصد في جميع مناطق وخدمات المستشفى مرتين على الأقل سنويًا.

- يقدم الفريق تقارير عن جولات ترصد البيئة والمنشآت إلى المعنيين ولجنة البيئة وسلامة والمنشآت وقيادات المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي توضح مواعيد أو خطة أو جدول أعمال أو ملاحظات أو تقارير جولات ترصد البيئة والمنشآت. قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملاحظات اجتماع لجنة سلامة البيئة والمنشآت للتحقق مما إذا كان تقرير الجولة قد تم مناقشته أم لا.
- خلال عملية المراجعة التي تقوم بها الهيئة، قد يقابل مُراجع الهيئة العاملين أو قد يراجع ملفات العاملين لتقييم أعداد ومؤهلات العاملين بسلامة البيئة ولتقييم وعي العاملين بمتطلبات سلامة البيئة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تضمن المستشفى توافر العاملين المؤهلين الذين يتناسبون مع احتياجات نطاق خدمات المستشفى ومع القوانين واللوائح.
٢. تقوم المستشفي ببناء القدرات لدعم برنامج سلامة البيئة والمنشآت.
٣. تضمن المستشفى إجراء جولات ترصد للبيئة والمنشآت متعددة التخصصات في جميع مناطق وخدمات المستشفى مرتين على الأقل كل عام.
٤. تقديم تقرير نصف سنوي إلى الهيئة الحاكمة حول الملاحظات المهمة أثناء جولات ترصد البيئة والمنشآت متضمنا الإجراءات التصحيحية المتخذة أو اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.04: بيئة خالية من التدخين.

تخطيط آمن لمكافحة الحريق

EFS.03: (NSR.21) تتناول خطة السلامة من الحريق والدخان الوقاية والاكتشاف المبكر والاستجابة والإخلاء الآمن في حالة نشوب حريق و/ أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

السلامة من الحريق والدخان

الغرض:

إن أحد الاعتبارات الهامة في تصميم السلامة بالمستشفيات هو الوقاية من الحريق، خاصة فيما يتعلق بقابلية احتراق مواد البناء والأثاث وانتشار النار والدخان.

في حالة نشوب حرائق عرضية أو مُتعمَّدة، يجب أن تكون معدات إطفاء الحريق متاحة بسهولة لمكافحة هذه الحريق.

يجب أن يكون لدي العاملين بالمستشفي معرفة عملية بكيفية استخدام المعدات وتجنب الذعر.

إذا لم يكن هناك بديلاً آخر ،وعند الفشل في إخماد الحريق بالكامل ، فإن الحل الأخير هو إخلاء المستشفى.

إن نقل جميع المرضى والزوار والعاملين خارج المناطق الخطرة وبعيداً عن المرافق التي أصابها التلف بأمان قدر الإمكان هو دائمًا هدف الإخلاء.

من الهام إدراك أن اهتمام الناس بالتفاصيل والعمليات ليس الأمثل في سيناريو الإخلاء. ولذا فإن فهم المبادئ الأساسية سيساعد العاملين على اتخاذ قرارات جيدة عند حدوث الفوضى.

تضع المستشفى خطة السلامة من الحريق والدخان والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. تقييم مخاطر مستمر والذي يتضمن الخصائص التالية:
   i. تقييم الامتثال إلى لوائح الحماية المدنية.

ii. تقييم الامتثال إلى أكواد مكافحة الحرائق وأكواد البناء.
iii. يشتمل علي أساليب عزل الحريق والدخان، والمناطق تحت الإنشاء، والمناطق الأخرى عالية الخطورة مثل: المخازن، خزانات الوقود، والمطابخ ومنها الشفاطات، والمولدات، والمغسلة، ومناطق إمدادات الأكسجين، وغرف الغازات الطبية، ولوحات التحكم في الكهرباء، وغرفة السجلات الطبية، وغرفة النفايات، ...إلخ.
iv. يتناول سلامة جميع شاغلي المكان ومنهم المرضى والأسر والعاملين الذين يعملون بنظام الدوام الكامل والعاملين الذين يعملون بنظام الدوام الجزئي والزوار والموردين والمتعاقدين وغيرهم.
v. يتناول الإخلاء في حالات نشوب حريق وغيرها من حالات الطوارئ، على سبيل المثال: تسرب غاز خطير.
vi. إجراء تقييم مخاطر خاص أثناء التطوير والبناء.

ب. نظام الكشف المبكر عن الحريق والدخان، بما في ذلك لوحة التحكم المركزية المتصلة بجميع مناطق المستشفى وفقًا لوظيفتها، وضمان المراقبة المستمرة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم طوال أيام الأسبوع.
ج. نظام إخماد الحريق مثل نظام المياه، وطفاية الحريق الآلية أو اليدوية.
د. كتابة قائمة بأنظمة مكافحة الحريق والإنذار تتضمن اختبار الصيانة وجدول التفتيش.
ه. توفر مخارج حريق آمنة لا يعترضها عوائق، مع وجود لافتات واضحة تشير إلى مناطق التجمع وضوء الطوارئ، بالإضافة إلى اللافتات الأخرى ذات الصلة مثل كيفية إطلاق إنذار الحريق وكيفية استخدام طفاية الحريق وبكرة الخرطوم.
و. فحص جميع أنظمة مكافحة الحريق وإنذار الحريق، وتسجيل النتائج مع الإجراءات التصحيحية اللازمة.
ز. التخزين والتعامل الآمن مع المواد سريعة الاشتعال.
ح. يجب على المستشفى إجراء تدريب وتعريف سنوي ملائم لجميع العاملين بطريقة عملية للتأكد من أن كل شخص بالمستشفى يمكنه:
i. اتباع خطوات تقنية (PASS) لإخماد النار باستخدام طفاية الحريق ، (RACE) لإنقاذ الموجودين في الموقع من الحريق.
ii. تحديد المسئول عن اغلاق صمامات الغازات الطبية مع توفير مصادر اكسجين بديلة فى حالة نشوب حريق.
iii. الإخلاء الآمن لجميع شاغلي المكان.
iv. تقديم تدريب خاص عن إخلاء المرضى المعرضين لخطورة عالية مثل مرضى (غرف العمليات ووحدات العناية المركزة).
v. مسار إخلاء المستشفى، ومناطق التجمع، ونقاط التجمع.

ط. توثيق جميع النتائج بطريقة سليمة والتكرار وفقا لخطة التدريب.
ي. تقييم الخطة سنويًا، وإذا لزم الأمر وفقًا لنتائج مؤشرات الأداء الرئيسية أو الحوادث الرئيسية ذات الصلة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة السلامة من الحريق، وعمليات التفتيش على السلامة من الحريق، وصيانة أنظمة الحريق.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من أن إنذار الحريق وأنظمة مكافحة الحريق و أنظمة احتواء الدخان تعمل بشكل فعال وتمتثل إلى متطلبات الحماية المدنية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة خطة التجارب العملية (تجارب المحاكاة) وتدريب العاملين (يجب تدريب جميع العاملين على السلامة من الحريق).

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة معتمدة للسلامة من الحريق والدخان وتتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).
٢. يوجد بالمستشفى نظم إنذار حريق ومكافحة حريق واحتواء دخان، علي أن تكون تعمل بصورة جيدة وتمتثل إلى متطلبات الحماية المدنية.
٣. يتم إجراء وتسجيل فحص واختبار وصيانة أنظمة إنذار الحريق ومكافحة الحريق واحتواء الدخان.
٤. تقدم المستشفى التعريف لجميع العاملين حول الاستجابة للحريق والإخلاء مرة واحدة على الأقل سنويًا.
٥. تضمن المستشفى عمليات إخلاء آمنة لجميع شاغلي المكان في حالة نشوب حريق و/ أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.
٦. يتم تقييم خطة السلامة من الحريق والدخان سنويًا، وكلما لزم ذلك، مع تجميع البيانات اللازمة وتحليلها.

المعايير ذات الصلة:

EFS.04: بيئة خالية من التدخين ، EFS.02: مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

EFS.04: المناطق الإكلينيكية وغير الإكلينيكية بالمستشفى خالية من التدخين.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بيئة خالية من التدخين

الغرض:

وفقًا **لمركز مكافحة الأمراض** (CDC) ، يسبب التدخين حوالي ٩٠٪ (أو ٩ من أصل ١٠) من إجمالي وفيات سرطان الرئة. ويتوفى عدد أكبر من النساء بسبب سرطان الرئة كل عام مقارنة بسرطان الثدي. ويتسبب التدخين في حوالي ٨٠٪ (أو ٨ من أصل ١٠) من إجمالي الوفيات الناجمة عن مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD). وتدخين السجائر يزيد خطر التعرض للوفاه من المسببات الأخرى بين الرجال والنساء

أثبتت الدراسات أنه على الرغم من أن المستشفيات تحظر التدخين داخلها، إلا أن العديد من الأشخاص يستمرون في التدخين خارجها، مما يخلق مشاكل تتعلق بالتدخين السلبي، والنفايات، ومخاطر الحريق، والقدوة السيئة.

تعد سياسات حظر التدخين أحد المكونات الهامة للنهج المعرفي البيئي والاجتماعي للحد من استخدام التبغ والأمراض المرتبطة به.

بالإضافة إلى ذلك، أفادت التقارير بأن سياسات حظر التدخين لها العديد من الآثار الإيجابية على أداء العاملين واستبقائهم.

تضمن المستشفى بيئة خالية من التدخين للمرضى كما تضمن سلامة البيئة من خلال وجود سياسة وإجراءات متعلقة ببيئة خالية من التدخين، ووضع اللافتات المناسبة وفقًا للقوانين واللوائح.

يجب أن تتضمن السياسة أي استثناءات وعقوبات والمنطقة المخصصة للتدخين خارج المبنى.

يجب تعريف جميع العاملين بسياسة البيئة الخالية من التدخين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة عدم التدخين، ثم يلي ذلك إجراء مقابلات مع العاملين و/ أو المرضى للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى، وأماكن المناطق المخصصة للتدخين، وعواقب عدم الامتثال إلى هذه السياسة.
- أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة، قد يلاحظ المُراجعون أدلة على عدم الإلتزام بهذه السياسة مثل وجود بقايا السجائر وعلب السجائر خاصة في المناطق البعيدة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة خاصة بالبيئة الخالية من التدخين.
٢. العاملين والمرضى والزوار على دراية بسياسة المستشفى.
٣. لا لا يقوم شاغلي المكان ، وفقًا للقوانين واللوائح، بالتدخين في جميع المناطق باستثناء المناطق المخصصة.
٤. تراقب المستشفى الإلتزام بسياسة البيئة الخالية من التدخين.

المعايير ذات الصلة:

EFS.03: السلامة من الحريق والدخان؛ EFS.02: مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

EFS.05: (NSR.22) إجراء تجارب المحاكاة للحريق في مختلف المناطق الإكلينيكية وغير الإكلينيكية، من بينهم تجربة غير معلنة مرة واحدة في العام على الأقل.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تدريبات مكافحة تجارب المحاكاة للحريق

الغرض:

يتم تصميم تدريبات مكافحة الحريق من أجل:

أ. التأكد من خلال التدريب والمحاكاة المنتظمين ، من أن العاملين يكتسبون معرفة وفهم لخطة السلامة من الحريق حتى يتمكنوا من التصرف بسرعة وأمان وبطريقة منظمة.
ب. زيادة الثقة بالنفس والقدرة على القيام بمسئولياتهم في حالة نشوب حريق.

يجب تدريب العاملين بالمستشفى على مكافحة الحريق والإخلاء الآمن من تجارب المحاكاة المنتظمة لضمان استعداد العاملين في حالة نشوب حريق و/ أو حالات الطوارئ الداخلية الأخرى.

تسجل المستشفى تفاصيل تجارب المحاكاة للحريق والتي تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ. التواريخ والتوقيتات
ب. العاملون الذين شاركوا في التدريبات
ج. المناطق المشمولة
د. النوبتجيات
ه. تقييم تجربة المحاكاة وخطة العمل التصحيحية

إجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بخطط السلامة من الحريق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات مثل RACE و PASS.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات تجارب المحاكاة للحريق والإخلاء والتي تتضمن التواريخ والأوقات والعاملين المشاركين والمناطق المشمولة في المستشفى وخطة العمل التصحيحية بناءً على تقييم التجربة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بخطط السلامة من الحريق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات مثل تقنية (PASS) لإخماد النار باستخدام طفاية الحريق، (RACE) لإنقاذ الموجودين في الموقع من الحريق.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. إجراء تجارب المحاكاة للحريق في بناءاً على فترات زمنية محددة مسبقًا.

٢. يشارك العاملون في تجارب المحاكاة للحريق مرة واحدة على الأقل سنويًا.
٣. تسجيل نتائج تجارب المحاكاة للحريق التي تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٤. إجراء تقييم نتائج تجارب المحاكاة للحريق بعد إجراء كل تجربة.
٥. تخطط المستشفى الإجراء تصحيحي، كلما دعت الحاجة لذلك.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01: سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي

خطة التعامل الآمن مع المواد الخطرة والنفايات

EFS.06: (NSR.23) تضع المستشفي خطط التعامل الآمن والتخزين والاستخدام ونقل المواد الخطرة والنفايات بصورة آمنة

السلامة

الكلمات الرئيسية:

السلامة من المواد الخطرة

الغرض:

إن المواد الخطرة هي المواد الكيميائية التي إذا تم تسربها أو إساءة استخدامها يمكن أن تشكل تهديدًا على البيئة أو الحياة أو الصحة. تُستخدم هذه المواد الكيميائية في الصناعة والزراعة والطب والأبحاث والسلع الاستهلاكية.

تأتي المواد الخطرة في شكل مواد قابلة للإنفجار، ومواد قابلة للاشتعال، ومواد قابلة للاحتراق وسموم ومواد مشعة. يتم هذه المواد في الغالب بسبب حوادث النقل أو الحوادث الكيميائية في المستشفى.

نظرًا لأن آثار المواد الخطرة يمكن أن تكون مدمرة وبعيدة المدى، فمن المهم أن تخطط المستشفى. الاستخدام الآمن وتهيئة بيئة العمل لها

نفايات المستشفى هي أي نفايات تنتج خلال التشخيص، العلاج أو اعطاء اللقاحات للأشخاص أو خلال الأبحاث التي تُجرى في المستشفى

تشتمل نفايات الرعاية الصحية على مواد مُعدية وكيميائية وأدوية منتهية الصلاحية ومواد مشعة وأدوات حادة. وهذه الأشياء قد تسبب الأمراض وقد تضر البيئة. وتعد صناديق الأدوية وعلب المواد الطبية والأغذية، وبقايا الطعام ومخلفات المكاتب من نفايات الرعاية الصحية الأخري ولكنها ليست ضارة.

إن إدارة نفايات المستشفي هو إدارة النفايات التي تنتجها المستشفيات باستخدام التقنيات التي من شأنها أن تساعد في التحقق من عدم انتشار الأمراض.

يجب على المستشفى أن تحدد وتتحكم في المواد والنفايات الخطرة في جميع أنحاء المستشفى من أجل ضمان سلامة العاملين والمرضى والأقارب الموردين والبيئة.

تُصنف المواد والنفايات الخطرة إلى الفئات التالية وفقًا لتصنيف منظمة الصحة العالمية:

i. معدية
ii. باثولوجية وتشريحية
iii. دوائية
iv. كيميائية
v. معادن ثقيلة
vi. حاويات مضغوطة
vii. أدوات حادة
viii. سامة للجينات/ سامة للخلايا

ix. مشعة

تتضمن خطة التعامل مع المواد والنفايات الخطرة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ. المخزون الحالي والمحدث للمواد الخطرة المستخدمة بالمستشفى، وينبغي أن يتضمن الجرد اسم المادة ونوع الخطر والموقع والاستخدام ومعدل الاستهلاك والمسئولية.

ب. يجب أن تكون صحيفة بيانات سلامة المواد (MSDS) متاحة وتتضمن معلومات مثل البيانات الفيزيائية، ونوع المواد الخطرة (قابلة للاشتعال، سامة للخلايا، مسببة للتآكل، مسببة للسرطان، ...إلخ)، والتخزين الآمن، وكيفية التعامل مع الانسكابات والتعرض، والإسعافات الأولية، و كيفية التخلص منها.

ج. وضع الملصقات التعريفية المناسبة على المواد الخطرة.

د. إجراءات الاستخدام الآمن للمواد الخطرة والتعامل معها وتخزينها وانسكاباتها.

ه. فصل جميع تصنيفات النفايات الخطرة ووضع ملصقات تعريفية عليها والتعامل معها وتخزينها ونقلها والتخلص منها بطريقة ملائمة.

و. توافر معدات الحماية ومعدات إزالة الانسكابات اللازمة.

ز. التحقيق في الحوادث المختلفة مثل الانسكاب والتعرض وتوثيقها.

ح. الامتثال إلى القوانين المحلية واللوائح، وتوافر التراخيص و/ أو التصاريح المطلوبة.

ط. تدريب وتعريف العاملين.

ي. تقييم الخطة وتحديثها سنويًا و/ أو عند اللزوم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج التعامل مع المواد والنفايات الخطرة للتأكد من أنه يتناول جميع متطلبات السلامة من المواد الخطرة، والتخزين الآمن، والتعامل مع الانسكابات، ومعدات الحماية المطلوبة، والتخلص من النفايات وفقًا للقوانين المحلية واللوائح.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة خطة التخلص من المواد والنفايات الخطرة ، وقوائم جرد المواد والنفايات الخطرة، وكذلك صحيفة بيانات سلامة المواد أثناء جلسة مراجعة الوثائق أو أثناء الجولة والتتبع بالمستشفى.
- قد يتفقد مُراجع الهيئة وضع ملصقات تعريفية على المواد الخطرة وتخزينها بالإضافة إلى مخزن تجميع وفصل النفايات والتخلص النهائي منها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تضع المستشفى خطة إدارة المواد الخطرة والنفايات الخطرة والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).

٢. تضمن المستشفى سلامة العاملين عند التعامل مع المواد و/ أو النفايات الخطرة.

٣. التخلص من النفايات يتم وفقا للقوانين واللوائح.

٤. تضمن المستشفى الاستخدام الآمن للمواد والتعامل معها وتخزينها ووضع ملصقات عليها بطريقة ملائمة.

٥. يوجد بالمستشفى وثيقة معتمدة للتعامل مع الانسكابات والتحقيق فيها وتسجيل الحوادث المختلفة المتعلقة بالمواد الخطرة.

٦. تقييم الخطة وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01: سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي؛ EFS.02: مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت؛ DAS.24: برنامج سلامة المعمل؛ DAS.09: برنامج السلامة من الإشعاع.

تخطيط السلامة والأمن

EFS.07: (NSR.24) خطـة بيئـة العمـل الآمنـة تتنـاول الأماكـن والإجـراءات عاليـة الخطـورة ومتطلبـات وأدوات ومسـئوليات الحـد مـن المخاطـر.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة إدارة السلامة

الغرض:

تلتزم أماكن الخدمات الصحية بتوفير بيئة آمنة للمرضى والعاملين والزوار.

تحافظ تدابير السلامة بالمستشفي علي سلامة المرضى والعاملين والزوار من المخاطر غير الملائمة مثل الكهرباء ومن السلوك غير اللائق مثل العنف والإعتداء.

يجب أن توجد بالمستشفى خطة سلامة تتناول المباني والممتلكات والمعدات الطبية والأنظمة من أجل ضمان بيئة آمنة للمرضى والأسر والعاملين والزوار والموردين.

تتضمن خطة السلامة على الأقل ما يلي:

أ. تقييم المخاطر الاستباقي.

ب. التخطيط الفعال لمنع الحوادث والإصابات وتقليل المخاطر المحتملة والحفاظ على ظروف آمنة لجميع شاغلي المكان للحد من المخاطر والسيطرة عليها.

ج. عمليات مكافحة الآفات والقوارض.

د. تحدد المستشفى المخاطر المحتملة بسبب تعطل نظام و/ أو سلوك العاملين، على سبيل المثال: أرضية رطبة؛ وتسرب المياه من السقف بجانب علب الكهرباء؛ والتعامل غير السليم مع الأدوات الحادة؛ وعدم الالتزام بمعدات الحماية الشخصية في حالة العمل على ارتفاعات وفي حالة القيام بالتقطيع واللحام والتعامل مع الجهد العالي؛ والتخزين غير الآمن.

ه. التفتيش المنتظم مع توثيق النتائج وتنفيذ الإجراءات التصحيحية والمتابعة المناسبة.

و. تحسينات من أجل التجديد أو الاستبدال على المدى الطويل.

ز. التدريب على السلامة بناءً على تحليل مخاطر الوظيفة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة/ خطط السلامة للتأكد من أنها تتضمن الترصد المناسب لتقييم المخاطر.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة خطة جولات الترصد وقائمة التحقق والملاحظات المختلفة والإجراءات التصحيحية الملائمة حيثما يكون مناسبا.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة العمال في مناطق مختلفة مثل الورش ومناطق جمع النفايات للتحقق من استخدام معدات الحماية الشخصية المناسبة ((PPE.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد بالمستشفى خطة معتمدة لضمان بيئة عمل آمنة والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).

٢. العاملون على دراية بإجراءات السلامة المتعلقة بوظيفتهم.

٣. تنفيذ إجراءات السلامة في جميع المناطق.

٤. نشر تعليمات السلامة في جميع المناطق عالية الخطورة.

٥. تقييم خطة إدارة السلامة وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01: سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي؛ IPC.02: برنامج وتقييم مخاطر وأدلة عمل مكافحة ومنع انتشار العدوى؛ DAS.24: برنامج سلامة المعمل؛ DAS.09: برنامج السلامة من الإشعاع.

EFS.08: تقوم المستشفى بإجراء تقييم مخاطر ما قبل البناء عند التخطيط للبناء أو التطوير.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم مخاطر ما قبل البناء

الغرض:

يؤثر البناء الجديد أو التطوير في المستشفى على جميع شاغلي المكان، الذين قد يعانون من تغير جودة الهواء بسبب الغبار أو الروائح والضوضاء والاهتزاز ومخلفات الهدد.

عند القيام ببناء جديد أو تطوير في المستشفى، يجب إجراء تقييم مخاطر ما قبل البناء (PCRA) وعمل تقييم له من أجل وضع خطة من شأنها تقليل المخاطر المصاحبة.

تضمن المستشفى مشاركة جميع الأقسام المتأثرة بالبناء أو التطوير، ومنها إدارة المشروعات، ومكافحة العدوى، والسلامة، والأمن، والفندقة، وتكنولوجيا المعلومات، والهندسة، والأقسام الإكلينيكية، والمقاولين الخارجيين.

يشمل تقييم مخاطر ما قبل البناء، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ. مستوى الضوضاء
ب. الاهتزاز
ج. مكافحة العدوى
د. جودة الهواء
ه. مخاطر نشوب حريق
و. المرافق المتضررة (الكهرباء، والمياه، والغازات...إلخ.)
ز. المواد الخطرة
ح. النفايات ومخلفات الهدد
ط. أي مخاطر أخرى تتعلق بالبناء/ التطوير

تضمن المستشفى مراقبة وتوثيق جميع الأنشطة وجميع المخاطر المتعلقة بالبناء والتطوير.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق تقييم مخاطر ما قبل البناء والتحقق من تنفيذ توصيات تقييم المخاطر.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمقابلة العاملين أو المرضى أو المقاولين في منطقة البناء للتحقق مما إذا كانوا على دراية بالاحتياطات المطلوبة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تُجري المستشفى تقييم مخاطر ما قبل البناء قبل البدء في أي أعمال بناء أو تطوير.
٢. تشارك جميع الإدارات المُتأثرة في تقييم المخاطر.
٣. تخطط المستشفى الإجراءات التصحيحية كلما دعت الحاجة.
٤. في حالة الاستعانة بمقاول، تتابع وتقيم المستشفي مدي التزام المقاولين.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01: سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي.

EFS.09: تتنـاول خطـة الأمـن أمـن كلاً مـن جميـع شـاغلي المـكان والممتلـكات بمـا فـي ذلـك المناطـق المحظـورة والمعزولـة وتتضمـن أسـاليب، وسـائل التحكـم، الأدوات والمسـئوليات عـن المخاطـر

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة الأمن

الغرض:

إن قضايـا الأمـن مثـل العنـف والاعتـداء والسـرقة والتحـرش والانتحـار والتهديـد بتفجيـر القنابـل والإرهـاب وإطـلاق النـار واختطـاف الأطفـال شـائعة فـي المستشـفيات.

عـادة مـا تفـرض المستشـفى قواعـد سـلوك لا تتسـامح مـع الاعتـداء الجسـدي أو اللفظـي أو الإسـاءة للعامليـن أو المرضـى أو أفـراد الأسـرة أو الـزوار.

للحفـاظ علـى العامليـن والمرضـى والـزوار فـي أمـان ، قـد تسـتخدم المستشـفيات مجموعـة مـن الإجـراءات الأمنيـة تتضمـن اسـتخدام كاميـرات الدوائـر التلفزيونيـة المغلقـة، أجهـزة إنـذار تعـرض العامليـن للإكـراه، وأنظمـة التحكـم الإلكترونـي فـي المداخـل. كمـا تقـوم بعـض المستشـفيات بتعييـن موظفـي أمـن.

تضمـن المستشـفى حمايـة جميـع شـاغلي المـكان مـن العنـف والإعتـداء والسـرقات والتحـرش والانتحـار والتهديـد بتفجيـر القنابـل والإرهـاب وإطـلاق النـار واختطـاف الأطفـال.

تتضمن خطة الأمن، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ. تقييم المخاطر الأمنية.
ب. التأكد من تحديد هوية المرضى والزوار والعاملين بالمستشفى.
ج. تحديد هوية الموردين/ المتعاقدين مع تحديد حركتهم داخل المستشفى.
د. يجـب حمايـة المرضـى الضعفـاء مثـل كبـار السـن والرضـع وذوي الاضطرابـات العقليـة وذوي الإعاقـة مـن سـوء المعاملـة والأضـرار المذكـورة أعلاه.
ه. يجب حماية الأطفال من الاختطاف.
و. يجب إجراء تجربة محاكاة على كيفية التعامل في حالة اختطاف طفل مرة كل عام على الأقل.
ز. مراقبة المناطق البعيدة والمعزولة.
ح. تدريب وتعريف العاملين.
ط. تقييـم الخطـة سـنويًا وإذا لـزم الأمـر وفقًـا لنتائـج مؤشـرات/مقاييس الأداء الرئيسـية أو عنـد وقـوع حـوادث كبـري ذات الصلـة.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة خطـة/ خطـط الأمـن للتأكـد مـن أنهـا تتضمـن اجـراء الترصـد المناسـب لتقييـم المخاطـر وأمـن المناطـق عاليـة المخاطـر ومتطلبـات الأمـن، وكذلـك المناطـق التـي يتـم يلـزم التحكـم فـي الوصـول إليهـا.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بمراجعـة خطـة جـولات الترصـد وقائمـة التحقـق والملاحظـات المختلفـة والإجـراءات التصحيحيـة الملائمـة حيثمـا يكـون مناسـبا.
- قـد يتحقـق مُراجـع الهيئـة مـن خطـة الأمـن والكاميـرات وشاشـات المراقبـة وبطاقـات هويـة العامليـن والمناطـق التـي يتـم يلـزم التحكـم فـي الوصـول إليهـا.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة أمن معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٢. تثقيف جميع العاملين بشأن خطة الأمن مرة كل عام على الأقل.
٣. تنفيذ الإجراءات الأمنية ومنها تحديد هوية شاغلي المكان
٤. حماية شاغلي المكان من الأذى، مثل العنف الإعتداء واختطاف الرضع/ الأطفال.
٥. حماية وتأمين المناطق المحظورة والمعزولة.
٦. تقييم خطة الأمن وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01: سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي ؛ ICD.32: خدمات غسيل الكلى؛ ICD.34: الإنذارات الحرجة؛ ICD.36: معدات ومستلزمات الطوارئ.

معدات طبية آمنة

EFS.10: (NSR.27) تضمن خطة المعدات الطبية الإختيار الآمن والفحص والاختبار والصيانة والاستخدام الآمن للمعدات الطبية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة المعدات الطبية

الغرض:

تعتبر المعدات الطبية ضرورية لتشخيص وعلاج المرضى.

يوجد في معظم المستشفيات فريق هندسة طبية هندسة الأجهزة الطبية مدرب يتعامل مع جميع المعدات الطبية، ويكون مسئولاً عن التعامل مع مخاطر المعدات الطبية. وتحمل مسئولية هذا العدد الكبير من الأجهزة يعد أمرًا مرهقًا، خاصةً عندما تكون المخاطر عالية جدًا.

ولا تؤدي الإدارة والرقابة المتكاسلة إلي ضعف الكفاءة فحسب، بل قد تضر نتائج المرضى ضررا بالغا. فعلي سبيل المثال : فإن سوء الصيانة يزيد من عدد مرات تعطل الأجهزة، كما أن عدم كفاية الخدمة والتعقيم قد يضر كلا من الأطباء والمرضى.

ولهذا فهناك أهمية لوضع بعض أدلة العمل الأساسية بشأن سلامة المعدات والخدمات.

تضع المستشفى خطة إدارة المعدات الطبية والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. وضع معايير اختيار المعدات الطبية الجديدة.
ب. فحص واختبار المعدات الطبية الجديدة عند الشراء وعلى فترات زمنية محددة مسبقًا.
ج. تدريب العاملين عند تعيينهم على الاستخدام الآمن للمعدات الطبية على يد شخص مؤهل ، وعند تركيب معدات جديدة، وبشكل منتظم ومحدد مسبقًا.
د. جرد المعدات الطبية ويتضمن ذلك الإتاحة، ودرجة أهمية المعدة، والحالة التشغيلية .
ه. تحديد المعدات الطبية الحرجة التي يجب أن تكون متاحة للمشغل حتى من خلال توفير أجهزة احتياطية، مثل معدات إنقاذ الحياة، وأجهزة التنفس الصناعي، جهاز الصدمات الكهربائية للقلب.
و. تحديد قوائم المعدات المتخصصة والحرجة.
ز. الصيانة الوقائية الدورية وفقًا لتوصيات الشركة المصنعة التي توصي عادةً باستخدام أنظمة وسم أو بطاقات يدون عليها التواريخ والمواعيد المقررة للصيانة الوقائية الدورية أو وضع ملصقات تعريفية على المعدات المعطلة.
ح. معايرة المعدات الطبية حسب توصيات الشركة المصنعة و/ أو استخدامها.

ط. أعطال وإصلاح المعدات الطبية.
ي. التعامل مع الأحداث الضارة المتعلقة بالمعدات ، ويتضمن ذلك الإجراءات المتخذة، ونظام المعدات الاحتياطية، والإبلاغ عنها
ك. تحديث و/ أو تكهين و/ أو استبدال المعدات الطبية بطريقة مخططة ومنهجية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج صيانة المعدات الطبية لضمان توافر جميع الوثائق المطلوبة، وجرد المعدات الطبية، وجدول الصيانة الوقائية، وجدول المعايرة، وسجلات تدريب العاملين.
- خلال عملية المراجعة الذي تجريها الهيئة، قد يتحقق المُراجع من الأداء الوظيفي للمعدات الطبية ويتتبع سجلات بعض المعدات الطبية

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة إدارة المعدات الطبية والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ك).
٢. يوجد بالمستشفى أفراد مؤهلون للإشراف على إدارة المعدات الطبية.
٣. تثقيف العاملين بشأن خطة المعدات الطبية مرة كل عام على الأقل.
٤. الاحتفاظ بسجلات جرد المعدات الطبية، وتدريب المستخدمين، وبطاقات تعريف المعدات، ووسائل الاتصال بالشركة في حالات الطوارئ، والاختبار عند التركيب، والصيانة الوقائية الدورية، والمعايرة، وسجل الأعطال.
٥. تضمن المستشفى ألا يتعامل مع المعدات المتخصصة إلا الأشخاص المدربين والمؤهلين.
٦. تقييم الخطة وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01: سلامة البيئة والمنشآت بالمستشفي ؛ EFS.02: مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت.

خطة مرافق آمنة

EFS.11: (NSR.28) تتناول خطة المرافق الأساسية الفحص المنتظم والصيانة والاختبار.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

إدارة المرافق

الغرض:

من المتوقع أن تقدم المستشفيات لمرضاها رعاية صحية آمنة وموثوقة. وإن التخطيط لأنشطة الاستجابة والإصلاح المناسبة في حالة تعطل أنظمة مرافق المستشفى يعد أمرًا ضروريًا لتحقيق هذا التوقع.
تشكل هذه الأنظمة البنية التحتية التشغيلية التي تسمح بإجراء رعاية آمنة للمرضى.
إن بعض أهم المرافق تتضمن المرافق الميكانيكية (مثل التدفئة والتهوية والتبريد)؛ والمرافق الكهربائية (أي مصادر الطاقة العادية ومصادر الطاقة في حالات الطوارئ)؛ والمياه الساخنة والباردة؛ وأنظمة السباكة؛ والصرف؛ ونظم التكنولوجيا والتي تشمل عدد لا يحصى من أنظمة الاتصالات ونقل البيانات؛ ومرافق النقل العمودي؛ وأنظمة الوقود؛ وأنظمة التحكم في الدخول، وإنذار تعرض العاملين للإكراه، وأنظمة الترصد؛ والغازات الطبية، وأنظمة التهوية وشفط الهواء؛ وأنظمة الأنابيب الهوائية.
يجب أن يوجد بالمستشفى خطة إدارة المرافق من أجل ضمان كفاءة وفعالية جميع المرافق، وتتضمن الخطة على الأقل ما يلي:

أ. جرد جميع أنظمة المرافق الرئيسية، مثل: الكهرباء، وإمدادات المياه، والغازات الطبية، والتدفئة، والتهوية، وتكييف الهواء، وأنظمة الاتصالات، والصرف الصحي، ومصادر الوقود، وإنذار الحريق، والمصاعد.
ب. مُخطط نظام المرافق.
ج. تدريب العاملين على خطة المرافق.
د. الفحص والاختبار الدوري/بشكل منتظم والصيانة التصحيحية للمرافق.
ه. اختبار المولد الكهربائي بأحمال وبدون أحمال بشكل منتظم.
و. توفير الوقود اللازم لتشغيل المولد في حالة الطوارئ.
ز. تنظيف وتعقيم خزانات المياه واختبار جودة المياه بأخذ عينات بشكل منتظم من أجل الفحص الكيميائي والبكتريولوجي مع توثيق النتائج مرة على الأقل كل ثلاثة أشهر و/ أو عدد مرات أكثر من ذلك إذا اقتضت القوانين واللوائح أو حالة مصدر المياه.
ح. خطة الصيانة الوقائية وفقا لتوصيات الشركة المصنعة.
ط. تجمع المستشفى البيانات بشكل منتظم ودقيق وتحللها، مثل: تكرار الأعطال، والامتثال للصيانة الوقائية من أجل المراقبة والتحديث بشكل صحيح، وتحسين النظم المختلفة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة إدارة المرافق للتأكد من توافر جميع الأنظمة المطلوبة، والفحص الدوري، والصيانة والمرافق الاحتياطية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق الفحص، وجدول الصيانة الوقائية، والعقود، والمعدات، فضلا عن نتائج اختبار المولدات و/ أو الخزانات و/أو الأنظمة الرئيسية الأخرى للتأكد من أن المرافق تعمل (٢٤ ساعة/ ٧ أيام).

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة إدارة المرافق والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ط).
٢. يوجد بالمستشفى عاملين مؤهلين للإشراف على أنظمة المرافق.
٣. تثقيف العاملين بشأن خطة أنظمة المرافق مرة كل عام على الأقل.
٤. الاحتفاظ بسجلات جرد أنظمة المرافق واختبارها وصيانتها الوقائية الدورية وسجل الأعطال.
٥. تحديد أنظمة المرافق الحرجة وضمان توافر مرافق احتياطية.
٦. تقييم الخطة وتحديثها سنويًا من خلال تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

ACT.16: تقرير الخروج من المستشفى؛ ICD.03: الرعاية قبل دخول المستشفى، ورعاية الإسعاف، والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث.

EFS.12: خدمات المياه آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات المياه

الغرض:

تعد أنظمة توصيل المياه من المكونات الأساسية لبيئة الرعاية بالمستشفيات والتي يجب صيانتها باستمرار بطريقة آمنة.
يؤدي عدم توفير المياه الآمنة إلى زيادة مخاطر العدوى إما بشكل مباشر من خلال استهلاك أو استخدام مياه غير آمنة، أو بشكل غير مباشر بسبب عدم قدرة متخصصي الرعاية الصحية على الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى الأساسية مثل

نظافة اليدين.

تعتبر المياه ذات الجودة المناسبة المستخدمة في تحضير سائل غسيل الكلى مكونًا أساسيًا لغسيل الكلى والعلاجات ذات الصلة لحماية مرضى غسيل الكلى من الآثار الضارة الناشئة عن الملوثات الكيميائية والميكروبيولوجية المعروفة والموجودة في الماء وعن عدم تحضير سائل غسيل الكلى بشكل صحيح

تعتمد خدمات المياه الآمنة على الحفاظ على معايير جودة المياه التي يضعها مُورد المياه العام بالمجتمع، والذي عادة ما يكون البلدية في المنطقة التي تقع فيها المستشفى.

ثم تنتقل المسئولية عن جودة المياه إلى المرفق بمجرد دخول المياه إلى البنية التحتية لتوزيع المياه بالمنشأة، مما يعكس الأدوار التكميلية للوقاية من العدوى (راجع برنامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة (WASH) التابع لمنظمة الصحة العالمية).

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لعملية إدارة خدمات المياه بشكل آمن والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. الصيانة والمراقبة الروتينية لأنظمة توزيع ومعالجة المياه.
ب. التدريب والتثقيف المستمر لمشغلي أنظمة معالجة المياه.
ج. مراقبة المياه في جميع مراحلها (مياه الشرب، المياه المقطرة ، مياه غسيل الكلى).
د. طرق ومعدل تكرار قياس الملوثات الميكروبيولوجية والكيميائية.
ه. التركيزات القصوى المسموح بها من الملوثات الميكروبيولوجية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة توافر المياه في جميع المباني.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة تقارير التحليل الكيميائي والبكتريولوجي لخدمات المياه ومياه الغسيل الكلوي.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بتقييم الإجراءات التصحيحية التي اتخذتها المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. يتوفر بالمستشفى مصدر إمداد بالمياه مستمر.
٣. إجراء التحليلات الكيميائية والميكروبيولوجية بانتظام على خدمات المياه ومياه غسيل الكلى وتسجيلها.
٤. يتخذ المستشفى الإجراءات التصحيحية المناسبة عند الحاجة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.11: إدارة المرافق.

خطة الاستعداد للطوارئ بشكل آمن

EFS.13: خطة الاستعداد للطوارئ تتناول الاستجابة إلى الكوارث التي يحتمل حدوثها داخل المنطقة الجغرافية للمستشفى .

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة الكوارث

الغرض:

مع التغيرات المناخية، وزيادة التلوث والتقدم التكنولوجي، أصبحت الأرض أكثر عرضة للكوارث الطبيعية. فانتشرت

الفيضانات والجفاف والأعاصير والزلازل والانزلاقات الأرضية. وشهدت العقود القليلة الماضية زيادة كبيرة في الكوارث مما تسبب في خسائر بشرية هائلة، من حيث الخسائر في الأرواح وحالات الإصابة بالعجز بالإضافة إلى الخسائر الاقتصادية الضخمة. وعلى الرغم من أنه قد لا يمكن الوقاية الكاملة من هذه الكوارث، إلا أنه يمكن تقليل تأثيرها من خلال التخطيط الفعال. وتتساوى في الأهمية حالات الطوارئ الثانوية مثل حوادث الطرق والقطارات والطائرات، والحرائق، والغرق، والتدافع في التجمعات، والحوادث الصناعية، والانفجارات، والهجمات الإرهابية التي يحتمل أن تتحول إلى حوادث إصابات جماعية. وتتزايد فرص الخسائر في الأرواح وحالات العجز عند عدم الاستعداد الطبي المناسب كمياً وكيفياً لمثل هذا الكوارث عبر البلاد.

يجب أن يوجد بالمستشفى أداة لتقييم المخاطر من أجل تحديد أولويات الطوارئ المحتملة على أساس الاحتمال والأثر.

يوجد بالمستشفى خطة الاستعداد للطوارئ والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. تقييم مخاطر الطوارئ المحتملة، والكوارث الداخلية والخارجية، مثل الأمطار الغزيرة، والزلازل، والفيضانات، والطقس الحار، والحروب، والتهديد بتفجير القنابل، والهجمات الإرهابية، وحوادث المرور، وانقطاع التيار الكهربائي، والحريق، وتسرب الغاز.

ب. تقييم مخاطر الأوبئة/ الجائحات المحتملة.

ج. درجة الاستعداد حسب مستوى الخطر.

د. استراتيجيات التواصل: ربما يكون التواصل الداخلي في شكل شجرة اتصال واضحة تتضمن وظائف العاملين وأرقامهم، وربما تشمل قنوات الاتصال الخارجي الحماية المدنية ومركز الإسعاف والشرطة.

ه. واجبات ومسئوليات واضحة للقيادات والعاملين بالمستشفى

و. تحديد الموارد المطلوبة مثل المرافق والمعدات الطبية والإمدادات الطبية وغير الطبية مثل الموارد البديلة.

ز. استمرارية الأعمال:

i. الفرز.

ii. الحفاظ على مهمة العاملين الرئيسية في حالات الطوارئ: إدارة الأنشطة الإكلينيكية أثناء الكارثة مثل غرفة العمليات ووحدات العناية المركزة.

iii. مواقع الرعاية البديلة والمرافق الاحتياطية.

iv. ترتب المستشفى النقل الآمن للمرضى في حالة الطوارئ.

ح. جدول تجارب المحاكاة. يجب أن يوجد بالمستشفى جدول تجارب المحاكاة على حالات الطوارئ مرة على الأقل كل عام، وتضمن حضور العاملين. والتقييم والتسجيل الصحيحين لتجربة المحاكاة يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، على :

i. سيناريو تجربة المحاكاة.

ii. ملاحظات على: إعلان الكود، والتوقيت، وحضور العاملين، والاستجابة، والاتصال، والفرز، والإدارة الإكلينيكية.

iii. إجراءات تصحيحية واضحة إذا لزم الأمر.

iv. التغذية الراجعة إلى لجنة السلامة البيئية.

v. ملخص ما تم أثناء تجربة المحاكاة.

<u>دليل عملية المراجعة:</u>

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة الاستعداد للطوارئ وسجلاتها للتأكد من أنها تناولت جميع المخاطر المحددة.
- يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة الاستعدادات من حيث المعدات والأدوية والمستلزمات وبطاقات العمل وغير ذلك أثناء عمليات التتبع والجولات بالمستشفى.

- يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة تدريب العاملين من خلال وثائق التدريب و إجراء مقابلات مع العاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى خطة الاستعداد للطوارئ والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ح).
٢. إجراء تدريب العاملين واختباره وتقييمه.
٣. تجري المستشفى تجربة المحاكاة واحدا على الأقل كل عام ويتضمن العناصر المذكورة في الغرض في نقطة (ح).
٤. تُثبت المستشفى الاستعداد لحالات الطوارئ المحددة.
٥. تقييم الخطة دوريا مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

ACT.16: تقرير الخروج من المستشفى؛ ICD.03: الرعاية قبل دخول المستشفى، ورعاية الإسعاف، والرعاية الطبية الطارئة أثناء الكوارث.

مكافحة ومنع انتشار العدوى
Infection Prevention and Control

الغرض من الفصل:

إن مكافحة ومنع انتشار العدوى نهج علمي وحل عملي يهدف إلى منع الضرر الناجم عن العدوى التي تصيب المرضى و/ أو العاملين في مجال الرعاية الصحية. وترتكز على علم الأمراض المعدية وعلم الأوبئة والعلوم الاجتماعية وتعزيز النظام الصحي. وتحتل مكافحة ومنع انتشار العدوى موقعًا فريدًا في مجال سلامة المرضى والتغطية الصحية الشاملة ذات الجودة نظرًا لأنها ذات صلة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى في كل إجراء من إجراءات الرعاية الصحية.
يهدف برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى إلى تحديد وتقليل أو القضاء على مخاطر اكتساب العدوى ونقلها بين المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية والمتطوعين والزوار والمجتمع. عادة ما يقوم برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى على أساس المخاطر المحتملة؛ وهذا يعني الحاجة إلى تقييم المخاطر من أجل التحديد الفوري لمخاطر العدوى المحتملة والتعامل معها بشكل استباقي بين الأفراد وفي البيئة. ثم تُوضع الحلول وفقًا لذلك من خلال وضع السياسات والإجراءات المناسبة، بالتزامن مع التثقيف المناسب للعاملين. لذا يجب أن تختلف أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى من مؤسسة إلى أخرى بناء على الأنشطة الإكلينيكية بالمستشفى ونطاق خدماتها والمرضى الذين تقدم لهم الخدمات.
تقع على عاتق أعضاء فريق برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى مسئولية الإشراف على البرنامج، ويجب أن يوجد توصيف وظيفي مفصل لجميع أعضاء الفريق. ويكون العاملون مؤهلين بما يكفي لتلبية احتياجات المستشفى. هذه الاحتياجات تنطلق من حجم المستشفى ومدى تعقيد الأنشطة ومستوى المخاطر ونطاق البرنامج. وتكون المؤهلات المطلوبة عبارة عن تعليم وتدريب وخبرة ومؤهلات.
يرتكز برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وأنشطته على المعرفة العلمية الحديثة وأدلة العمل الوطنية وأدلة عمل الممارسات الدولية المقبولة (CDC مركز التحكم في الأمراض ، وجمعية المهنيين في مجال مكافحة العدوى وعلم الأوبئة APIC ، والاتحاد الدولي لمكافحة العدوي IFIC) بالإضافة إلى القوانين واللوائح المعمول بها. ويحتاج البرنامج إلي التخطيط له والنشر وتعليمه ومتابعة تطبيقه

الهدف من الفصل:

تشمل العمليات والأنشطة المهمة التي يتناولها هذا الفصل ما يلي:

- هيكل فعال لمكافحة ومنع انتشار العدوى.
- الاحتياطات القياسية من خلال تناول السياسات والإجراءات والتنفيذ والمتابعة.
- أنشطة التنظيف والتطهير البيئي.
- ممارسات الحقن الآمن.
- الاحتياطات القائمة على إنتقال العدوى وتحديد مكان المريض.
- برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى في جميع الخدمات المساعدة (قسم التعقيم المركزي والمطبخ والمغسلة والتعامل مع النفايات).
- الإجراءات الوقائية أثناء البناء والتطوير.
- المراقبة وتحسين الجودة.
- تصميم وتنفيذ مشاريع تحسين برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى بناءً على متابعة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وتحليل مقاييس الأداء.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجـب قـراءة أي مرجـع مذكـور مـن المراجـع التاليـة مـع الأخـذ فـي الاعتبـار بنـوده وشـروطه وبدائلـه وتعديلاتـه وتحديثاتـه وملحقاتـه.)

١. الأدلة الوطنية الإرشادية لمكافحة العدوي
٢. قرار وزارة الصحة والسكان بشأن تطوير أقسام مكافحة ومنع انتشار العدوى
٣. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٨٧ بشأن العاملين بمكافحة العدوى
٤. القرار الرئاسي ٢٠١٤/١٤ بشأن تقييم الأداء
٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٥/٧٥٣ بشأن إدارة النفايات الطبية
٦. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٥٣ بشأن الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي
٧. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٥/٥٢٣ بشأن إعادة استخدام الأجهزة والأدوات ذات الاستخدام الواحد
٨. الكود المصري لتصميم منشآت الرعاية الصحية
٩. قانون البيئة المصري

هيكل كفء لبرنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى

IPC.01: يقوم فريق من متخصصي الرعاية الصحية المؤهلين وذوي الكفاءة بالإشراف على أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها وأدلة العمل الوطنية والدولية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى، الشهادات، تأهيل وتدريب فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض:

إن وجود فريق مؤهل لمكافحة ومنع انتشار العدوى بالمستشفى يضمن زيادة فعالية برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى في جميع مراحله ومنها وضع البرنامج وتنفيذه ومتابعته.

لضمان فاعلية برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، يقوم فريق مؤهل بوضع البرنامج ويشرف عليه ويضع خطة عمل لتطبيقه ويقوم بتعليم العاملين علي أدوارهم الوارده بالبرنامج.

يعمل أعضاء الفريق علي توظيف مؤهلاتهم لتلبية احتياجات المستشفى.

يتم تحديد هذه الاحتياجات وفقاً لحجم المستشفى ودرجة تعقيد الأنشطة ومستوى المخاطر ونطاق البرنامج.

قد تكون المؤهلات المطلوبة في شكل تعليم وتدريب وشهادات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على هيكل مكافحة العدوى بالهيكل التنظيمي للمستشفى خلال جلسة التعريف بالمستشفى.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من وجود قرار معتمد بتشكيل فريق من العاملين المتخصصين من خلال إجراء مقابلات معهم ومراجعة توصيفهم الوظيفي وشهاداتهم أو مؤهلاتهم خلال جلسة مراجعة ملفات العاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد فريق من المتخصصين مكلف بمكافحة ومنع انتشار العدوى.
٢. يقود فريق مكافحة العدوي أحد مقدمي الرعاية الصحية الجديرين.
٣. أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى مؤهلون بالشهادات والتعليم، ومُدربون جيداً.
٤. يوجد توصيف وظيفي محدد أو اختصاصات محددة لكل من قائد وأعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى.
٥. عضو/ أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى قادر على التواصل مع الإدارة العليا وجميع الإدارات / الأقسام العاملة تواصلا فعالا.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15: تكيف /ملائمة أدلة عمل الممارسة الاكلينيكية؛ WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي؛ WFM.03: التوظيف؛ WFM.05: التحقق من الشهادات والمؤهلات؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين.

IPC.02: وضع وتنفيذ ومراقبة برنامج شامل لمكافحة ومنع انتشار العدوى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، تقييم المخاطر، أدلة العمل

الغرض:

إن العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية من المخاطر الشائع مواجهتها في أي مستشفي.

من أجل ذلك فإن وضع برنامج شامل لمكافحة ومنع انتشار العدوى أمر شديد الأهمية من أجل تقليل هذه المخاطر بشكل

فعال.

يعد برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى جزءًا متكاملا من برامج تحسين الجودة وسلامة المرضى، مستخدماً القياسات الوبائية الهامة طبقاً للمستشفي

إن المعلومات الناتجة عن القياس ضرورية لتحسين أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى ولتقليل معدلات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

يمكن للمستشفى أن تستخدم البيانات والمعلومات الناتجة عن القياس بشكل أفضل من خلال فهم المعدلات والاتجاهات المماثلة بمؤسسات آخري مماثلة.

وبرنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى الفعال يجب أن يكون شاملاً ويتضمن جميع جوانب رعاية المرضى، وصحة العاملين، وجميع الخدمات التي تقدمها المستشفى مثل: (تنفيذ أدلة عمل نظافة اليدين، وإدارة مضادات الميكروبات، والحقن الآمن، ...إلخ).

يتطلب وضع البرنامج نهجًا متعدد التخصصات يباشره عاملون مؤهلون ويعززه معرفة ومصادر سليمة وحديثة من أجل تحقيق رسالته وأهدافه.

يضمن البرنامج أيضًا تعريف وتدريب جميع العاملين وتقديم التثقيف اللازم إلى المرضى والأسر والزوار.

من الضروري أيضا أن تقوم المستشفى بترصد جميع الأنشطة طبقاً لبرنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى.

ويعتمد برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى على خطة تقييم المخاطر السنوية بالمستشفى، وأدلة العمل الوطنية والدولية (مركز التحكم في الأمراض CDC، وجمعية المهنيين في مجال مكافحة العدوى وعلم الأوبئةAPIC ، والاتحاد الدولي لمكافحة العدوي IFIC، ...إلخ)، والممارسات المقبولة، والقوانين واللوائح المعمول بها.

تحدد القوانين واللوائح الوطنية عناصر البرنامج الأساسي، والاستجابة لتفشي الأمراض المعدية، ومتطلبات الإبلاغ داخل المستشفى ووكالات الصحة العامة.

قد تضع كل مستشفى مؤشرات الأداء الخاصة بها من أجل مراقبة وتقييم وتحسين برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى. وأمثلة مقاييس الأداء تتضمن النسبة المئوية للامتثال لنظافة اليدين ونتائج مراقبة التعقيم.

<u>دليل عملية المراجعة:</u>

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى للتحقق من وجود تقييم للمخاطر، وبرنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى الذي يعتمد على تقييم المخاطر ويغطي جميع مناطق المستشفى ويشمل جميع الأفراد ذوي الصلة، وخطة التدريب أو تقرير التقييم السنوي، وتحديث برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق مراقبة البيانات، ومؤشرات قياس الأداء ، وتقارير تحليل البيانات، وتوصيات التحسين، وقد يلاحظ تنفيذها.

<u>أدلة التطابق مع المعيار:</u>

١. يصف البرنامج النطاق والأهداف والتوقعات وطرق الرصد.
٢. يشمل البرنامج جميع مناطق المستشفى ويتناول المرضى والعاملين والزائرين والمجتمع الخارجي.
٣. يعتمد البرنامج على تقييم مخاطر مكافحة ومنع انتشار العدوى، والمعرفة العلمية الحالية وأدلة عمل الممارسة المتفق عليها، والقوانين واللوائح المعمول بها.
٤. يتضمن البرنامج خطة تدريب جميع متخصصي الرعاية الصحية، بالإضافة إلى زيادة وعي المريض.
٥. تتتبع المستشفى وتجمع وتحلل وترفع تقريرا عن بيانات برنامج مكافحة العدوى.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين المُعرَفه في برنامج مكافحة العدوى.

المعايير ذات الصلة:

IPC.04: مخاطر العدوى، تقييم المخاطر؛ QPI.05: قياسات الأداء؛ QPI.08: مراجعة وجمع وتحليل البيانات؛ QPI.09: التأكد من صحة البيانات.

IPC.03: تُشكل المستشفى لجنة عاملة متعددة التخصصات لمكافحة ومنع انتشار العدوى على أن تجتمع مرة كل شهر على الأقل.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اجتماعات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض:

تظهر تحديات مكافحة ومنع انتشار العدوى باستمرار في مختلف أقسام المستشفى، والتي بدورها توفر مدخلات لفريق مكافحة ومنع انتشار العدوى لتقييمهم المستمر للوضع.

ثم يتم إشراك الأطراف المعنية ومسئولي العمليات Porcess Owners في مرحلة اتخاذ القرار؛ وبالتالي فإن وجود لجنة متعددة التخصصات لمكافحة ومنع انتشار العدوى أمر بالغ الأهمية من أجل التواصل المستمر بين الإدارة العليا وفريق مكافحة ومنع انتشار العدوى وجميع أقسام المستشفى الأخرى.

توجد لجنة لها هيكل مُحدد لمكافحة العدوى، ويمثل أعضاءها جميع التخصصات ذات الصلة ، مثل (على سبيل المثال لا الحصر): القسم الطبي، وخدمات التمريض، وخدمات النظافة والفندقة، والمعمل، والصيدلة، وخدمات التعقيم، ..إلخ. وللجنة الحق في استدعاء من تراه مناسباً عند الحاجة.

لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى مسئولة على الأقل عن ما يلي:

أ. وضع محددات / ضوابط لتحديد العدوى المرتبطة بالمستشفى
ب. وسائل عملية الرصد وتنفيذها
ج. استراتيجيات منع العدوى والتحكم في المخاطر
د. رفع تقارير عن أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى من أجل تقييم وجود قرار معتمد بتشكيل لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى، واجتماعات شهرية مسجلة لآخر ستة أشهر، والتوصيات، والسجلات إثبات متابعة التنفيذ.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى شروط مرجعية واضحة للجنة مكافحة العدوى والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. يشارك في اللجنة ممثلين من جميع التخصصات ذات الصلة.
٣. تجتمع اللجنة مرة على الأقل كل شهر.
٤. يتم توثيق اجتماعات اللجنة.
٥. متابعة تنفيذ القرارات التي تتخذها اللجنة في نهاية كل اجتماع.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01: لجان الجودة؛ OMG.06: تشكيل اللجان؛ PCC.02: الرعاية المتعددة التخصصات المتمركزة حول المريض.

IPC.04: تحدد المستشفى الإجراءات والعمليات المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بالعدوى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطر الإصابة بالعدوى، تقييم المخاطر

الغرض:

تقوم المستشفى بتقييم ورعاية المرضى باستخدام العديد من العمليات البسيطة والمعقدة، وكل منها يرتبط بمستوى معين من مخاطر إصابة المرضى والعاملين بالعدوى.

لذا فإن قيام المستشفى بتقييم ومراجعة تلك العمليات له أهمية، وعند الاقتضاء تقوم بتطبيق الاستراتيجية المناسبة ، مثل السياسات والإجراءات والتثقيف والأنشطة القائمة على الأدلة، من أجل تقليل هذا الخطر.

تحدد المستشفى الإجراءات المرتبطة بزيادة المخاطر عن طريق تحديد السياسات والإجراءات التي يليها تثقيف العاملين والأنشطة القائمة على الأدلة، من أجل تقليل هذه المخاطر المحددة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى من أجل تقييم وجود قائمة بالإجراءات والعمليات المرتبطة بزيادة مخاطر العدوي ، السياسات والإجراءات في وحدة وأقسام مكافحة ومنع انتشار العدوى في الزيارات المجدولة أو خطة (خطط) تحسين مكافحة ومنع انتشار العدوى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفى الأقسام والخدمات التي يزداد بها المخاطر المحتملة للعدوى.
٢. تحدد المستشفى وتنفذ سياسات وإجراءات لتقليل هذه المخاطر.
٣. تتتبع المستشفى وتجمع وتحلل وترفع تقارير بالبيانات المتعلقة بأنشطة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى.
٤. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في أنشطة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02: برنامج تقييم مخاطر وأدلة عمل مكافحة ومنع انتشار العدوى؛ DAS.24: برنامج سلامة المعمل؛ EFS.06: السلامة من المواد الخطرة؛ QPI.08: مراجعة وجمع وتحليل البيانات.

احتياطات قياسية آمنة

IPC.05: (NSR.03) تبني وتنفيذ أدلة عمل تطهير و نظافة اليدين في جميع أنحاء المستشفى من أجل منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تطهير ونظافة اليدين

الغرض:

نظافة اليدين هي حجر الزاوية في الحد من انتقال العدوى في جميع أماكن الرعاية الصحية. وتعتبر الاستراتيجية الأكثر فاعلية وكفاءة لمكافحة ومنع انتشار العدوى.

يجب أن توجد معدات وكذلك مستلزمات نظافة اليدين (صابون اليد ومطهرات اليد والمناشف ذات الاستخدام الواحد) بأعداد مناسبة في الأماكن المناسبة.

يعد الدلك الكحولي لليدين هو الوسيلة المُفضلة لنظافة اليدين الروتينية بمنشآت الرعاية الصحية ما لم تكن اليدين متسخة بشكل واضح وذلك للتغلب على نقص عدد الأحواض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وأدلة عمل نظافة اليدين.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملصقات وسجلات تعليم نظافة اليدين.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين بالمستشفى للاستفسار عن أساليب نظافة اليدين والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية: "اللحظات الخمس لنظافة اليدين".
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة مرافق غسل اليدين في كل منطقة من مناطق رعاية المرضى ويتحقق من توافر المستلزمات (الصابون، والمناديل الورقية، وكحول دلك الأيدي، ...إلخ).
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة التزام متخصصي الرعاية الصحية بالطرق الصحيحة لنظافة الأيدي: و"اللحظات الخمس لنظافة اليدين" المحددة بواسطة منظمة الصحة العالمية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسات واجراءات مُعتمدة لنظافة اليدين مستندة إلي أدلة العمل الحالية .
٢. تدريب متخصص الرعاية الصحية على هذه السياسات والإجراءات.
٣. ملصقات التوعية بكيفية تنظيف اليدين موجودة بالأماكن ذات الصلة ، ويتم توفير المرافق اللازمة لغسيل اليدين بالأعداد والأماكن المطلوبة .
٤. تتتبع المستشفى البيانات المتعلقة بعملية نظافة اليدين وتجمعها وتحللها وترفع تقارير بها.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة فيما يخص عملية نظافة اليدين.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ IPC.07: المنظفات والمعقمات والمطهرات.

IPC.06: تتوفر معدات الحماية الشخصية وتستخدم بشكل صحيح عند الحاجة إليها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

معدات الحماية الشخصية، أدلة العمل، الحوائل المادية

الغرض:

إن ارتداء معدات الحماية الشخصية أداة مهمة في حماية كلاً من المرضى ومتخصصي الرعاية الصحية.
يشير مصطلح معدات الحماية الشخصية إلى توافر واستخدام الحواجز المناسبة التي قد يرتديها شخص عرضه للإصابة بعدوى من أجل وضع حاجز مادي بينه وبين عامل مُعدي / مصدر العدوى.
تشمل معدات الحماية الشخصية القفاز، والأردية الواقية، والأقنعة، ووسائل حماية الوجه، ووسائل حماية العين (ومنها درع الوجه أو القناع ذو الحافة الواقية) و قناع الحماية التنفسية .
يعتمد الاختيار الصحيح لمعدات الحماية الشخصية على تقييمات المخاطر التي يتم إجراؤها في نقاط الرعاية، لذا فإن تثقيف العاملين وتدريبهم أمور ذات أهمية قصوى.
يجب تدريب العاملين على الطريقة السليمة وتسلسل ارتداء وخلع جميع معدات الحماية الشخصية من أجل الحفاظ على أقصى قدر من الحماية طوال العملية.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة، قد يتحقق مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من توافر معدات الحماية الشخصية وإمكانية الوصول إليها، وقد يقوم بإجراء مقابلات مع العاملين للاستفسار عن توافر معدات الحماية الشخصية وإمكانية الوصول إليها باستمرار وعن الاستخدام السليم لها.

- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة مواصفات منتجات معدات الحماية الشخصية القياسية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة تصاريح صرف معدات الحماية الشخصية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يعتمد اختيار معدات الحماية الشخصية التي يجب شراؤها على مواصفات المنتجات القياسية.
٢. توفر المستشفى معدات الحماية الشخصية التي يسهل الوصول إليها والتي تتناسب مع المهمة.
٣. الاختيار والاستخدام السليم لمعدات الحماية الشخصية يكون بناء على العدوى المشتبه إصابة المريض بها وتستعمل عند الضرورة.
٤. تخزين معدات الحماية الشخصية في مناطق مناسبة يسهل الوصول إليها.

المعايير ذات الصلة:

MMS.13: تحضير الأدوية ومنطقة تحضير الأدوية ووضع ملصقات تعريفية على الأدوية؛ ICD.31: العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي؛ ICD.33: الرعاية الحرجة؛ EFS.06: السلامة من المواد الخطرة؛ DAS.24: برنامج سلامة المعمل؛ DAS.09: برنامج السلامة من الإشعاع.

IPC.07: الصابون والمنظفات والمطهرات والمعقمات مُتوفرة ويتم اختيارها واستخدامها وفقا لمعايير الرعاية الإكلينيكية الحالية .

السلامة

الكلمات الرئيسية:

المنظفات والمطهرات والمعقمات

الغرض:

يجب أن تكون المنظفات والمطهرات والمعقمات متوفرة دائمًا في الأماكن المناسبة وبكميات كافية.
يساعد توفر هذه المنتجات على تنفيذ العديد من الإجراءات الاحترازية القياسية مثل نظافة اليدين وتنظيف البيئة والإجراءات المانعة للتلوث وكلها ضرورية للسيطرة الفعالة على العدوى.
يتم اختيار المنظفات والمطهرات والمعقمات بناءً على المواصفات القياسية الأساسية. واستخدامها الفعال والمناسب يعتمد على تقييم المخاطر في مكان تقديم الرعاية. ويجب تعليم وتدريب العاملين على الاستخدام الأمثل لها.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توافر المنظفات والمطهرات والمعقمات وإمكانية الوصول إليها وطريقة استخدامها في الأماكن ذات الصلة ومدى توافقها مع مواصفات المنتجات القياسية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة تصاريح صرف المنظفات والمطهرات والمعقمات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم اختيار المنظفات والمطهرات والمعقمات بناءً على مواصفات المنتجات القياسية.
٢. المنظفات والمطهرات والمعقمات علي الفور بالمستشفى ويسهل الوصول إليها ومناسبة للمهمة.
٣. يتم الاختيار والاستخدام السليم للمطهرات والمعقمات وفقًا لإصابة المريض المشتبه بها ووفقًا للإجراء المطلوب.
٤. يتم تخزين المطهرات والمعقمات في أماكن مناسبة يسهل الوصول إليها.

المعايير ذات الصلة:

APC.02: متابعة متطلبات السلامة؛ IPC.05: نظافة اليدين.

IPC.08: تطبيق قواعد النظافة التنفسية ضمن الاحتياطات القياسية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بروتوكول النظافة التنفسية ، آداب السعال

الغرض:

تهدف النظافة التنفسية وآداب السعال إلى الحد من انتشار الكائنات المعدية من الأشخاص المصابين بأمراض الجهاز التنفسي التي لم يتم تشخيصها بعد.

وحتى تكون آداب النظافة التنفسية فعالة، يجب البدء في تنفيذ اجراءات مكافحة ومنع انتشار العدوى عند نقطة الدخول الأولى إلى المستشفى والحفاظ عليها طوال مدة التواجد بالمستشفى.

تستهدف جهود تنفيذ آداب النظافة التنفسية للمرضى والمرافقين الذين يعانون من أعراض تنفسية، وتنطبق على أي شخص يدخل المستشفى وتظهر عليه علامات أمراض الجهاز التنفسي ومنها السعال أو الاحتقان أو سيلان الأنف أو زيادة إفرازات الجهاز التنفسي.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وجود ملصقات النظافة التنفسية وآداب السعال في الأماكن المناسبة، وسهولة الوصول إلى المنظفات والمطهرات والمعقمات واستخدامها في المناطق ذات الصلة، وتوافر وسهولة الوصول إلى المستلزمات ذات الصلة في الأماكن المناسبة.
- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة المناطق المخصصة للمرضى المشتبه في إصابتهم بعدوى الجهاز التنفسي وتطبيق التعامل المكاني مع المريض التنفسي.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. وضع ملصقات النظافة التنفسية وآداب السعال في الأماكن الملائمة.
٢. تتوفر المستلزمات مثل المناديل والأقنعة الجراحية بأعداد تتوافق مع احتياجات المرضى والعاملين.
٣. تخصص المستشفى مساحة للمرضى المشتبه في إصابتهم بعدوى في الجهاز التنفسي لعزلهم عن الآخرين.
٤. يعرَف المرضى المشتبه في إصابتهم بعدوى الجهاز التنفسي وعزلهم في مناطق مخصصة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحوائل المادية؛ IPC.04: مخاطر العدوى، تقييم المخاطر.

IPC.09: ممارسات الحقن آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

ممارسات الحقن الآمن

الغرض:

يحتاج كلا من مرضى الأقسام الداخلية ومرضى العيادات الخارجية بالمستشفى الحقن باستمرار سواء لأغراض التشخيص أو العلاج، ولكن لسوء الحظ فإنه ينطوي على مخاطر إصابة المرضى بالعدوى.

علاوة على ذلك، فإن الوخز بالإبر بين متخصصي الرعاية الصحية من الحوادث الشائعة، لذا فإن ممارسات الحقن الآمن ضرورية من أجل ضمان سلامة كلا من المريض ومتخصصي الرعاية الصحية.

يجب على متخصصي الرعاية الصحية دائمًا استخدام أدوات حَقن وإبرة معقمين أحاديي الاستخدام، لكل حقنة يتم إعطاؤها، والتأكد من أن جميع معدات الحقن والأمبولات خالية دائما من التلوث.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توفر المحاليل الوريدية واستخدامها بشكل سليم، وأدوات الحَقن أحادية الاستخدام، والاستخدام السليم للأمبولات متعددة الجرعات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توفر لوازم نظافة الأيدي.
٢. عدم استخدام زجاجات/ حقائب المحاليل الوريدية بالتبادل بين المرضى.
٣. استخدام أدوات حَقن أحادية الاستخدام والأمبولات متعددة الجرعات يتبع القواعد وأدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة بالمستشفى.
٤. تضمن المستشفى الاستخدام الأحادي لأدوات تنقيط/ حقن المحاليل (مثل: الأنابيب والوصلات).

المعايير ذات الصلة:

IPC.04: مخاطر العدوى، تقييم المخاطر؛ IPC.02: برنامج وتقييم مخاطر وأدلة عمل مكافحة ومنع انتشار العدوي

IPC.10: تتوافق أنشطة تنظيف البيئة مع أدلة العمل الحالية المستندة إلى أدلة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تنظيف البيئة، أدلة العمل المستندة إلى أدلة

الغرض:

تعتبر بيئة الرعاية الصحية مخزوناً لمسببات الأمراض وقد تكون مصدرًا بارزاً للعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، لذا فإن تنظيف وتطهير الأسطح البيئية هو نشاط هام لمنع حدوث هذه العدوى.

يمكن أن يؤدي ملامسة الأسطح الملوثة بالمستشفى إلى سهولة انتقال التلوث بالكائنات الدقيقة بين البيئة ومتخصصي الرعاية الصحية.

من أجل تقديم رعاية ذات جودة، يجب أن يوجد بالمستشفى طريقة واضحة وجدول للتنظيف والتطهير البيئي ويشمل ذلك الجدران والأرضيات والأسقف والأثاث؛ ويجب أن يتم ذلك وفقا لتصنيف مناطق الرعاية الصحية.

يجب أن يتناول الجدول الزمني أنشطة التنظيف البيئي لكل منطقة على النحو التالي:

أ. الأنشطة التي يتعين القيام بها يومياً.
ب. الأنشطة التي يتعين القيام بها في كل نوبتجية.
ج. أنشطة التنظيف العميق.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة، قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة جميع الخدمات البيئية التي تتطلب التنظيف، وجداول التنظيف، وأدوات التعامل مع الانسكابات.
- أثناء المراجعة، قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصين الرعاية الصحية والعاملين بالتنظيف البيئي من أجل الاستعلام عن مدى توفر المطهرات وأدوات التعامل مع الانسكابات ومدى إمكانية الوصول إليها واستخدامها بشكل مناسب.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد قائمة بأنشطة وأوقات تنظيف كل منطقة وتشمل جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. العاملون المشاركين في أنشطة التنظيف البيئي مُدربون على السياسات المعتمدة.

٣. تتطابق تقنية التنظيف واختيار المطهرات مع متطلبات كل منطقة يتم تنظيفها.
٤. التعامل بشكل صحيح مع انسكابات الدم/ سوائل الجسم وتوافر أدوات التعامل مع الانسكابات (المطهرات/ معدات الحماية الشخصية) ويسهل الوصول إليها عند الحاجة لاستخدامها.

لمعايير ذات الصلة:

IPC.04: مخاطر العدوى، تقييم المخاطر؛ IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحواجز المادية؛ EFS.06: السلامة من المواد الخطرة.

IPC.11: اتباع الإجراءات المحدثة المانعة للتلوث والمستندة إلى الأدلة خلال جميع الإجراءات الطبية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقنية منع التلوث ، تقنية التعقيم

الغرض:

إن منع التلوث أحد طرق مكافحة العدوى الأساسية، بالإضافة إلي كونه عاملاً هاماً من عوامل سلامة المرضى أثناء الممارسات الطبية.

يمكن تعديل تقنية منع التلوث من أجل تقليل مخاطر انتقال العدوى.

تمنع هذه التقنية انتقال التلوث من شخص لآخر ومن مكان بالجسم إلى مكان آخر ومن البيئة إلى المريض. وتشير تقنية منع التلوث إلى الممارسات المصممة لجعل والحفاظ على الأشياء والمناطق خالية إلى أقصى حد من الكائنات الدقيقة.

يشمل مصطلح "تقنية منع التلوث " العديد من العناصر الرئيسية: البيئة النظيفة، والممارسة الواعية لنظافة اليدين، واستخدام معدات الحماية الشخصية المناسبة، واستخدام ممارسات التنظيف والتطهير والتعقيم الروتينية القياسية.

جميع متخصصي الرعاية الصحية علي دراية بمسارات الحركة الخاصة بهم ، واستخدام الحوائل المادية، وممارسات منع التوقف غير المتعمد في تقنيات منع التلوث ، وتنبيه الآخرين عندما تكون المنطقة أو الأشياء ملوثة.

يُعرَّف منع التلوث بأنه عملية إبعاد الكائنات الدقيقة المسببة للأمراض. ويتم تنفيذه لحماية المريض من خلال تقليل التلوث لتقليل خطر الإصابة.

أ. منع التلوث الجراحي هو استخدام تقنية معقمة لمنع انتقال أي كائنات من شخص إلى آخر أو من مكان بالجسم إلى مكان آخر. والهدف من هذه التقنية هو الحفاظ على عدد الميكروبات عند أدنى حد يستحيل إنقاصه.
ب. تشير تقنية منع التلوث الجراحي خارج غرفة العمليات إلى الإجراءات المتخذة خارج غرفة العمليات والتي قد لا يتاح به إمكانية اتباع نفس المستوى الصارم من منع التلوث الجراحي المطبق في غرفة العمليات. ومع ذلك، يظل الهدف هو تجنب العدوى في جميع الأماكن الإكلينيكية.
ج. يشير منع التلوث الطبي، أو تقنية التنظيف، إلى ممارسة تدخلات تهدف إلى تقليل عدد الكائنات الدقيقة من اجل منع وتقليل مخاطر انتقالها من شخص (أو مكان) إلى آخر.

يعتمد اختيار مستوى التعقيم على تقييم المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصين الرعاية الصحية.
- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة أماكن وممارسات أداء تقنيات منع التلوث في الأقسام ذات الصلة.
- أثناء المراجعة، قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن كيفية اختيار وأداء تقنيات منع التلوث بشكل صحيح في الأقسام ذات الصلة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. متخصصو الرعاية الصحية مدربون على تقنيات منع التلوث ذات الصلة بوظائفهم.
٢. جميع الإجراءات الطبية المنفذة في البيئة لا تعرض لخطر نقل العدوى.
٣. الأدوات المستخدمة في الإجراءات الطبية غير ملوثة بأي شكل من الأشكال.
٤. إجراء تقنيات منع التلوث المختلفة بالمستشفى وفقًا لأدلة العمل المستندة إلى أدلة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.04: مخاطر العدوى، تقييم المخاطر.

احتياطات السلامة على أساس طرق نقل العدوى، والإحتياطات لمرضى نقص المناعة

IPC.12: المرضى المشتبه و/ أو المؤكد إكلينيكيا إصابتهم بأمراض معدية يتبعون احتياطات العزل وفقًا لطريقة (أنماط) انتقال العدوى المحتملة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

احتياطات العزل

الغرض:

تضع احتياطات العزل حوائل بين الأشخاص والكائنات الدقيقة التي تساعد على منع انتشار الجراثيم في المستشفى.
إذا ثَبُت زيادة خطر انتقال الكائنات الحية الدقيقة من المريض ، يُوضع المريض في غرفة عزل قياسية بالمستشفى.
يجب أن يوجد بالمستشفى غرفة (غرف) عزل قياسية.
في حالة عدم توفر غرفة (غرف) عزل قياسية، يجب عزل المريض في منطقة/ غرفة مخصصة منفصلة.
المرضى الذين يعانون من أعراض تنفسية إكلينيكية يجب توجيههم بممارسة آداب النظافة التنفسية الصحية والسعال ويجب إعطائهم أقنعة جراحية لارتدائها حتى تتوفر غرفة فحص.
يجب أن تضع المستشفى بروتوكولات لتحديد المرضى المشتبه أو المؤكد إصابتهم بعدوى تنتقل عن طريق الهواء. المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات احترازية تتعلق بنقل العدوى عن طريق الهواء يجب وضعهم في غرفة ذات ضغط سلبي.
في حالة عدم توفر غرفة ذات ضغط سلبي، يوضع المريض في غرفة الفحص مع وجود فلتر هيبا (HEPA filter) محمول (مرشح عالي الكفاءة لتنقية الهواء من الجسيمات). إذا لم يتوفر فلتر هيبا محمول، يجب التأكد من أن المريض يرتدي قناع جراحي. بغض النظر عن نوع الغرفة التي يتواجد فيها المريض، يجب دائمًا على العاملين الذين يتعاملون معه ارتداء معدات حماية الجهاز التنفسي المناسبة (مثل قناع N95).
الإجراءات البيئية: التنظيف الروتيني للأسطح التي يكثر لمسها هو المعيار القياسي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة غرفة عزل قياسية واحدة على الأقل والمناطق المخصصة لانتظار المرضى وفقًا لسعة المستشفى.
- أثناء المراجعة، قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن استخدام معدات الحماية الشخصية، كما يمكن أيضًا ملاحظة عملية نظافة اليدين وفقًا لنوع العزل.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه احتياطات الوقاية من انتقال العدوى احتياطات الوقاية تبعاً لطريقة انتقال العدوى.

٢. متخصصو الرعاية الصحية مُدربون و تم تثقيفهم على السياسات المعتمدة.
٣. يوجد بالمستشفى غرفة (غرف) عزل قياسية واحدة أو أكثر وفقًا للقوانين واللوائح.
٤. تحديد المرضى المشتبه/ المؤكد إكلينيكياً إصابتهم بأمراض معدية وعزلهم في الغرفة/ المنطقة المحددة.
٥. مقدمو الرعاية الصحية القائمون على رعاية المرضى المشتبه في إصابتهم بمرض معدي يلتزمون بارتداء معدات الحماية الشخصية وممارسات نظافة اليدين وفقًا لنوع العزل.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02: برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وتقييم المخاطر وأدلة العمل؛ IPC.08: بروتوكول النظافة التنفسية الصحية وآداب السعال.

IPC.13: توفير بيئة آمنة تقدم الحماية لمرضى نقص المناعة اعتمادًا على احتياجاتهم الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

مرضى نقص المناعة، بيئة تقدم الحماية

الغرض:

يتم استخدام الاحتياطات القائمة على طرق نقل العدوى (TBPs) بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية عندما تكون الاحتياطات القياسية وحدها غير كافية لمنع انتقال العدوى. تُستخدم الاحتياطات القائمة على طرق نقل العدوى للمرضى المؤكد أو المشتبه في إصابتهم أو حملهم مسببات الأمراض الوبائية أو شديدة العدوى والتي يمكن أن تنقل العدوى أو تسببها.

مريض نقص المناعة هو فرد يعاني من خلل واحد أو أكثر في آليات الدفاع الطبيعية في الجسم، مما يجعله عرضة للعدوى التي قد تهدد حياته.

هؤلاء الأشخاص معرضين أيضًا لخطر الإصابة بالعدوى الشائعة، لكنهم قد يمرون بمسار أكثر شراسة مما قد يمر بها غيرهم.

توجد عدة فئات من نقص المناعة، وقد يعاني بعض المرضى من أكثر من نوع.

المرضى الذين قاموا بزرع النخاع هم أمثلة واضحة على نقص المناعة الشديد بسبب مجموعة متنوعة من الأسباب منها قلة كرات الدم البيضاء من نوع العدلات neutropenia ، والتهاب الغشاء المخاطي، وتركيب قساطر ثابتة.

يتم توفير بيئة تقدم الحماية للمرضى بالأقسام الداخلية الذين قاموا بزرع النخاع، وتشمل الضغط الإيجابي والتعامل مع الهواء المفلتر والامتصاص عالي الكفاءة بالإضافة إلى توفير إمداد المياه الخالية من الليجيونيلا.

بالإضافة إلى ذلك، يقوم برعاية هؤلاء المرضى عاملون مدربون تدريباً خاصاً والذين يتبنون نهج الفريق في الوقاية من العدوى، حيث إن الاستخدام المستمر للاحتياطات القياسية وكذلك استخدام الاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى عند الحاجة إليها يعد أهم التدخلات كلها.

تُوضع لافتات في مكان واضح خارج غرفة المريض الخاضع للاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى، وذلك لضمان عدم دخول العاملون والزوار بدون معدات الحماية الشخصية المناسبة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- أثناء المراجعة، قد يلاحظ مُراجع الهيئة وجود بيئة تقدم الحماية القياسية، واستخدام الاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى وتطبيق تقنية نظافة اليدين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفى الحالات التي تتطلب الاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى.
٢. متخصصو الرعاية الصحية مُدربون على الاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى.
٣. تضمن المستشفى توفر بيئة تقدم الحماية إذا لزم الأمر والتي تتطابق مع معايير التصميم الوطنية والدولية لمنشآت الرعاية الصحية.
٤. يدعم تصميم المستشفى توفر بيئة تقدم الحماية لمرضى نقص المناعة.
٥. وضع اللافتات في مكان واضح خارج غرفة المريض الخاضع للاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى.
٦. تنفيذ الاحتياطات القائمة على طرق انتقال العدوى عند الحاجة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.11: احتياطات العزل؛ IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحوائل المادية.

IPC.14: تطهير/ تعقيم معدات رعاية المرضى على أساس أدلة العمل المستندة إلى أدلة ووفقا لتوصيات الشركة المصنعة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التطهير، التعقيم

الغرض:

إن التعامل مع معدات رعاية المرضى عملية بالغة الأهمية داخل أي مستشفى.

في الإجراءات الإكلينيكية التي تتضمن لمس المعدات الطبية/ الجراحية، من الأهمية القصوي أن يتبع متخصصو الرعاية الصحية الممارسات وأدلة العمل القياسية المتعلقة بالتنظيف والتعقيم أو التطهير.

عملية التنظيف خطوة إلزامية في التعامل مع معدات رعاية المرضى.

يمكن إجراء التنظيف والتطهير والتعقيم في منطقة معالجة مركزية. يجب تحديد اتجاه سير العمل بالمنطقة المخصصة.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه عملية التعقيم/ التطهير، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. استلام وتنظيف المعدات المستعملة.
ب. التحضير والتعامل.
   i. اختيار طريقة التعامل وفقًا لتصنيف سبولدينج Spaulding classification . يتضمن تطهير المعدات والأجهزة الطبية على تقنيات منخفضة ومتوسطة وعالية المستوى. يُطبق التطهير عالي المستوى (إذا كان التعقيم غير ممكن) على المعدات شبه الحرجة فقط التي تتلامس مع الأغشية المخاطية أو الجلد غير المتصل، مثل مناظير الجهاز الهضمي، وأجهزة التنفس والتخدير، ومناظير القصبة الهوائية والحنجرة، ...إلخ. والمطهرات الكيميائية التي تُستخدم في التطهير عالي المستوى تشمل جلوتارالدهيد، وأورثوفتالدهيد، وبيروكسيد الهيدروجين.
   ii. يجب أن يستخدم التعقيم لجميع المعدات الحرجة وشبه الحرجة والتي لا تتأثر بالحرارة.
   iii. يستخدم التطهير منخفض المستوى (للمعدات غير الحرجة فقط) لمعدات مثل السماعات الطبية وغيرها من المعدات التي تلمس الجلد السليم. وبخلاف المعدات الحرجة وشبه الحرجة، يمكن تطهير معظم المعدات غير الحرجة التي يمكن إعادة استخدامها في مكان استخدامها ولا تحتاج إلى نقلها إلى منطقة معالجة مركزية.
ج. وضع ملصقات تعريفية على العبوات المعقمة.
د. تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة: يتم تخزينها بشكل صحيح في مناطق تخزين محددة تكون نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى. من الناحية المثالية، يتم تخزين المستلزمات المعقمة بشكل

منفصل عن المستلزمات النظيفة، ويجب أن يكون الوصول إلى مناطق التخزين المعقمة محدودًا.

ه. استخدام دفاتر لتسجيل عملية التعقيم.

و. مستويات المخزون.

ز. تاريخ انتهاء صلاحية المعدات المعقمة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- خلال الجولات والتعقب بالمستشفى، قد يلاحظ مُراجع الهيئة عدد أجهزة التعقيم من الفئة (ب) قبل التفريغ (pre-vacuum class B sterilizers)، ووجود مناطق منفصلة وفقًا للمعيار مع تدفق هواء أحادي الاتجاه، ووجود مناطق تخزين تستوفي المعايير القياسية.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من قدرة العاملين على أداء عملية التعقيم بشكل صحيح.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية التطهير والتعقيم والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ز).

٢. متخصصو الرعاية الصحية مُدربون على السياسة المعتمدة.

٣. يوجد بالمستشفى معقم واحد على الأقل من الفئة ب قبل التفريغ (pre-vacuum class B sterilizers).

٤. القوانين واللوائح وتصنيف سبولدينج ومتطلبات وتوصيات الشركة المصنعة توجه التعقيم أو التطهير.

٥. توجد ثلاث مناطق على الأقل منفصلة بفواصل مادية مخصصة للتنظيف والتعبئة و/ أو التعقيم والتخزين.

٦. تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة بشكل صحيح في مناطق التخزين المخصصة التي تكون نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى.

المعايير ذات الصلة:

IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحواجز المادية؛ IPC.07: المنظفات والمعقمات والمطهرات.

IPC.15: وضع وتنفيذ برنامج مراقبة جودة التطهير/ التعقيم.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج مراقبة جودة التطهير/ التعقيم

الغرض:

إن عملية التعقيم/ التطهير أحد العمليات الحرجة في أي مستشفى؛ لذلك، فإن مراقبة عملية التعقيم/ التطهير أمر بالغ الأهمية لضمان تنفيذ عملية تعقيم موثوقة وفعالة. إن إدارة مراقبة الجودة الروتينية لتطهير/ تعقيم المعدات الطبية أحد المسئوليات الرئيسية لمتخصصي الرعاية الصحية.

تُنفذ إجراءات مراقبة الجودة من أجل مراقبة وضمان موثوقية عمليات التطهير/ التعقيم.

مراقبة الجودة يمكن أن تحدد مشاكل الأداء التي لا يتم تحديدها تلقائيًا وتساعد على تحديد مدى سلامة الإجراءات.

إدارة مراقبة الجودة الروتينية تتضمن وضع بروتوكولات مراقبة الجودة، وتنفيذ البرنامج، والإشراف على البرنامج، ومسئولية تحديد الحاجة إلى إجراءات تصحيحية.

تتم مراجعة بيانات مراقبة الجودة على فترات منتظمة ويتم تسجيلها.

يتم تحليل القيم الشاذة أو اتجاهات نتائج قياس الأداء، والتي قد تشير إلى وجود مشاكل في عملية التطهير/ التعقيم، كما

يتـم متابعتهـا واتخـاذ الإجـراءات الوقائيـة وتسـجيلها قبـل ظهـور مشـاكل كبـرى.
تضع وتنفذ المستشفى سياسة مراقبة الجودة والتي تشمل على الأقل ما يلي:

أ. عناصر وطريقة وتكرار مراقبة الجودة تشمل:
   i. الخصائص الفيزيائية (درجة الحرارة، والوقت، والضغط) والتي يتم مراقبتها في كل دورة.
   ii. الخصائـص الكيميائيـة (مؤشـر كيميائـي داخلـي داخـل عبـوة التعقيـم- مؤشـر كيميائـي خارجـي علـى الجـزء الخارجـي مـن عبـوة التعقيـم) والتـي تتـم مراقبتهـا فـي كل عبـوة.
   iii. مؤشر بيولوجي والذي يتم كل أسبوع على الأقل.
   iv. يتـم إجـراء اختبـار اختـراق البخـار الكافـي وإزالـة الهـواء السـريع كل يـوم قبـل بـدء اسـتخدام الأوتـوكلاف مـن خـلال اسـتخدام المؤشـرات الكيميائيـة الداخليـة مـن الفئـة ٢ وأجهـزة اختبـار العمليـة التـي تكـون إمـا جهـاز اختبـار مسـامي porous challenge device أو جهـاز اختبـار الحِمـل المجـوف hollow challenge device .
   v. جهـاز اختبـار مسـامي: الـذي يتضمـن صفائـح بـاوي ديـك Bowie-Dick Sheets (مؤشـر الفئـة ٢) داخـل حزمـة الاختبـار المسـامية (كل حمولـة). اختبـار الحِمـل المجـوف (اختبـار هيليكـس Helix test): مؤشـر كيميائـي مـن الفئـة ٢ (شـريط) داخـل حلـزون (كل حمولـة).
   vi. اسـتخدام شـرائط الاختبـار الكيميائيـة أو أجهـزة مراقبـة السـوائل الكيميائيـة لتحديـد مـا إذا كان يوجـد تركيـز فعـال للمطهـرات عاليـة المسـتوى علـى الرغـم مـن الاسـتخدام المتكـرر والتخفيـف. ويعتمـد معـدل تكـرار الاختبـار علـى مـدى تكـرار اسـتخدام هـذه المحاليـل.

ب. تحديـد توقعـات أداء مراقبـة الجـودة ونتائجهـا المقبولـة وإتاحتهـا بسـهولة للعامليـن حتـى يتعرفـوا علـى النتائـج غيـر المقبولـة مـن أجـل الاسـتجابة بشـكل مناسـب.
ج. يعتمد الشخص المسئول برنامج مراقبة الجودة قبل التنفيذ.
د. يقوم الموظف المكلف والمسئول بمراجعة نتائج مراقبة الجودة على فترات منتظمة.
ه. اتخـاذ الإجـراءات العلاجيـة لمواجهـة أوجـه القصـور التـي تـم تحديدهـا مـن خـلال اجـراءات مراقبـة الجـودة واتخـاذ الإجـراءات التصحيحيـة وفقًـا لذلـك.

<u>دليل عملية المراجعة:</u>

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة برنامـج مكافحـة العـدوى لتقييـم السياسـات والإجـراءات الموضوعـة، وسـجلات تدريـب متخصصـي الرعايـة الصحيـة.
- قد يزور مُراجع الهيئة المناطق التي يتم فيها التطهير/ التعقيم وذلك للتحقق من إجراءات وسجلات مراقبة الجودة.
- قـد يجـري مُراجـع الهيئـة مقابلـة مـع العامليـن فـي التعقيـم/ التطهيـر وغيرهـم مـن متخصصـي الرعايـة الصحيـة مـن أجـل التحقـق مـن أنهـم علـى درايتهـم بـأداء مراقبـة الجـودة.
- قـد يُقيـم مُراجـع الهيئـة جـودة مـواد التغليـف، وتوافـر المراقبـة الميكانيكيـة، والمؤشـرات الكيميائيـة والبيولوجيـة التـي تلبـي مواصفـات المنتـج القياسـية.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بمراجعـة دفاتـر المؤشـرات الكيميائيـة والمؤشـرات البيولوجيـة لـكل جهـاز أوتـوكلاف وكذلـك سـجلات المؤشـرات الكيميائية.

<u>أدلة التطابق مع المعيار:</u>

١. يوجـد بالمستشـفى سياسـة معتمـدة تصـف عمليـة مراقبـة جـودة عمليـة التطهيـر والتعقيـم والتـي تتنـاول جميـع العناصـر المذكـورة فـي الغـرض مـن النقطـة (أ) إلـى النقطـة (ه).
٢. تحديد جودة مواد التغليف، وكذلك المؤشرات الكيميائية والبيولوجية، بناءً على مواصفات المنتج القياسية.
٣. متخصصو الرعاية الصحية المشاركون في التعقيم/ التطهير أكفاء لأداء مراقبة الجودة.

٤. إجراء اختبارات مراقبة الجودة من أجل مراقبة التعقيم والمطهرات عالية المستوى بشكل دوري.
٥. تسجيل عمليات مراقبة الجودة.
٦. اتخاذ الإجراءات التصحيحية عندما تكون النتائج غير مرضية.

المعايير ذات الصلة:

IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحواجز المادية؛ IPC.07: المنظفات والمعقمات والمطهرات.

إدارة خدمة المغسلة ومنسوجات الرعاية الصحية بشكل آمن

IPC.16: إدارة خدمة المغسلة ومنسوجات الرعاية الصحية بشكل آمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمة المغسلة، المنسوجات

الغرض:

إن الإجراءات التي تتضمن ملامسة المنسوجات الملوثة قد تكون مصدرًا لإدخال مسببات الأمراض التي تؤدي إلى الإصابة بالعدوى.

عدم تنظيف المنسوجات أو تعقيمها أو تخزينها بشكل صحيح لا يعرض المرضى فقط ، ولكن يعرض أيضًا العاملين الذين ينقلونها لخطر العدوى.

من المهم أن يتبع متخصصو الرعاية الصحية الممارسات القياسية لتنظيف وتعقيم المنسوجات المستخدمة.

تقل مخاطر العدوى مع عمليات التنظيف والتطهير المناسبة.

يجب أن يوجد بالغسالة دورة قبل الغسيل.

يتبع متخصصو الرعاية الصحية تعليمات الشركة المصنعة بشأن استخدام المنظفات والمطهرات وتعليمات الغسيل.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لتحديد خدمات المغسلة وإدارة منسوجات الرعاية الصحية والتي تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. عمليات جمع وتخزين المنسوجات الملوثة.
ب. تنظيف المنسوجات الملوثة.
ج. درجة حرارة الماء واستخدام المنظفات والمطهرات.
د. عمليات تخزين وتوزيع المنسوجات النظيفة.
ه. برنامج مراقبة الجودة (درجة الحرارة وكمية المنظفات والمطهرات المستخدمة والصيانة) لكل غسالة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- قد يزور مُراجع الهيئة منطقة المغسلة ومناطق إدارة منسوجات الرعاية الصحية من أجل ملاحظة تصميمها، ووجود غسالة/ غسالات تعمل، ودرجات حرارة المياه المسجلة، وسجلات مراقبة الجودة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه إدارة خدمة المغسلة ومنسوجات الرعاية الصحية بشكل آمن والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلى النقطة (ه).
٢. العاملون المشاركون في خدمة المغسلة وإدارة منسوجات الرعاية الصحية على دراية بالسياسة المعتمدة.
٣. جمع وتخزين ونقل المنسوجات الملوثة بشكل آمن.

٤. توجد غسالة واحدة تعمل على الأقل.
٥. توجد ثلاث مناطق على الأقل منفصلة بفواصل مادية مخصصة للتصنيف والغسيل والتجفيف و/ أو التخزين
٦. تنفيذ وتسجيل برنامج مراقبة الجودة الذي يشمل درجات حرارة المياه.

المعايير ذات الصلة:

IPC.06: معدات الحماية الشخصية، وأدلة العمل، والحوائل المادية؛ IPC.07: المنظفات والمعقمات والمطهرات.

البناء والتطوير الآمن

IPC.17: الحد من مخاطر العدوى أثناء أعمال الهدم أو التطوير أو البناء.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الهدم، التطوير، البناء

الغرض:

إن الهدم أو البناء أو التطوير في أي مكان داخل المستشفى قد يشكل خطرا كبيرا على الوقاية من العدوى ومكافحتها.
إن التعرض إلى غبار البناء والحطام وغيرها من المخاطر البيولوجية قد يمثل خطراً محتملا على وظائف الرئة وسلامة العاملين والزوار.
يجب أن تُقيم المستشفى حجم المخاطر الناتجة عن تأثير التطوير أو البناء الجديد على جودة الهواء المحددة سلفاً، ومتطلبات برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، ومتطلبات برنامج إدارة المرافق ، وتضع خطة للحد من مثل هذه المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- قد يزور مُراجع الهيئة المناطق التي بها عمليات هدم/ تطوير/ بناء ويراجع تقييم مخاطر العدوى بهذه المناطق. قد يُراجع أيضا تصريح العمل الموثق الصادر من فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى، إذا تطلبت سياسة المستشفى ذلك.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لتقييم مخاطر العدوى بالمناطق التي بها عمليات هدم أو تطوير أو بناء.
٢. تقييم مخاطر العدوى من أعمال التطوير أو الإنشاءات الجديدة له معايير محددة.
٣. العاملون المشاركون في أعمال الهدم/ البناء/ التطوير مُدربون على السياسة المعتمدة.
٤. توجد آلية، مثل تصريح العمل، لتمكين تقييم مخاطر العدوى وتوصياته.
٥. إجراءات واعتبارات وتوصيات الوقاية من العدوى تؤخذ بعين الاعتبار أثناء أي عمليات الهدم أو التطوير أو البناء.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02: برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وتقييم المخاطر وأدلة العمل؛ IPC.04: مخاطر العدوى، تقييم المخاطر؛ EFS.09: خطة الأمن.

رصد ومتابعة الأوبئة بشكل فعال

IPC.18: عملية رصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية تتم بشكل فعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

رصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

الغرض:

إن رصد أحد العناصر الأساسية في برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى الفعال؛ لأن استخدام البيانات يساهم في تحسين نظام جودة الرعاية الصحية.

علاوة على ذلك، فهو يساعد في اكتشاف العدوى المُستجدة أو المتكررة المرتبطة بالرعاية الصحية.

يقوم برنامج الترصد الفعال على مبادئ وبائية وإحصائية شاملة.

يلعب الترصد دورًا حاسمًا في تحديد حالات التفشي والأمراض المعدية المُستجدة والكائنات المقاومة للأدوية المتعددة من أجل وضع اجراءات مناسبة لمكافحة ومنع انتشار العدوى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات الموضوعة، وسجلات تدريب متخصصي الرعاية الصحية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق الترصد وتقارير الترصد الربع سنوية التي تراجعها لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى وتوصيات التحسين.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة تنفيذ توصيات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة توجه عملية الترصد.
٢. متخصصو الرعاية الصحية مُدربون على السياسة المعتمدة.
٣. تتتبع المستشفى بيانات عن برنامج الترصد وتجمعها وتحللها.
٤. ترفع المستشفى تقريرا عن برنامج الترصد إلى المعنيين وتراجع لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى التقارير كل ثلاثة أشهر على الأقل.
٥. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في برنامج الترصد.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02: برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وتقييم المخاطر وأدلة العمل؛ IPC.03: اجتماعات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى.

IPC.19: تحري حالات التفشي الوبائي والتعامل معها بشكل فعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تحري حالات التفشي

الغرض:

يمكن أن تحدث تفشيات الأمراض المعدية في أماكن تقديم الرعاية الصحية وتشكل تهديدًا لسلامة المرضى.

الهدف من تحري التفشي هو تحديد أكثر العوامل المحتملة المساهمة في حدوثه من أجل وقف التفشي ومنع تكراره.

يجب أن يُشتبه في التفشيات في حالة زيادة معدل العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية أو عند ظهور مسببات الأمراض الجديدة أو غير المعتادة من العينات.

تتطلب الإدارة الفعالة للتفشيات التعاون بين فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى والتخصصات الإكلينيكية الأخرى.

تشمل إدارة التفشي إجراءات التحكم الفورية وإجراءات التحكم العامة وإجراءات التعافي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة العدوى لتقييم السياسات والإجراءات

الموضوعـة، وسـجلات تدريـب متخصصـي الرعايـة الصحيـة.

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بمراجعـة نظـام نظـام الإبـلاغ عـن الأمـراض الواجـب الإبـلاغ عنهـا وتقاريـر التحـري و تحليـل حـالات التفشي/التفشـيات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة توجه التحري عن حالات التفشي الوبائي.
٢. يوجد نظام للإبلاغ عن المرضى المشتبه في إصابتهم بأمراض معدية كما تتطلب القوانين واللوائح.
٣. تحري التفشي والتعامل معها من خلال جهود متعددة التخصصات.
٤. تشمل إدارة حالات التفشي إجراءات التحكم الفورية وإجراءات التحكم العامة وإجراءات التعافي.
٥. تتتبع المستشفى بيانات عن حالات التفشي التي تحدث بها وتجمعها وتحللها.
٦. تعمل المستشفى على فرص التحسين المحددة في عملية إدارة حالات التفشي التي تحدث بها.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02: برنامـج مكافحـة ومنـع انتشـار العـدوى وتقييـم المخاطـر وأدلـة العمـل؛ IPC.03: اجتماعـات لجنـة مكافحـة ومنـع انتشـار العدوى.

IPC.20: مكافحة الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة

الغرض:

ازداد انتشـار الكائنـات المقاومـة للأدويـة المتعـددة (MDROs) خـلال العقـود الثلاثـة الماضيـة وأصبحـت تمثـل مشـكلة عالميـة تهـدد الصحـة وتتسـبب فـي تأثيـرات مهمـة علـى سـلامة المرضـى.

يرجع هذا القلق إلى أن خيارات علاج المرضى المصابين بهذه العدوى محدودة جدا.

ترتبـط أيضًـا عـدوى الكائنـات المقاومـة للأدويـة المتعـددة بطـول فتـرات الإقامـة بالمستشـفى وزيـادة التكاليـف وارتفـاع معـدل الوفيـات.

تتطلـب الوقايـة مـن الكائنـات المقاومـة للأدويـة المتعـددة ومكافحتهـا قيـادة إداريـة وعلميـة فعالـة بالإضافـة إلـى التـزام المـوارد الماليـة والبشـرية بالتطبيـق.

يجـب أن يتـم توفيـر المـوارد اللازمـة لمكافحـة ومنـع انتشـار العـدوى، والتـي تشـمل استشـارة الخبـراء، ودعـم المعامـل، ومراقبـة الالتـزام، وتحليـل البيانـات مـن أجـل منـع انتقـال العـدوى.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة برنامـج مكافحـة العـدوى لتقييـم السياسـات والإجـراءات الموضوعـة، وسـجلات تدريـب متخصصـي الرعايـة الصحيـة.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة عملية احتواء الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة مثل العزل والمراقبة ...إلخ.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتحكم في انتشار الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.
٢. متخصصو الرعاية الصحية مُدربون على السياسة المعتمدة.
٣. اتخاذ الإجراءات للتحكم في انتشار العدوى بالكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02: برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وتقييم المخاطر وأدلة العمل.

خدمات الماء والغذاء الآمنة

IPC.21: خدمات الغذاء آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات الغذاء

الغرض:

إن خدمات الغذاء التي يقدمها مطبخ المستشفى قد تكون أحد مصادر العدوى المحتملة إذا لم يتم تجهيزه، التعامل معه و/أو تخزينه بشكل سليم.

إن الأمراض التي تنتقل عن طريق الغذاء قد تشكل تهديدا كبيرا على الصحة ولا سيما على مرضى نقص المناعة.

لذا فإن إجراءات مكافحة ومنع انتشار العدوى الفعالة من الأمور الحاسمة لمنع مثل هذه العدوى.

خدمات الغذاء الامن تتضمن جميع العمليات بدءا من استلام الغذاء وغيره من المنتجات الغذائية ومرورا بتخزينها وتجهيزها والتعامل معها حتى يتم تسليمها بشكل آمن.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات توجه خدمات الغذاء الآمن والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. عملية استلام الغذاء.

ب. عملية التخزين الامنة والتي تشمل نظام دوران الغذاء الذي يتسق مع مبدأ "من دخل أولا يخرج أولا".

ج. مراقبة درجة الحرارة أثناء التجهيز والتخزين.

د. منع انتقال التلوث بين الأطعمة سواء بشكل مباشر من الأطعمة النيئة إلى الأطعمة المطهية، أو بشكل غير مباشر من الأيدي الملوثة، أسطح العمل، طاولات التقطيع، ادوات المطبخ، ...إلخ.

ه. عملية نقل الغذاء.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من وعيهم.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة اجراءات منع انتقال العدوى مثل وجود طاولات تقطيع مخصصة لكل نوع من انواع الأطعمة، ووجود أماكن منفصلة لاستلام وتخزين وتجهيز الغذاء والمنتجات التغذوية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة درجات حرارة تخزين الغذاء المسجلة.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة تخزين وتجهيز وتوزيع الغذاء مع اتباع تعليمات النظافة الصحية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. العاملون المشتركون في خدمات الغذاء على دراية بالسياسة المعتمدة.
٣. توجد مناطق منفصلة لاستلام وتخزين وتجهيز الغذاء والمنتجات الغذائية.
٤. توجد إجراءات لمنع خطر انتقال التلوث.
٥. تجهز وتوزع المستشفى الغذاء مع تطبيق تعليمات النظافة الصحية ودرجات الحرارة الملائمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.11: إدارة المرافق؛ ICD.20: احتياجات المريض الغذائية.

IPC.22: رعاية ما بعد الوفاة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

رعاية ما بعد الوفاة

الغرض:

تتضمن رعاية ما بعد الوفاة عمليات تجهيز المتوفى للدفن. وتمثل رعاية ما بعد الوفاة أحد المخاطر المهنية التي يجب أن تتوقعها وتتناولها السياسة.

تضع وتنفذ المستشفى سياسة وإجراءات لرعاية ما بعد الوفاة والتي تتضمن على الأقل ما يلي:

أ. تقييم مخاطر العدوى
ب. اجرءات تقليل هذه المخاطر
ج. استخدام المعدات الهندسية ومعدات الحماية الشخصية المناسبة من أجل تقليل التعرض للمخاطر.
د. تصنيف النفايات
ه. حفظ السجلات
و. إجراءات نظافة البيئة
ز. الإبلاغ عن حوادث التعرض للمخاطر.

يتم بوجه عام تطبيق احتياطات مكافحة ومنع انتشار العدوى القياسية وأي احتياطات مبنية على أساس طرق نقل العدوى و التي تم تطبيقها على المرضى يستمر تطبيقها بعد الوفاة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى أثناء جلسة مراجعة الوثائق، ويلي ذلك مقابلة العاملين للتحقق من وعيهم.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة تطبيق الاحتياطات القياسية والاحتياطات المبنية على أساس طرق نقل العدوى على الجثث وأجزاء الجسم.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. العاملون المشتركون في رعاية على دراية بالسياسة المعتمدة.
٣. تنفيذ ممارسات رعاية مابعد الوفاة الآمنة وفقا لأدلة العمل المستندة إلى أدلة وكذلك القوانين واللوائح الحالية.
٤. تطبيق الاحتياطات القياسية والاحتياطات المبنية على أساس طرق نقل العدوى على الجثث وأجزاء الجسم كلما كان ذلك ممكنا.

المعايير ذات الصلة:

IPC.10: تنظيف البيئة، أدلة العمل المبنية على الدليل.

الإدارة والحوكمة المؤسسية
Organization Governance and Management

الغرض من الفصل:

يتعلق هذا الفصل بالهياكل التنظيمية للحوكمة والمساءلة التي قد تختلف وفقًا لحجم المستشفي واختصاصاتها وما إذا كانت مملوكة للقطاع العام أو القطاع الخاص. وتشمل الهياكل المحتملة مالك واحد أو مجموعة من الملاك، أو لجنة حكومية أو وزارة، أو هيئة حاكمة . ووجود هيكل محدد للهيئة الحاكمة يوفر الوضوح لكل فرد بالمستشفي ، بما في ذلك المديرين وقيادات الخدمات الإكلينيكية والعاملين ، بشأن تحديد الشخص المسئول عن اتخاذ القرارات النهائية والإشراف على الإدارة الشاملة للمستشفى . علي الرغم من أن الحوكمة تقدم الإشراف والدعم، إلا أن الالتزام وبذل الجهود التخطيطية من قبل قيادات المستشفي والإدارات والخدمات هو ما يضمن الإدارة السلسة والفعالة للمستشفي.

يبدأ التخطيط الفعال بتحديد احتياجات المعنيين بالخدمة وتصميم الخدمة وفقًا لذلك، وتقدم رؤية مصر ٢٠٣٠ التي وضعت مؤخرًا اتجاهًا وهدفًا مشتركًا لجميع المستشفيات لضمان توفير رعاية آمنة وفعالة ومتمركزة حول المريض لجميع المصريين على قدم المساواة كما أنها تعتبر الركيزة الأساسية لتخطيط المستشفي . يجب أن تتماشى خطة المستشفي باستمرار مع المبادرات التي تطلقها الحكومة والتي تتناول الجوانب العلاجية والوقائية والاجتماعية والغذائية في تقديم الرعاية الصحية.

ويقدم هذا الفصل التوجيه والإرشاد للمستشفي بشأن تكليف المستويات الإدارية المختلفة بالمهام وضمان التواصل الفعال لتحقيق الأهداف والغايات المخطط لها.

في الآونة الأخيرة، أصبح المشهد في مجال الرعاية الصحية يقترب من مستقبل تقوده الجودة و نموذج الدفع مقابل الأداء ، وقد ركز الفصل على الجانب المالي للرعاية الصحية؛ وهو تركيز يؤثر على كلا من المرضى ومقدمي خدمات الرعاية الصحية. وفقاً لنموذج الرعاية القائمة على القيمة Value-based Care ومستويات أعلي من الكفاءة، تتطور مفاتيح نجاح الممارسة الطبية سريعاً. ويتناول الفصل مختلف الموضوعات على مستوى المؤسسة مثل الخدمات المتعاقد عليها، والإدارة الأخلاقية، ومشاركة العاملين، مما قد يعكس جهود الإدارة التعاونية ذات الفعالية والكفاءة.

يقوم مُراجعوا الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، من خلال المقابلات مع القيادات والعاملين والملاحظة وتقييم العمليات ، بتقييم كفاءة وفعالية هيكل الهيئة الحاكمة والقيادات. وتعد قدرة القادة على تحفيز العاملين وتوجيههم أمرًا أساسيًا لنجاح المستشفي، الأمر الذي يمكن تقييمه طوال عملية المراجعة.

الهدف من الفصل:

يرتكز هذا الفصل على التحقق من مرونة هيكل المستشفي من خلال التحقق في النقاط التالية:

١. فعالية الهيئة الحاكمة
٢. فعالية الإدارة.
٣. فعالية القيادات.
٤. فعالية الإدارة المالية.
٥. الكفاءة في إدارة العقود.
٦. الإدارة الأخلاقية.
٧. صحة وسلامة ومشاركة العاملين الفعالة

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ

يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية فيما يتعلق ببنوده وشروها وبدائله وتعديلاته وتحديثاته ومرفقاته

١. الدستور المصري

٢. رؤية مصر ٢٠٣٠ ، وزارة التخطيط
٣. قانون ٥١ لسنة ١٩٨١ بشأن تنظيم المنشآت الصحية
٤. قرار وزارة الصحة والسكان ١٨٦ لسنة ٢٠٠١ بشأن حق المريض في معرفة التكلفة المتوقعة للعلاج.
٥. قانون حماية المستهلك المصري ١٨١ لسنة ٢٠١٨
٦. قرار رقم ٦٠٩ لسنة ٢٠١٦ معايير المحاسبة المصرية
٧. منشورات مجلس المرأة بشأن المساواه بين الجنسين.
٨. قرار رئيس مجلس الوزراء ٢٣٨ لسنة ٢٠٠٣ بشأن لائحة آداب المهنة
٩. قانون ٢٠٦ لسنة ٢٠١٧ بشأن تنظيم الإعلان عن المنتجات والخدمات الصحية
١٠. قانون العمل المصري
١١. تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية HealthWISE – دليل العمل – منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية WHO – ILO

هيئة حاكمة فعالة

OGM.01: يوجد هيكل محدد للهيئة الحاكمة للمستشفي

الفاعلية

الكلمات الرئيسية :

هيكل الهيئة الحاكمة

الغرض:

تعد الهيئة الحاكمة للمستشفي مسئولة عن تحديد الاتجاه العام للمستشفي وضمان الموائمة بين أنشطة المستشفي وأهدافها. وهي مسئولة أيضاً عن مراقبة الأداء والتنمية المستقبلية. ولهذا، فإن تحديد الهيكل التنظيمي الحاكم للمستشفي يضمن تشغيلها بكفاءة وفاعلية.

وفي النظام المركزي، مثل وزارة الصحة والسكان، تخضع تبعية عدة مؤسسات لهيئة حاكمة واحدة

ولضمان الحوكمة في المستشفي بشكل ملائم وكفء، يجب أن يكون الهيكل التنظيمي الخاص بها محدداً بشكل جيد علي أن يوضح طبيعة علاقات العمل القائمة بين أجزائها/مكوناتها المختلفة. هذه العلاقات -والتي تتسم بالتعقيد في بعض الأحيان- يمكن توضيحها في مخطط به أسهم وخطوط لتوضيح الصلاحيات والمسئوليات.

إن الشكل المثالي للهيكل ينبغي أن يكون بسيطاً وطبقاً للوظيفة مع وجود أقل حد من الطبقات الوظيفية الغير ضرورية وأن يكون مفصلا بما يحقق غرض المستشفي.

دليل عملية المرجعة

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة المعلومات اللازمة من خلال عملية المراجعة بأكملها مع إيلاء المزيد من الاهتمام بالعرض التقديمي الافتتاحي وجلسة مراجعة الوثائق وجلسة المقابلة مع القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. الهيكل التنظيمي للهيئة الحاكمة موضح في المخطط الخاص بالمستشفي
٢. يتم تعريف أعضاء الهيئة الحاكمة بالاسم والمسمي الوظيفي في الهيكل التنظيمي
٣. أعضاء الهيئة الحاكمة يتسمون بالتنوع ويمثلون اهتمامات المجتمع وذوي كفاءات.
٤. يجتمع أعضاء الهيئة الحاكمة في أوقات محددة مسبقاً ويتم تسجيل محضر الاجتماع
٥. تقوم الهيئة الحاكمة بتقييم أدائها سنوياً فيما تم إنجازه من الخطة الاستراتيجية

المعايير ذات الصلة:

OGM.05 مدير المستشفي ، OGM.09 قيادات المستشفي ، OGM. 10 إدارة الأقسام

OGM.02: تتشارك قيادات المستشفي والهيئة الحاكمة في وضع رسالة المستشفي

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

رسالة المستشفى

الغرض:

تعد رسالة المستشفي وصفاً للهدف الجوهري الذي تهدف إلية المستشفي ، فهي العامل الأساسي الذي بناءً عليه يتم وضع الاتجاه الاستراتيجي للمستشفي وصولاً إلي وضع الأهداف والاستراتيجيات ذات الصلة.

إن تحديد الغاية الرئيسية للمستشفي في شكل رسالة هو واحدة من الأدوار الرئيسية للهيئة الحاكمة ويجب أن تتوافق رسالة المستشفي مع الرسالة الوطنية للرعاية الصحية وأن يتم مشاركتها مع الجهات المعنية ذات الصلة بما فيهم العاملين ، والمرضي والزائرين.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة رسالة المستشفى في اللوحات المعلقة، و في المنشورات والوثائق مع التركيز علي أخر تحديث لها، واعتمادها وتوافقها وسهولة رؤيتها.

أدلة التطابق مع المعيار

١. لدي المستشفي رسالة المستشفي معتمدة من الهيئة الحاكمة
٢. تتوافق الرسالة مع المبادرات الوطنية في مجال الرعاية الصحية ورؤية ٢٠٣٠
٣. يتم تقييم الرسالة سنوياً
٤. يتم وضع رسالة المستشفى في الأماكن العامة بحيث تكون مرئية للعاملين والمرضى والزائرين.

المعايير ذات الصلة:

OGM.07 التخطيط الاستراتيجي

OGM.03: للهيئة الحاكمة مسئوليات ومهام محددة

الفاعلية

الكلمات ذات الصلة:

مسئوليات الهيئة الحاكمة

الغرض:

إن الهيئات الحاكمة مسئولة عن السلامة والاستقرار المالي بمؤسساتهم ومن ثم مسئولون في المقام الأول عن استداماتهما.

ولوضع بيان المسائلةAccountability statement ، يجب علي الهيئة الحاكمة تحديد الشركاء الرئيسين أولاً ثم تحديد أوجه المسئولية تجاه هؤلاء الشركاء.

إن أحد الادوار الرئيسية لأي هيئة حاكمة هو الإشراف علي أداء المستشفى، وللقيام بهذا الدور، تراقب الهيئات الحاكمة مدي فاعلية استراتيجيات الإدارة التي وضعت لتحقيق أهداف المستشفي. وخلال عملية الإشراف ، قد تظهر بعض أوجه القصور،و يجب تصحيحها من خلال مراجعة الاستراتيجيات أو وضع استراتيجيات جديدة. تعيين مديراً ، وتخصيص الموارد وتوفير الخبرات ، والتخطيط المالي الفعال والاستجابة لتقارير التفتيش الداخلية ومن الجهات التنظيمية.

يتم تحديد وتوجيه مسئوليات الهيئات الحاكمة للشركاء الرئيسيين للمستشفي.

تدعم الهيئة الحاكمة وتعزز وتراقب مؤشرات تحسين الأداء ، وسلامة المرضي والجهود المتعلقة بإدارة المخاطر ونشر ثقافة السلامة.

ويجب أن تقدم البيانات للمراجعة في صورة تسهل إجراء المقارنات، إما داخلياً بمقارنتها بالأهداف المحددة أو على مدار الزمن ، أو خارجياً بمقارنتها ببيانات المنظمات الآخري المماثلة أو بالمعايير القائمة.

وتتمثل موارد المستشفي في موارد مالية، و بشرية ، وتكنولوجية ، و نظم المعلومات.

ومن السيناريوهات التي عادة ما تحدث، هو عجز الموارد اللازمة لتلبية توقعات المرضي، عندئذ، يجب علي الهيئات الحاكمة وضع الخطط لتخصيص الموارد بما يعمل علي زيادة الكفاءة والشفافية. ويجب أن تكون الأنشطة المتعقلة بالأهداف المحددة في رسالة المستشفي واضحة عند تخصيص الموارد.

وتلي عملية اختيار وتحديد الانشطة، عملية تحديد الأولويات بين الأنشطة المختارة، ويجب أن يكون معيار تحديد الأولويات معروفاً للجميع وذلك لضمان تخصيص الموارد بشكل عادل وبشفافية.

وتتضمن مسؤوليات الهيئة الحاكمة اعتماد واستلام التقارير والتقييم المنتظم والتحديث لكل من علي الأقل:

أ. الخطة الاستراتيجية للمستشفي
ب. الخطة التشغيلية والموازنة واستثمارات رأس المال
ج. برامج تحسين الجودة وسلامة المرضي وإدارة المخاطر.

د. برامج التقييم المجتمعي والمشاركة المجتمعية.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة مسئوليات الهيئة الحاكمة والدور الذي تقوم به خلال عملية المراجعة بأكملها مع إيلاء مزيد من الاهتمام للعرض التقديمي الافتتاحي ، وخلال جلسة مراجعة الوثائق وجلسة مقابلة القيادات، قد تشتمل الأسئلة علي مراجعة الوثائق المطلوبة والتحقق من التفاصيل بها واعتمادها بالإضافة إلي مراجعة تقارير مراقبة/متابعة الخطط المعتمدة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. قامت الهيئة الحاكمة بتعريف مهامها ومسئولياتها لجميع الشركاء ولديها عمليه لتخصيص الموارد قائمة علي معايير واضحة للاختيار وتحديد الأولويات.
٢. تقوم الهيئة الحاكمة باعتماد ومراقبة وتحديث الخطة الإستراتيجية .
٣. تقوم الهيئة الحاكمة باعتماد ومراقبة وتحديث الخطة التشغيلية والميزانية.
٤. تقوم الهيئة الحاكمة باعتماد ومراقبة وتحديث برامج تحسين الجودة وسلامة المرضي وإدارة المخاطر
٥. تقوم الهيئة الحاكمة باعتماد ومراقبة وتحديث برنامج التقييم المجتمعي والمشاركة المجتمعية.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة، OGM.07 التخطيط الاستراتيجي، OGM.08 التخطيط التشغيلي ، QPI.02 خطة الجودة، CAI.02 التخطيط للمشاركة المُجتمعية

OGM.04: يضمن قادة المستشفي التواصل الفعال مع الهيئة الحاكمة

--

الكلمات الرئيسية:

التواصل الفعال مع الهيئة الحاكمة

الغرض:

قد يؤدي التواصل بطريقة غير منظمة بين أعضاء الهيئة الحاكمة من ناحية وبين كلاً من فريق المديرين والعاملين بالمستشفي من ناحية آخري إلي سوء التفاهم والفوضي . وإن عملية تواصل واضحة ومتبادلة بين الهيئة الحاكمة والمديرين، عادة بين رئيس الهيئة الحاكمة ومدير المستشفي، تعمل علي تحسين الوضع العام بالمستشفي ، فهي تضمن تفهُم الهيئة الحاكمة لأداء المستشفي وما يقترن به من مخاطر والتي قد تعرقل تحقيق الأهداف.

بالإضافة إلي ذلك، يتيح هذا التواصل الفرصة لمدير المستشفي لرفع تقارير وتلقي التغذية الراجعة عن الأداء بالمستشفي خاصة عن الأمور التي ينطوي علي المشاكل.

تحتاج المستشفي إلي تحديد الأنواع المختلفة لقنوات التواصل بين الهيئة الحاكمة وفريق المديرين والعاملين بالمستشفي . قد تكون قنوات التواصل عن طريق وسائل التواصل الاجتماعي أو لقاء في قاعة اجتماعات أو خلال مؤتمر شهري أو سنوي أو غيرها من وسائل التواصل.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة بالاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة الدليل علي وجود قنوات تواصل محددة وقائمة، ومعدل حدوث التواصل والدليل علي وجود التغذية الراجعة من كلا الطرفين علي التقارير المقدمة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد عملية تواصل محددة بين الهيئة الحاكمة وقادة المستشفي

٢. أعضاء الهيئة الحاكمة وقادة المستشفي علي دراية بعملية التواصل وقاموا باعتماد وسائل التواصل.
٣. تقدم الهيئة الحاكمة تقارير التغذية الراجعة لمدير المستشفي.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة ، OGM.09 قيادات المستشفي ، OGM.10 مديري الإدارات

الإدارة الفعالة للمستشفي

OGM.05: تقوم الهيئة الحاكمة بتعيين مدير كفء بدوام كامل لإدارة المستشفي وفقاً للوائح والقوانين المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية :

مدير المستشفي

الغرض:

تحتـاج أي مؤسسـة إلـي مديـر تنفيـذي ليكـون مسـئوولاً عـن تنفيـذ قـرارات الهيئـة الحاكمـة ويمثـل حلقـة الوصـل بيـن الهيئـة الحاكمـة والعامليـن بالمستشـفي. يحتـاج هـذا المنصـب إلـي مديـر كـفء ومتفـرغ بـدوام كامـل توجهـه القوانيـن واللوائـح ذات الصلـة و/ أو مـا تقـره الهيئـة الحاكمـة.

يجـب أن يكـون مديـر المستشـفي حاصـلاً علـي التدريـب المناسـب و/أو لديـه خبـرة فـي إدارة الرعايـة الصحيـة ، كمـا هـو محـدد بالتوصيـف الوظيفـي لـه:

يشتمل التوصيف الوظيفي علي النقاط التالية علي الأقل:

أ. القيام بالإشراف علي العمليات اليومية
ب. ضمان عرض نطاق خدمات المستشفي وأوقات التشغيل بها للمجتمع بالشكل الواضح والدقيق
ج. ضمان وضع السياسات والإجراءات وتنفيذها من قبل قيادات المستشفي واعتمادها من قبل الهيئة الحاكمة
د. القيام بالإشراف علي الموارد المالية والبشرية والمادية بالمستشفي.
ه. التقييم السنوي لأداء اللجان بالمستشفي
و. ضمان الاستجابة المناسبة علي التقارير الواردة من أي جهة تنظيمية أو رقابية بما فيهم جهات الاعتماد.
ز. ضمـان وجـود برنامـج فعـال علـي مسـتوي المستشـفي لتحسـين الأداء، وسـلامة المرضـي، وإدارة المخاطـر باسـتخدام المـوارد الملائمـة.

دليل عملية المراجعة:

- مـن المتوقـع أن يقـوم مراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمقابلـة مديـر المستشـفي الـذي يعمـل بـدوام كامـل ، مـرة واحـدة علـي الأقـل خـلال عمليـة المراجعـة.
- قـد يقـوم مراجـع الهيئـة بمراجعـة الملـف الوظيفـي لمديـر المستشـفي للتأكـد مـن إسـتيفائه لجميـع الوثائـق المطلوبـة مثـل شـهادات التدريـب والتوصيـف الوظيفـي والمهـام والمسـئوليات.
- قـد يقـوم مراجـع الهيئـة بمراجعـة وثائـق الصلاحيـات أو خطابـات التفويـض للمهـام التـي يسـندها مديـر المستشـفي لغيـره مـن العامليـن بالمستشـفي.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يقوم مدير مؤهل ويعمل بدوام كامل بإدارة المستشفي
٢. يوجد خطاب تعيين لمدير المستشفي وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.
٣. يوجد توصيف وظيفي لمدير المستشفي يستوفي متطلبات هذا المعيار المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (خ) .

٤. مديـر المستشـفي حاصـل علـي التدريـب المناسـب و / أو لديـه خبـرة فـي الإدارة فـي المجـال الصحـي كمـا هـو محـدد فـي التوصيـف الوظيفـي.
٥. يوجد دليل بأن مدير المستشفي يتولي أداء المسئوليات المسندة إليه أو قام بتفويضها لغيره من العاملين ذو الكفاءة.

المعايير ذات الصلة :

OGM.01 هيكل الجهة الحاكمة, OGM.09 قيادات المستشفي

OGM.06: توجـد عمليـة واضحـة للتواصـل والتنسـيق بيـن مديـر المستشـفي، والعامليـن، ولجـان المستشـفي/ وهيكلهـا التنظيمـي

الكلمات الرئيسية:

تشكيل اللجان

الغرض:

إن تحقيق رسالة المستشفي يتطلب التعاون والعمل الجماعي
ويتحقق ذلك خلال القيام بمشاركة المعلومات واشراك العاملين في صنع القرار.
وتعد اللجـان أداوات تجمـع المعلومـات والقـدرات الموزعـة بيـن الاجـزاء المختلفـة بالمستشـفى علـي هيئـة وحـدة واحـدة أو متكاملـة و لهـا دور فعـال فـي صنـع القـرار.
وما يزيد إنجازات أو إنتاجية اللجنة هو اختيار أعضاء متعددي التخصصات لكل لجنة وانعقاد اللجنة بانتظام.
ويشارك كل من قيادات المستشفي، والفريق الطبي، وطاقم التمريض، وغيرهم من العاملين في اللجان ذات الصلة.
يجـب أن يكـون لـكل لجنـة شـروط مرجعيـة والتـي تشـتمل علـي عضويـة اللجنـة، المهـام، المسـئوليات، رفـع التقاريـر، عـدد مـرات الاجتماعـات، النصـاب القانونـي وجـدول الاعمـال الأساسـي للجنـة.
يجب أن تنعقد اجتماعات اللجان بانتظام وأن توثق محاضر الاجتماع الخاصة بها.
يوجد بالمستشفي علي الأقل اللجان التالية:

أ. لجنة سلامة البيئة.
ب. لجنة مكافحة العدوي.
ج. لجنة الدواء والعلاج.
د. لجنة الجودة وسلامة المرضي.
ه. لجنة المراضة والوفيات.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقابـل مراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة العديـد مـن أعمـال اللجـان خـلال عمليـة المراجعـة ، قـد يقـوم بمراجعـة تشـكيل اللجنـة وأجنـدة الاجتمـاع ومحضـر الاجتمـاع والأعضـاء المكلفيـن.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفي علي الأقل اللجان المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (ج)
٢. يوجد لكل لجنة شروط مرجعية
٣. تجتمع اللجان بانتظام
٤. يتم تسجيل محاضر الاجتماعات الخاصة باللجنة ومشاركتها مع الأعضاء المشاركين بها.
٥. يوجد عملية معلنة للتنسيق و التواصل بين المدير والعاملين و لجان المستشفي والهيكل التنظيمي الخاص بها.

المعايير ذات الصلة :

PCC.02 الرعايـة متعـددة التخصصـات المتمركـزة حـول المريـض، OGM.02 رسـالة المستشـفي، OGM.03 مسـؤوليات الهيئـة الحاكمـة، CAI.02 التخطيـط للمشـاركة المجتمعيـة

OGM.07: يتم وضع الخطة الاستراتيجية تحت إشراف وتوجيه الهيئة الحاكمة

الكلمات الرئيسية:

التخطيط الإستراتيجي

الغرض:

يعد التخطيط الاستراتيجي عملية وضع خطة طويلة الأمد لتحقيق الرؤية والرسالة المحددة للمستشفي من خلال تحقيق الأهداف الاستراتيجية عالية المستوي.

توضع الخطة علي أساس الأفق الزمني طويل المدي، فهي تحدد الوضع الحالي الذي عليه المستشفي ، وما الذي تسعي قيادات المستشفي الوصول إليه، وكيف سيصلون إلي ما يريدون تحقيقه وكيف يعرفون أنهم قد حققوه في ذلك الوقت.

تضع الخطة الاستراتيجية الإطار العام الذي من خلاله يستطيع الشركاء معرفة الأدوار المناسبة لهم وأن يقدموا مساهماتهم بالشكل المناسب.

ومن الأمور الأساسية، أن يساهم الشركاء في وضع الخطة الإستراتيجية وذلك لضمان صفتهم الشرعية ومسؤوليتهم والتزامهم تجاه الخطة.

وقد يتم وضع الخطة من الإدارة العليا (الهيئة الحاكمة) بمشاركة قيادات المستشفي

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامه للاعتماد والرقابة الصحية بتلقي معلومات عن الخطة الإستراتيجية خلال العرض التقديمي الإفتتاحي. ثم يطرح المزيد من الأسئلة حول المشاركة في و متابعة الخطة الإستراتيجية خلال جلسة مقابلة القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لدي المستشفي خطة استراتيجية ذات أهداف / نتائج مرجوه وجدول زمني محدد وقابل للتنفيذ.
٢. يشارك العاملون وقادة المستشفي والمجتمع والشركاء المحددون الآخرون في الخطة الإستراتيجية.
٣. يوجد تقارير استعراض التقدم الذي تم احرارزه لمتابعة الخطة الإستراتيجية سنوياً علي الأقل.

المعايير ذات الصلة:

CAI.01 المبادرات المجتمعية، PCC.02 الرعاية متعددة التخصصات المتمركزة حول المريض ، OGM.02 رسالة المستشفي، OGM.03 مسئوليات الهيئة الحاكمة

OGM.08: يتم وضع الخطط التشغيلية لتحقيق أهداف وغايات الخطة الإستراتيجية و تتوافق مع المُدخلات المُحددة للعاملين، ومقدمي الخدمة، والشركاء الآخرون

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

التخطيط التشغيلي

الغرض:

تعد الخطط التشغيلية هي الوسيلة التي من خلالها تحقق المستشفي رسالتها، وهي خطط تفصيلية وتشتمل علي معلومات محددة عن الأهداف والأنشطة ذات الصلة والموارد اللازمة في إطار زمني للعمل.

تضع القيادات الخطط التشغيلية والتي تشتمل علي الأقل ما يلي:

أ. أهداف وغايات واضحة.
ب. الأنشطة المحددة والمهام التي سيتم تنفيذها.
ج. جدول زمني للتنفيذ.

د. المسؤوليات المكلفة.
ه. موارد الميزانية المطلوبة.

تقوم القيادات بالتقييم المنتظم للخطط التشغيلية السنوية عن الخدمات المقدمة لتحديد المرافق المطلوبة والمعدات اللازمة للدورة التشغيلية التالية.

وتعد نهاية أي دورة تشغيلية هي مرحلة التقييم أو التحليل والتي من خلالها يتضح لواضعي الخطة النقاط التي سارت علي ما يرام و النقاط التي واجهت صعوبات عند تنفيذ الخطة. يجب استخدام هذا التحليل أو بمعني أفضل ، الدروس المستفادة عند إعداد الدورة الجديدة من الخطة بهدف تحسين أداء المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالاستفسار عن الخطط التشغيلية خلال القيام بالجولات والتتبع بالمستشفي وذلك لإعطاء الفرصة للعاملين وقيادات الأقسام للتحدث عن الخطط الخاصة بهم وكيف يتم مشاركتها معهم. قد يتحري مراجع الهيئة عن الدليل علي متابعة تنفيذ الخطة وتحديد فرص التحسين والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء.

أدالة التطابق مع المعيار:

١. لدي المستشفي خطط تشغيل تشتمل علي النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (ج).
٢. يشارك العاملون في وضع الخطط التشغيلية الخاصة بهم.
٣. تقدم تقارير مرحلية/ تحليلية للخطط التشغيلية.
٤. يتم مشاركة الخطط في المستشفي.
٥. يقوم القادة بتقييم الخطط التشغيلية سنوياً ، ويتم أخذ الدورس المستفادة في الاعتبار حين إعداد الدورة التشغيلية الجديدة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 رسالة المستشفي، OGM.03 مسؤوليات الهيئة الحاكمة، OGM.07 التخطيط الإستراتيجي

OGM.09: يتم تحديد مسؤوليات ومسائلات قيادات المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

قيادات المستشفي

الغرض:

عادة ما تترك الهيئة الحاكمة التصرف للتنفيذين ، فإن ذلك يسمح لها برؤية قرارتها حيث يتم تنفيذها والتشغيل اليومي بالمستشفي حيث يتم بنجاح. وبينما يوجد معيار آخر يتناول مسؤوليات مدير المستشفى، فعادة ما يوجد بالمستشفي المدير الطبي، ورئيسة التمريض، ومسئول النظم والمعلومات، والمدير المالي، وأحيانا مدير التشغيل والذي له أيضاً العديد من المهام، إلا أن القيادات التنفيذية العُليا يشكلون الإدارة المركزية الرئيسية. و توكل المستشفي سلطات ومسؤوليات إدارية لقيادات المستشفي.

تتمثل مسؤوليات قيادات المستشفي في التالي :

أ. استدامة المتطلبات اللازمة لأعمال المستشفي:
i. التخطيط الذي يهدف إلي تطوير أو استبدال الأنظمة، والمباني أو المكونات اللازمة للتشغيل المستمر والآمن والفعال.
ii. التعاون في وضع خطة التوظيف بالمستشفي والتي يحدد بها العدد المطلوب، ونوعية الوظائف والمؤهلات المطلوبة.

iii. توفير التسهيلات والوقت المناسب للعاملين من أجل التدريب والتعليم.
iv. ضمان أنه تم إعداد وتنفيذ كل السياسات والإجراءات والخطط اللازمة.
v. توفير المساحة المناسبة والمعدات والموراد الآخري اللازمة وفقاً للخطط الإستراتيجية والتشغيلية للمستشفي والخدمات المطلوبة.
vi. اختيار المعدات والمستلزمات طبقاً لمعايير محددة منها الجودة والفعالية من حيث التكلفة.

ب. إدارة التشغيل بشكل سلس وموجه
i. غرس ثقافة السلامة والعدالة من أجل الإبلاغ عن الأخطاء، والأحداث الوشيكة ، والشكاوي واستخدام المعلومات لتحسين السلامة في العمليات والأنظمة.
ii. وضع وتنفيذ العمليات التي تساعد علي الاستمرارية وتنسيق الرعاية والحد من المخاطر.
iii. التأكد من إعداد وتقديم الخدمة بأمان ووفقاً للقوانين واللوائح والخطة الإستراتيجية المعتمدة للمستشفي بمساهمة المستخدمين والعاملين.

ج. المتابعة والتقييم المستمرين
i. التأكد من تنفيذ ومتابعة الرقابة علي الجودة، والرصد واتخاذ الإجراء اللازم عند الضرورة.
ii. التأكد أن المستشفي تستوفي شروط تقارير وإخطارات جهات التفتيش علي المنشأت .
iii. التقييم السنوي للخطط التشغيلية للخدمة المقدمة لتحديد المرافق والمعدات اللازمة للدورة التشغيلية التالية.
iv. تقديم تقرير سنوي للهيئة الحاكمة للمستشفى أو السلطة المسئولة عن فشل النظام أو العمليات والأخطاء الوشيكة ، والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء إما بشكل استباقي أو استجابة لأحداث فعلية وذلك للهيئة الحاكمة للمستشفى. يتم مراجعة بيانات المستشفي وتحليلها وتستعين بها الإدارة في صنع القرار .

د. التحسين المستمر

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع قيادات المستشفي خلال عملية المراجعة و خلال جلسة مقابلة القيادات، يتم توجيه أسئلة لهم عن مسؤولياتهم وتقييمهم، ويتم مطابقة الإجابات عند مراجعة التوصيف الوظيفي أثناء جلسة مراجعة ملفات العاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد توصيف وظيفي لكل من قيادات المستشفي لتحديد المؤهلات المطلوبة والمسؤوليات.
٢. تشتمل مسؤوليات قيادات المستشفي علي النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (د) علي الأقل.
٣. قيادات المستشفي يفهمون مسئولياتهم
٤. يقوم قيادات المستشفي بأداء مسئولياتهم ويقدمون تقارير عن الأنشطة التي يقومون بها.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02رسالة المستشفي ، OGM.03 مسؤوليات الهيئة الحاكمة، OGM. 07 التخطيط الإستراتيجي، OGM.08 التخطيط التشغيلي

القيادة الفعالة للإدارات

OGM.10: يتم تكليف أحد العاملين ذو الكفاءة للإشراف علي على كل قسم وخدمة بمسؤوليات محددة

--

الكلمات الرئيسية:

إدارة الأقسام

الغرض:

يقوم المشرف علي القسم/الخدمة ذو الكفاءة والفاعلية بضمان أن الخدمات التي تقدمها الأقسام معلنة ومتوائمة مع خدمات الأقسام الآخري وأنه يتوافر الموارد اللازمة لتأدية هذه الخدمات.

يجب أن يكون لكل قسم أو خدمة أحد العاملين المكلف ويكون مسؤولاً عن ضمان تقديم الخدمة اللازمة كما هو محدد برسالة المستشفي والخطط ذات الصلة وذلك لضمان الموائمة بين الأقسام/ الخدمات و مع المستشفي ككل.

يتم تحديد مسئوليات المشرف المسئول عن كل قسم أو خدمة بشكل مكتوب وتشتمل علي النقاط التالية علي الأقل:

أ. تحديد وكتابة وصف للخدمات التي يقدمها القسم (نطاق الخدمات)

ب. تقديم التوصيات بخصوص المساحة والمتطلبات الوظيفية والموارد الآخري من أجل إنجاز نطاق الخدمات المطلوبة من القسم.

ج. تقديم التوصيات بخصوص العدد الأدنى من العاملين والمؤهلات المطلوبة على حسب عبء العمل ونطاق الخدمات المعتمد

د. تحديد الكفاءات والمهارات والمؤهلات العلمية المطلوبة لكل فئات العمل بالقسم.

ه. التأكد من توافر برامج تدريب مستمرة وبرامج تعريفية محددة لكل العاملين بالقسم.

و. التأكد من التنسيق والتكامل بين خدمات القسم و الأقسام الآخري ذات الصلة.

ز. التأكد من مراقبة أداء القسم/ الخدمة ورفع تقرير سنوي به للقيادات بالمستشفي .

ح. التأكد من مشاركة القسم في برامج تحسين الأداء، وسلامة المرضي، وإدارة المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع قادة الأقسام خلال عملية المراجعة، قد يتم توجيه أسئلة لهم عن مسؤولياتهم وتقييمهم، ويتم مطابقة الإجابات عند مراجعة التوصيف الوظيفي أثناء جلسة مراجعة ملفات العاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد توصيف وظيفي لكل مشرف قسم/ خدمة لتحديد المؤهلات والمسؤوليات المطلوبة.

٢. يوجد مشرف لكل قسم بالمستشفي والذي يكون مؤهلاً علي النحو المطلوب في التوصيف الوظيفي.

٣. تشتمل مسؤوليات مشرف القسم / الخدمة علي الأقل علي النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (ز).

٤. رؤساء الأقسام والخدمات علي دراية بمسؤولياتهم.

٥. يقوم رؤساء الاقسام/ الخدمات بتأدية مسؤولياتهم ويقدمون تقارير بالأنشطة التي يقومون بها.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 رسالة المستشفي، OGM.03 مسؤوليات الهيئة الحاكمة، OGM.07 التخطيط الإستراتيجي، OGM.08 التخطيط التشغيلي

الإشراف المالي الكفء

OGM.11: تحدد المستشفي عملية إدارة سلسلة الإمداد Supply Chain

--

لكلمات الرئيسية:

إدارة سلسلة الإمداد

الغرض:

تشير سلسلة الإمداد Supply Chain بوجه عام إلي الموارد اللازمة لتوفير المستلزمات والخدمات إلي المنتفعين، ففي

الرعايـة الصحيـة، تعد عمليـة إدارة سلسـلة الإمـداد عمليـة معقدة ومجـزأة للغايـة .
تشـتمل إدارة سلسـلة الإمـداد فـي الرعايـة الصحيـة الحصـول علـي المـوارد، وإدارة المسـتلزمات وتوصيـل المنتجـات والخدمـات لمقدمـي الخدمـة والمرضـي. ويتطلـب إتمـام هـذه العمليـة عـادة ، مـرور المنتجـات والمعلومـات الطبيـة عـن المنتجـات والخدمـات مـن خـلال مجموعـة مـن المعنييـن المسـتقلين ، ومـن بينهـم المصانـع، وشـركات التأميـن ، والمستشـفيات، والموردين، ومجموعـة هيئـات الشـراء والعديـد مـن الاجهـزة الرقابيـة.
وعلـي الرغـم مـن ذلـك، يسـتطيع الأطبـاء والمستشـفي إجـراء الممارسـات التـي مـن شـأنها خلـق فـرص تخفيـض التكلفـة بشـكل كبيـر فـي المستشـفي، عـن طريـق تعزيـز كفـاءة سلسـلة الإمـداد فـي الرعايـة الصحيـة.
يجب أن تضع المستشفي السياسات والإجراءات الخاصة بإدارة سلسلة الإمداد.
وتتناول السياسة النقاط التالية علي الأقل:

أ. عملية تحديد واختيار الموردين.
ب. متابعـة وتقييـم الموردين للتأكـد مـن انـه تـم شـراء المسـتلزمات مـن مـورد موثـوق لا يقـوم بالتعامـل مـع المسـتلزمات الزائفـة أو المهربـة أو التالفـة
ج. يتـم تقييـم الموردين وفقـاً لاسـتجابتهم عنـد الطلـب ، وجـودة المنتجـات المسـتلمة، وتوافقهـا مـع معاييـر القبـول المحـددة مسـبقاً، ورقـم التسلسـل التعريفـي (الرقـم الكـودي) Lot Number، وتاريـخ إنتهـاء الصلاحيـة.
د. يتم متابعة وتقييم الموردين لضمان أنه لم يقم بتوريد أدوية مسحوبة ،عينات الأجهزة، المستلزمات الطبية أوالمعدات.
ه. يتـم مراقبـة نقـل المسـتلزمات للتأكـد مـن حدوثـه وفقـاً للقوانيـن واللوائـح المعمـول بهـا ووفقـاً لسياسـة المستشـفي المعتمـدة وتوصيـات المصنِّـع.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقـوم مراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة وثائـق وسـجلات سلسـلة الإمـداد خـلال جلسـة مراجعـة الوثائـق ، ويتـم إجـراء مناقشـة خـلال المقابلـة مـع الإدارة الماليـة .

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد سياسة تتناول النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (هـ)
٢. يتم تسجيل ومراقبة وتقييم عملية سلسلة الإمداد سنوياً علي الأقل
٣. يتم مراقبة وتقييم الموردين سنوياً علي الأقل
٤. يتم اتخاذ إجراءات للتأكد من توافر المستلزمات الحرجة عند الحاجة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.02 الخدمات متعددة التخصصات المتمركزة حول المريض، DAS.12 إدارة الكواشف، MMS.03 قائمة الأدوية

OGM.12: تقوم المستشفي بإدارة المخازن والمخزون وإدارة رصيد المخازن من الأصناف

--

الكلمات الرئيسية:

إدارة المخزون

الغرض:

إن رصيد الأصناف هو مخزون أي منتج أو موارد يتم استخدامها في المستشفي
و نظـام رصيـد المخـازن مـن الأصنـاف هـو مجموعـة مـن السياسـات والضوابـط التـي تراقـب مسـتويات المخـزون وتحـدد المسـتويات التـي يجـب الحفـاظ عليهـا عنـد تجديـد المخـزون، ومـا هـو مقـدار وحجـم الطلبـات.
تعـد إدارة المخـزون عمليـة شـاملة لتحقيـق هـدف توفيـر المـواد الصحيحـة بالكميـات الصحيحـة بالسـعر الصحيـح وفـي المكـان

الصحيح، وهـي عمليـة أساسـية للاسـتخدام الأمثـل للمـوارد الموجـودة.
إن عدم توافر المستلزمات اللازمـة قد يكـون لـه أثـر سـلبي علـي التشـغيل بالمستشـفي وقـد يـؤدي إلـي مشـاكل صحيـة خطيـرة للمرضـي. وتسـاعد إدارة المخـزون علـي الاسـتخدام الأمثـل والفعـال للمـوارد الماليـة المحـدودة وتجنـب النقـص فـي المـواد الطبيـة وعـدم حـدوث مواقـف نفـاد المخـزون Out-of-Stock
وتنطوي الإدارة الفعالة لمخازن الأدوية علي تحديد الأولويات في شراء وتوزيع المواد الطبية.
تضع المستشفي سياسة وإجراءات لإدارة المخازن والمخزون وإدارة رصيد الأصناف والتي تتناول النقاط التالية علي الأقل:

أ. التزام المخازن بالقوانين واللوائح وسياسات المستشفي .
ب. إدارة المخزون بأمان وبكفاءة.
ج. إدارة رصيد المخازن من الأصناف وتتبع استخدام الموارد الحرجة.

يجب أن يتم تسجيل البيانات التالية علي الأقل عن أصناف المخزون (إلا إذا طلب غير ذلك من خلال اللوائح والقوانين):

د. تاريخ الاستلام
ه. رقم التسلسل التعريفي (الرقم الكودي Lot number) وتاريخ إنتهاء الصلاحية.
و. ما إذا استوفي معايير القبول أم لا وإذا كان ينبغي إجراء أي متابعة بخصوص هذا الصنف.
ز. تاريخ الوضع في الخدمة أو تاريخ الانتهاء منها في حالة عدم استخدامها.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقـوم مراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة سياسـة المستشـفي خـلال جلسـة مراجعـة الوثائـق وتتـم المناقشـة خـلال جلسـة الإدارة الماليـة

أدلة التطابق مع المعيار

١. لـدي المستشـفي سياسـة معتمـدة عـن إدارة المخـازن والمخـزون ورصيـد المخـزن مـن الاصنـاف تتنـاول علـي الأقـل النقـاط المذكـورة فـي الغـرض مـن النقطـة (أ) إلـي النقطـة (ج)
٢. يتـم تسـجيل المعلومـات الأساسـية عـن الأصنـاف بالمخـازن كمـا هـو مذكـور فـي الغـرض فـي النقطـة (د) إلـي النقطـة (ز) ، وكمـا تنـص علـية القوانيـن واللوائـح.
٣. هنـاك نظـام مراقبـة المخـزون يتنـاول تحديـد معـدل الاسـتخدام، الحـد الأقصـي لأعـادة الطلـب لـكل صنـف، ورصـد أحـداث نفـاذ المخـزون.
٤. تحدد المستشفي الموارد الحرجة وتعمل علي تأكيد توافرهم باستمرار .

المعايير ذات الصلة:

PCC.02 الخدمـات متعـددة التخصصـات المتمركـزة حـول المريـض ، DAS.12 إدارة الكواشـف، MMS.03 قائمـة الأدويـة OGM.11 إدارة سلسـلة الإمـداد.

OGM.13: تتبني المستشفي علي الأقل مشروع تحسين سنوياً عن كفاءة الاستخدام

--

الكلمات الرئيسية

مشروع خفض التكاليف

الغرض

تشـتمل منهجيـة مشـروع التحسـين علـي وضـع أدوات لتقييـم اسـتخدام المـوارد مقارنـة بالعمليـات القائمـة فـي المستشـفي ، ثـم إعـادة تقييـم اسـتخدام المـوارد مقارنـة بالعمليـات التـي تـم تحسـينها. يتـم مراقبـة التحسـين باسـتمرار لضمـان الإسـتدامة.
تضمـن المستشـفي كفـاءة اسـتخدام مواردهـا مـن خـلال تحديـد العمليـات التـي تتكـرر بكثـرة والعمليـات ذات التكلفـة الكبيـرة، سـواء

كانت إكلينيكية أو غير إكلينيكية ، وتنفيذ مشروعات تحسين لتقليل الهدر أو الحد من تكرار العمليات أكثر من اللازم.

دليل عملية المراجعة:

قد يتوقع مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أن يري دورة كاملة من التحسين والتي تبدأ بتوضيح الأسباب وراء اختيار مشروع معين دوناً عن غيره، والخطوات التي أتخذت لتحديد وقياس وتحليل وتحسين العمليات بالإضافة إلي مراقبة العملية بعد ذلك لضمان التحسين المستمر.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفي العمليات ذات الحدوث المتكرر والعمليات ذات التكلفة الكبيرة ، سواء كانت إكلينيكية أو غير إكلينيكية.
٢. تشارك المستشفي في مشروع تحسين واحد علي الأقل سنوياً عن كفاءة الإستخدام والذي يؤدي إلي تقليل الهدر والحد من التكرار الزائد عن اللازم.
٣. يتم متابعة نتائج التحسين لضمان الإستمرارية.

المعايير ذات الصلة:

OGM.11 إدارة سلسلة الإمداد ، OGM.14 نظام إعداد الفواتير

OGM.14: تقوم المستشفي بإدارة نظام إعداد فواتير المرضي

--

لكلمات الرئيسية:

نظام إعداد الفواتير

الغرض:

تعد عملية إعداد الفواتير أحد المكونات الرئيسية في إدارة المستشفي.

ونظراً لتعقيد عمليات إعداد الفواتير ، قد ينتج عن أخطاء إعداد الفواتير خسائر مالية مكلفة، علي سبيل المثال، ما يحدث من أخطاء في إعداد الفواتير نتيجة لنقص أو عدم ملائمة مطالبات المواد الطبية المستخدمة نتيجة للاستخدام الغير صحيح لنظام الباركود .

تشتمل عمليات إعداد الفواتير علي تسجيل جميع الأصناف والخدمات المقدمة للمريض في حساب المريض ثم يتم تجهيز جميع المعلومات والتكاليف من أجل إعداد الفواتير. وفي حالة أنظمة الدفع لطرف ثالث ، يتم إعداد الفواتير وفقاً لمتطلبات شركات/ هيئات التأمين والتي عادة يكون لها قواعد لتسديد التكاليف.

تضع المستشفي سياسة وإجراءات لعملية إعداد الفواتير والتي تتناول النقاط التالية علي الاقل:

أ. وجود قائمة أسعار معتمدة.
ب. إخبار المريض بأي تكاليف محتملة تتعلق بخطة الرعاية الخاصة بهم.
ج. توجد عملية لضمان إعداد الفواتير بدقة.
د. استخدام رموز دقيقة ومعتمدة للتشخيص والتدخلات والخدمات التشخيصية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة وقوائم الأسعار خلال جلسة مراجعة الإدارة المالية.
- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلات مع بعض العاملين المسئولين عن إعداد الفواتير وبعض المرضي للمطابقة بين الأداء الفعلي والسياسة المعتمدة.

أدلة التطابق مع المعيار

١. لدي المستشفي سياسة معتمدة لإعداد فواتير المرضي بدقة.

٢. توجد قائمة معتمدة للأسعار.
٣. يتم إخبار المرضي بأي تكلفة محتملة تتعلق بخطة العلاج الخاصة بهم.
٤. تستخدم المستشفي رموز دقيقة ومعتمدة للتشخيصات، والتدخلات والخدمات التشخيصية.
٥. في حالة نظام الدفع لطرف ثالث (أو تأمين صحي) ، يتم مراقبة ما إذا كانت عمليات الاعتمادات تتم في التوقيت الصحيح.
٦. يتم تعريف العاملين علي إعداد الفواتير علي عمليات التأمين الصحي المختلفة

المعايير ذات الصلة:

OGM.11 إدارة سلسلة الإمداد، PCC.14 تثقيف المريض والأسرة علي العمليات الإدارية، MMS.03 قائمة الأدوية

OGM.15: تنفذ المستشفي عملية للإختيار والتقييم والمراقبة المستمرة للخدمات المتعاقد عليها

--

الكلمات الرئيسية:

إدارة العقود

الغرض:

تحدد قيادات المستشفي طبيعة ونطاق الخدمات الذي تقدمه الخدمات المتعاقدة، وتشمل الخدمات الإكلينيكية والغير إكلينيكية، علي سبيل المثال، خدمات المعامل والأشعة، والفندقة، وخدمات الإطعام.

يشارك رؤساء الأقسام/ والخدمات في عمليات إختيار وتقييم والمراقبة المستمرة للخدمات المتعاقدة لضمان التزام مقدمي الخدمة بمتطلبات السلامة البيئية، وسلامة المرضي، والجودة، بالإضافة إلي السياسات والإجراءات وجميع متطلبات معايير الاعتماد ذات الصلة.

يجب علي المستشفي التأكد من االكفاءة الحالية، والتراخيص والخلفية العلمية والتحسين المستمر لكفاءات العاملين بالخدمات المتعاقدة.

يتم مراقبة الخدمات المُتعاقد عليها باستخدام مقاييس الأداء ويتم تقييمها علي الأقل مرة سنوياً لأخذ قرار إما بالتجديد أو فسخ التعاقد.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتلقي معلومات عن الخدمات المتعاقد عليها خلال العرض التقديمي الإفتتاحي ، وبعد ذلك يقوم بالسؤال عن العقود، ومراقبة المتعاقدين والتقييم وتجديد التعاقد وذلك خلال جلسة مراجعة الإدارة المالية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد قائمة بكل الخدمات المتعاقد عليها بما فيها الخدمات الإكلينيكية والغير إكلينيكية.
٢. توجد معايير اختيار لكل خدمة.
٣. يشارك رؤساء الأقسام/ الخدمات في عملية إختيار وتقييم ومراقبة الخدمات المتعاقد عليها.
٤. توجد مقاييس أداء لمراقبة الخدمات المتعاقدة
٥. يتم تقييم كل عقد علي الأقل مرة سنوياً لاخذ قرار إما بالتجديد أو فسخ التعاقد.

المعايير ذات الصلة:

DAS.01 التخطيط لخدمات التصوير الطبي، DAS.10 التخطيط وإدارة خدمات المعامل، DAS.31 بنوك الدم المتعاقدة، EFS.02 مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشأت، ICD.03 الرعاية قبل دخول المستشفي ، الإسعافات، ورعاية الطوارئ وقت الكوارث، MMS.03 قائمة الأدوية ، EFS.09خطة الأمن، EFS.10 خطة المعدات الطبية، WFM.07 برنامج التعريف

ثقافة المؤسسة الآمنة، والأخلاقية، والإيجابية

OGM.16: يعمل القيادات علي خلق ثقافة الجودة والسلامة في المنشآة

--

الكلمات الرئيسية:

ثقافة السلامة

الغرض:

إن الرعاية الصحية عملية معقدة، وأحياناً ، بسبب الأخطاء غير المقصودة، قد ينتج عنها ضرر للمرضي والعاملين أيضاً. وللحد من هذا النوع من المخاطر، يجب البحث في أسباب الأخطاء والأحداث الوشيكة ويجب بذل الجهود لمنع حدوثها في المستقبل.

ولتحقيق ذلك، يلزم غرس ثقافة السلامة داخل المنشآة، حيث يشعر العاملين بالثقة بأنهم حين الإبلاغ عن الحوادث المتعلقة بالسلامة ، سوف يعاملون بعدالة وبسرية، وأنه سوف يتم استخدام المعلومات التي يقدمونها في تحسين عملية الرعاية والبيئة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات المرور الخاصة بالسلامة التي يقوم بها القيادات خلال جلسة مقابلات القيادات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للتأكد من دعم مبادرات الجودة لغرس ثقافة السلامة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يشارك القيادات في مرور السلامة.
٢. يدعم القيادات مبادرات الجودة وسلامة المرضي ، والمراقبة/المتابعة وأنشطة التحسين.
٣. يخلق القيادات ثقافة العدالة للتشجيع علي الإبلاغ عن الأخطاء والأحداث الوشيكة.

المعايير ذات الصلة:

APC.02 متابعة متطلبات السلامة ، QPI.11 نظام الإبلاغ عن الحوداث، QPI.12 الأحداث الهامة، QPI.13 الأحداث الجسيمة

OGM.17: تضمن المستشفي ثقافة مكان العمل الإيجابية

--

الكلمات الرئيسية:

ثقافة بيئة العمل الإيجابية

الغرض:

أشارت الدراسات إلي أهمية الانتباه إلي احتياجات متخصصي الرعاية الصحية في بيئة عمل آمنة ومريحة.

لدي المستشفي سياسة معتمدة وإجراءات لثقافة بيئة العمل الإيجابية، تتناول السياسة النقاط التالية علي الأقل:

أ. إجراءات السلامة والأمان والنظافة ببيئة العمل.
ب. إدارة حالات العنف والتمييز والتحرش داخل مكان العمل
ج. قنوات الاتصال بين العاملين بالمستشفي والقيادات
د. قياس التغذية الراجعة من العاملين.
ه. التخطيط لتنمية قدرات العاملين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة المعتمدة لبيئة العمل الإيجابية.
- قد يقوم مراجع الهيئة بملاحظة مكان العمل و يقوم بإجراء مقابلات مع العاملين للاستعلام عن حوادث مكان العمل ذات الصلة بهذا المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لدي المستشفي سياسة معتمدة عن ثقافة بيئة العمل الإيجابية،وتتناول السياسة علي الأقل النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (هـ).
٢. بيئة العمل نظيفة وأمنة ويتم بها تطبيق إجراءات الأمن.
٣. يتم تطبيق إجراءات في حالات العنف والتمييز والتحرش داخل مكان العمل
٤. توجد قنوات تواصل بين قيادات المستشفي و العاملين.
٥. يتم قياس التغذية الراجعة للعاملين ورضا العاملين.

المعايير ذات الصلة:

EFS.02 مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآة، OGM.18 الإدارة الأخلاقية ، OGM.20 صحة العاملين، WFM.07 برنامج التعريف، WFM.08 برنامج التعليم المستمر

OGM.18: تضمن المستشفي الإدارة الأخلاقية

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الإدارة الأخلاقية

الغرض:

تشمل الأخلاقيات الطبية فحص مشكلة محددة عادة ماتكون حالة إكلينيكية ويتم استخدام القيم والحقائق والمنطق لإتخاذ قرار بشأن أفضل إجراء يمكن اتباعه، قد يتعامل متخصصي الرعاية الصحية مع مشكلات اخلاقية مختلفة ، علي سبيل المثال، تضارب المصالح، أو عدم المساواه في تقديم الرعاية للمريض.

تتناول سياسة الإدارة الأخلاقية النقاط التالية علي الأقل:

أ. إعداد وتنفيذ لائحة القواعد السلوكية.
ب. وضع قيم المستشفي وتنفيذها.
ج. التعامل مع الأخطاء الطبية والحالات الطبية القانونية.
د. إدارة البحوث الإكلينيكية.
ه. تحديد أوجه تضارب المصالح.
و. المساواه بين الجنسين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفي.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للاستفسار عن لائحة الأخلاقيات ، والتعامل مع الاخطاء الطبية و الامور المتعلقة بالبحوث الإكلينيكية.
- قد يقابل مراجع الهيئة مدير الموارد البشرية وقيادات المستشفي خلال جلسة مقابلة القيادات للاستفسار عن جميع العناصر متضمنة الآليات المتبعة لضمان المساواة بين الجنسين وفقاً لمتطلبات القوانين المصرية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفي سياسة معتمدة للإدارة الأخلاقية تتضمن علي الأقل النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (و).
٢. العاملون علي دراية بالسياسة.
٣. يتم مناقشة وإدارة القضايا الأخلاقية وفقاً للائحة القواعد السلوكية المعتمدة.
٤. يتم استخدام الأمور الأخلاقية التي تم حلها في تثقيف العاملين وتنمية قدراتهم المهنية.

المعايير ذات الصلة:

OGM.17 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، EFS.02 مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآة، OGM.20 صحة العاملين، ADD.06 إطار العمل الأخلاقي للبحوث

صحة وسلامة ومشاركة العاملين الفعالة

OGM.19: تضمن المستشفي وجود مساحات متوافقة مع ظروف العمل المطلوبة للعاملين

--

الكلمات الرئيسية:

ظروف العمل للعاملين

الغرض:

إن أماكن الراحة للعاملين تشتمل علي الأماكن المخصصة للعاملين لأغراض النظافة الشخصية، و تغيير الملابس، والراحة، وتناول الطعام عند اللزوم، مثل استراحة العاملين أو أماكن النوم.

إن توفير مكان مريح للعاملين ومصمم بعناية لضمان الراحة العضلية والبدنية أصبح من الأولويات التي تعمل علي زيادة الإنتاجية والتوظيف والحفاظ علي العاملين.

يجب أن تكون أماكن استراحة العاملين بها تهوية ومضاءة ونظيفة، وغير مزدحمة، ويمكن الوصول إليها بوسائل الإتصال وآمنة.

دليل عملية المراجعة:

خلال عملية المراجعة ، يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة واحدة أو اثنتين من أماكن استراحات العاملين للتحقق من مطابقتها للمعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. أماكن استراحات العاملين بها تهوية ومضاءة ونظيفة.
٢. أماكن استراحة العاملين ليست مزدحمة.
٣. أماكن استراحة العاملين يكن الوصول إليها بوسائل الإتصال المختلفة.
٤. أماكن استراحة العاملين مؤمنة وليس متاح الوصول إليها لغير العاملين.
٥. أماكن الحصول علي طعام صحي ومصدر للمياه متاحة للعاملين بسهولة.

المعايير ذات الصلة :

OGM.17 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، EFS.02 مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآة، OGM.18 الإدارة الأخلاقية، OGM.20 صحة العاملين

OGM.20: يوجد بالمستشفي برنامج معتمد عن صحة العاملين يتم مراقبته وتقييمه سنوياً وفقاً للقوانين واللوائح

--

الكلمات الرئيسية:

صحة العاملين

الغرض:

تنفذ المستشفي برنامج صحة العاملين لضمان سلامة العاملين وفقاً لمخاطر مكان العمل.

ومن الركائز الأساسية لبرنامج الصحة المهنية للعاملين هو تقييم مسببات الخطر / المخاطر والذي من خلاله يتم تحديد الأخطار والمخاطر المرتبطة بكل عمل.

وذلك لإتخاذ الخطوات اللازمة للتحكم في هذه المخاطرللحد من الأضرار المحتملة التي قد تنتج عنها ، أو إذا لم يمكن ذلك، للحد من آثارها السلبية.

يحدث ذلك خلال برنامج تقييم المخاطر علي مستوي المستشفي والذي يحدد المناطق والعمليات العالية الخطورة.

يشمل نطاق البرنامج جميع العاملين ويتناول النقاط التالية علي الأقل:

أ. القييم الطبي للعاملين الجدد قبل التعيين.

ب. التقييم الطبي الدوري للعاملين.

ج. عمل مسح لمخاطر التعرض و/أو وجود مناعة ضد الأمراض المعدية.

د. التحكم في المخاطر وإدارة المخاطر المرتبطة بالعمل.

i. المخاطر العضلية والبدنية الناتجة عن رفع ونقل المرضي والمعدات ، والإجهاد، والحركات المتكررة، ووضعية الجسم السيئة.

ii. عوامل الخطورة المادية مثل الإضاءة، الضوضاء، والتهوية والكهرباء وغيرها.

iii. المخاطر البيولوجية مثل مسببات الامراض المنقولة بالدم أو بالهواء وغيرها.

ه. توعية العاملين بشأن المخاطر داخل بيئة المستشفي والمخاطر المتعلقة بمجال عملهم

و. التطعيمات الوقائية للعاملين.

ز. تسجيل وإدارة الحوداث التي تصيب العاملين (مثل الجروح، الأمراض، واتخاذ الإجراء التصحيحي ووضع الإجراءات لمنع تكرار حدوثها)

ح. يتم طلب فحص طبي قبل التوظيف لجميع فئات العاملين لتقييم ما إذا كانوا لائقين للعمل بسلامة، كما أنه يجب إجراء تقييم دوري محدد (اختبارات وفحوصات) للعاملين الذين يتعرضون لمخاطر محددة كالأشعة. وقد يتطلب إجراء فحص على حسب الموقف إذا تم التعرض لمواد معينة. و يتم تسجيل نتائج الفحص الطبي في ملفات العاملين الطبية، ويتم اتخاذ إجراء عندما تثبت إيجابية النتائج ، ويشتمل ذلك علي إبلاغ العامل بالنتائج وتوفير المشورة والتدخل الذي تقتضيه الحاجه.

ط. يشارك فريق مكافحة العدوي في وضع وتنفيذ برنامج صحة العاملين حيث أن نقل العدوي يعد من المخاطر الشائعة والجادة لكل من العاملين والمرضي في المنشآة الصحية.

ي. يتم توثيق جميع النتائج المتعلقة ببرنامج الصحة المهنية للعاملين (التقييم الطبي، التطعيمات، إصابات العمل) ويتم حفظها وفقاً للقوانين واللوائح.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة أعضاء الفريق الذين يقوموا بإعداد وتنفيذ برنامج صحة العاملين للتحقق من هيكل البرنامج، والمخاطر وملفات التوعيه والتعريف.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمراجعة عينة من الملف الطبي للعاملين لضمان تطابقها مع المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد برنامج صحة العاملين معتمد وفقاً للقوانين المحلية واللوائح يغطي النقاط المذكورة في الغرض من النقطة (أ) إلي النقطة (ي)
٢. يوجد تقييم مخاطر الصحة المهنية والذي يحدد المخاطر المهنية في المستشفي.
٣. يتم توعيه العاملين بالمستشفي حول المخاطر في بيئة المستشفي ، والمخاطر المرتبطة بوظيفتهم المُحددة والفحص الطبي الدوري.
٤. يخضع جميع العاملين لبرنامج التطعيمات وقيود العمل وفقاً للقوانين واللوائح ولأدلة العمل المعتمدة بالمستشفي.
٥. يتم تسجيل جميع نتائج الفحوصات والتطعيمات والعلاجات الوقائية بعد التعرض والتدخلات في ملف المريض الطبي.
٦. يوجد دليل علي إتخاذ إجراءات وإبلاغ العامل في حالة إيجابية النتائج.

المعايير ذات الصلة:

OGM.17 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، EFS.02 مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآة، OGM.18 الإدارة الأخلاقية

التقييم والمشاركة المجتمعية
Community Assessment and Involvement

الغرض من الفصل:

المجتمع هو مجموعة من الأفراد والعائلات والمجموعات والمنشآت أوالمؤسسات التي تتفاعل مع بعضها البعض وتتعاون في أنشطة مشتركة، وتعمل علي حل المشكلات المشتركة، وعادة ما يكون المجتمع في نطاق المنطقة الجغرافية التي تخدمها المستشفي . وتتسم المجتمعات بأنها دائمة الحركة والنشاط ، فإن التغيرات التي تحدث في بنية المجتمع ووظائفة وظروفة وسلوكياته قد تؤدي إلي تغييرات في الاحتياجات والمخاطر الصحية للمجتمع. وتستطيع المستشفيات ذات الأداء الفعال أن تحدد مجتمعاتها بوضوح وتقوم بتقييم احتياجاتهم وتستجيب لها بصورة متكررة. ومن الممكن أن تكون الإستجابة في شكل زيادة نطاق خدمات المستشفي وتحسين بعض المشكلات الداخلية التي يشعر بها المريض ، أو التواصل مع المجتمع والعمل مع قادته بهدف إشراك المجتمع في الأنشطة المتعلقة بالصحة. وهذه الأنشطة، سواء التعليمية أو الثقافية أو الفنية أو التوعوية أو أي نشاط آخر، يمكن أن تعزز بعض الممارسات الصحية بين أفراد المجتمع. وعلي الرغم من ذلك، فإن المشاركة المجتمعية تعني أيضاً أن تعمل المستشفي علي ضمان تجنب إلحاق الأذى بالمجتمع من أي خطر محتمل قد تسببه المستشفي.

على المستوى العالمي، حددت منظمة الصحة العالمية عوامل متعددة على أنها المحددات الاجتماعية للصحة. وقد تتسبب هذه العوامل في عدم المساواة في الخدمات الصحية بين المجتمعات وداخلها. وفي أواخر التسعينيات، ظهر مصطلح "المسئولية الإجتماعية" كدافع لمؤسسات القطاع الخاص للمشاركة في مساعدة المجتمعات على مواجهة تحديات العولمة واستدامة التنمية المجتمعية. وفي أبريل ٢٠١٨، تناولت منظمة العمل العربية هذه القضية في مؤتمرها، حيث أكدت على أهمية الامتثال إلى معايير معينة خاصة بالمسئولية الاجتماعية في المجالات الأربعة التالية: حقوق الإنسان، ومعايير العمل، وحماية البيئة، وتدابير مكافحة الفساد.

على المستوى المحلي، أصدرت وزارة التخطيط تعريفا واضحا لما تعنيه منطقة الخدمة الطبية Catchment Area لكل نوع من أنواع المستشفيات. وركزت العديد من الدراسات المنشورة على تقييم تأثير بعض المحددات الاجتماعية على الصحة وعلاقتها بعدم المساواة في الخدمات الصحية. وعلى ذلك، أعلنت السلطات المصرية خلال الفترة ٢٠١٨-٢٠١٩ عن العديد من المبادرات مثل "التأمين الصحي الشامل" و "١٠٠ مليون صحة" و"تقليل قوائم انتظار الحالات الحرجة" وغيرها من الأنشطة. وقدم عدد من المستشفيات برامج توعية للوصول إلى المرضى في الأماكن التي توجد بها خدمات صحية غير كافية.

عملياً، تشكل المستشفي حلقة الوصل بين المبادرات الدولية والوطنية والمحلية من ناحية، ومجتمعات الرعاية الصحية من ناحية آخري . وتعد المساهمه في هذه المبادرات والمشاركة في تنفيذها ذو أهمية للمجتمع المصري ككل، لأنه ينتج عنه رعاية صحية مستجيبة للمجتمع وداعمه له نفسياً وقادرة علي التعامل بكفاءه مع ثقافاته المختلفة.

وخلال عملية المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يقوم المراجعون بتقييم كفاءة برنامج التقييم و المشاركة المجتمعية الخاص بالمستشفي.

القصد من الفصل:

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا الفصل في التأكد من أن المستشفي قادرة تقديم مشاركة مجتمعية بكفاءة، ويتناول هذا الفصل الأهداف التالية:

١. التقييم الفعال لاحتياجات المجتمع.
٢. التوافق مع المبادرات المجتمعية الدولية والوطنية والإقليمية والمحلية.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجـب قـراءة أي مرجـع مذكـور مـن المراجـع التاليـة مـع الأخـذ فـي الاعتبـار بنـوده وشـروطه وبدائلـه وتعديلاتـه وتحديثاتـه وملحقاتـه.)

١. إصدارات وزارة التخطيط ، التخطيط لخدمات الرعاية الصحية
٢. الموقع الإلكتروني لوزراة الصحة والسكان ، خدمات المجتمع
http://www.mohp.gov.eg/SectorServices.aspx?Deptcode=7andandSectorCode=4
ويشمل:
   أ. نطاق الممارسات المعتمدة من وزراة الصحة والسكان
   ب. مقاييس الجودة لمتخصصي الخدمات المجتمعية في مؤسسات الرعاية الصحية
   ج. تطبيق وتنفيذ معايير الجودة
   د. دور الخدمات الإجتماعية في التحكم في الأمراض المعدية.
٣. مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال التابعة لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف.

التوافق مع المتغيرات في مكونات النُظُم الصحية.

CAI.01: التخطيط لخدمات المستشفي بما يتوافق مع المبادرات المجتمعية الدولية والوطنية والإقليمية والمحلية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

المبادرات المجتمعية

الغرض :

المجتمع هو مجموعة من الأفراد والعائلات والمجموعات والمنشآت والمؤسسات التي تتفاعل مع بعضها البعض وتتعاون في الانشطة المشتركة وفي حل المشكلات المشتركة ، وعادة ما يكون المجتمع في نطاق المنطقة الجغرافية التي تخدمها المستشفي.

تضع المستشفي وتنفذ خطة لتقييم المجتمع ومبادرات المشاركة المجتمعية والتي قد تشتمل علي:

أ. تنفيذ المبادرات الدولية الصديقة للأطفال .

ب. التوافق مع المباردات الوطنية مثل " التأمين الصحي الشامل"، و " ١٠٠ مليون صحة"، و تقليل قوائم انتظار الحالات الحرجة" وغيرهم.

ج. المبادرات الأخري ذات الصلة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة المشاركة في المبادرات المجتمعية التي تعكس توافق المستشفي مع للمبادرات الدولية والوطنية والإقليمية والمحلية.
- قد يستفسر مراجع الهيئة عن خطة المشاركة المجتمعية خلال جلسة مقابلة القيادات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بمقابلة العاملين للتحقق من درايتهم بالمبادرات المجتمعية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لدى المستشفى خطة معتمدة لمبادرات المشاركة المجتمعية التي تعكس التوافق مع المبادرات المجتمعية الدولية والإقليمية و/أو الوطنية.

٢. العاملين المختصين علي دراية بالمبادرات المجتمعية في خطة المستشفي

٣. تلتزم المباردات المجتمعية بالقوانين واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

OGM.07 التخطيط الإستراتيجي

الخدمات المجتمعية الفعالة

CAI.02: تقييم احتياجات المجتمع بالتعاون مع ممثلي المجتمع.

الرعاية المتمركزة علي المريض

الكلمات الرئيسية:

التخطيط للمشاركة المجتمعية

الغرض:

ينبغي أن تساعد مؤسسات الرعاية الصحية المجتمعات في تشكيل حياتهم الصحية وذلك بإشراك أفراد المجتمع في حوكمة المستشفيات في جوانب مثل وضع السياسات واتخاذ القرار والإشراف ، لما لذلك من أهمية في ضمان ملائمة الخدمة المقدمة للمجتمع. بالإضافة إلي ذلك، إن مشاركة أفراد المجتمع في لجان المستشفيات يضمن ملائمة القرارات التي تتخذها اللجان علي المستوي المجتمعي.

إن توافـر معلومـات عـن المجتمـع / المجتمـع السـكاني وتحديثهـا بانتظـام وفقـاً لمـا تحـدده سياسـة المستشـفي ووجـود معلومـات جديـدة ، يعـزز اتخـاذ قـرارات قائمـة علـي الادلـة ويحقـق الاسـتفادة القصـوي مـن البرنامـج الصحـى.
قـد تشـتمل بيانـات المجتمـع / المجتمـع السـكاني علـي بيانـات ديموغرافيـة، الحالـة الصحيـة، محـددات الصحـة والتـي يجـب مراجعتهـا باسـتمرار للتخطيـط بشـكل أفضـل لمـا يتعلـق بالصحـة حيـث أن مصـادر البيانـات مـن الممكـن أن تكـون أوليـة أو ثانويـة. البيانـات الأوليـة هـي البيانـات التـي يتـم جمعهـا مباشـرة مـن خـلال اسـتبيانات المواطنيـن و مقدمـي الخدمـات ، والمقابـلات الشـخصية، و مجموعـات المناقشـة وغيرهـا. أمـا عـن البيانـات الثانويـة، فهـي البيانـات التـي يتـم الحصـول عليهـا مـن جهـات آخـري مثـل الإحصائيـات المدنيـة ، وسـجل مرضـي السـرطان والإحصـاء السـكاني، وغيرهـا.
تضع المستشفي برنامج التقييم والمشاركة المجتمعة والذي يتضمن النقاط التالية علي الاقل:

أ. تحديد ووصف منطقة الخدمة الطبية Catchment Area
ب. عملية تحليل الفجوات وتتضمن علي الأقل ما يلي:
   i. إمكانية الوصول إلى الخدمات وتقديمها في الوقت المناسب
   ii. تقييم مخاطر لعوامل الخطورة المجتمعية يشمل المشاكل البيئية
   iii. إحتياجات الرعاية الصحية
   iv. إحتياجات التثقيف الصحي
   v. الُمتوقع من الرعاية الصحية المُقدمة
ج. التخطيط للتدخلات
د. تحديد الحلول المحتملة
ه. الإعلان عن أو نشر الحلول المختارة للمجتمع
و. أداوت التدريب والمعلومات المُقدمة لبرنامج تثقيف المجتمع

<u>دليل عملية المراجعة:</u>

- قـد يقـوم مراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة برنامـج التقييـم والمشـاركة المجتمعيـة للتحقـق مـن موائمتـه / توافقـه مـع المبـادرات الآخـري والتزامـه بالقوانيـن واللوائـح.
- قد يستفسر مراجع الهيئة عن برنامج التقييم المجتمعي خلال جلسة مقابلات القيادات
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالمبادرات المجتمعية.

<u>أدلة التطابق مع المعيار:</u>

١. لـدي المستشـفي برنامـج معتمـد للتقييـم والمشـاركة المجتمعيـة يشـمل جميـع النقـاط المذكـورة فـي الغـرض مـن النقطـة (أ) إلـي النقطـة (و).
٢. يوجد شخص (أشخاص) مكلف لتنسيق الأنشطة الخاصة بالمشاركة المجتمعية والعلاقات العامة.
٣. يوجد دليل علي عمل تحليل الفجوات بالتعاون مع أفراد المجتمع.
٤. يتم الإعلان عن أو نشر الحلول المختارة للمجتمع.

<u>المعايير ذات الصلة:</u>

OGM.06 الهيكل التنظيمي للجان، EFS.02 مراقبة برنامج سلامة البيئة والمنشآت

CAI.03: أنشطة المستشفي المجتمعية، سواء التعليمية و الثقافية و الترفيهيه و التوعوية أو غيرها من الأنشطة، تلبي الإحتياجات التعليمية المحددة وتتوافق مع المستوي التعليمي للمجتمع.

--

الكلمات الرئيسية:

توعية المجتمع

الغرض:

يجب أن تتوافق خدمات المستشفي مع الاحتياجات الصحية للمجتمع. وتتطلب هذه العملية التعاون مع الجهات المتخصصة التي لديها القدرة علي تحديد الاحتياجات الصحية للمجتمع.

يجب أن يلي تقييم الاحتياجات المجتمعية، عمل خطة تحسين صحة المجتمع الموضحة في الخطة الإستراتيجية للمستشفي وفي خدماتها، تحقق هذه المنهجية مسئولية المستشفي تجاه المجتمع.

وعلي الرغم من ذلك، لضمان تحقيق تأثير متناسب ومستدام ومتكرر، تعمل العديد من المستشفيات بالتعاون فيما بينها علي بعض الأولويات المتعلقة بالاحتياجات الصحية للمجتمع.

ربما تقرر المستشفى تنفيذ عدة أنشطة اتحقيق هدف محدد لتحسين الصحة. وقد يكون ذلك في شكل أنشطة تعليمية وثقافية ووترفيهية و توعوية وغيرها من الأنشطة. وقد يتم ذلك بالتعاون مع المدارس القريبة والمصانع والأسواق والمراكز التجارية وأقسام الشرطة والعناصر التي لها دور في المجتمع. ومن الموضوعات التي تتناولها هذه الأنشطة الإجتماعية، الإقلاع عن التدخين، نُهج التغذية الصحية على مدار الحياة ، نمط الحياة الصحية، الصحة الجنسية والإنجابية، والصحة النفسية ومنها الإكتئاب والإدمان.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج التقييم والمشاركة المجتمعية للتأكد من توافقه مع المبادرات الآخري واللوائح والقوانين.
- قد يستفسر مراجع الهيئة عن برنامج التقييم المجتمعي خلال جلسة المقابلات مع القيادات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين للتحقق من درايتهم بالمبادرات المجتمعية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفي الشركاء من منظمات المجتمع والتي يمكنها التعاون مع المستشفي في تحديد الأحتياجات الصحية للمجتمع.
٢. العاملين بالمستشفي علي دراية بالاحتياجات الصحية المحددة للمجتمع.
٣. يوجد دليل علي وجود أنشطة مشاركة مجتمعية تم تنفيذها .

المعايير ذات الصلة:

CAI.01 المبادرات المجتمعية، CAI.02 التخطيط للمشاركة المجتمعية

CAI.04: تتم متابعة وتقييم نتائج برنامج التقييم والمشاركة المجتمعية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تقييم برنامج المشاركة المجتمعية

الغرض:

إن تقييم الاحتياجات الصحية بالمجتمع يضمن توافق رسالة المستشفي وخدماتها مع المشاكل الصحية بالمجتمع مما يؤدي إلي استخدام أفضل للموارد ويعمل علي تحسين صحة المجتمع.

وتقييم أنشطة البرنامج له أهمية في التحقق من فاعلية الأنشطة وتحديد الدروس المستفادة.
قد تقوم المستشفيات بعمل تقييم لبرنامج المشاركة المجتمعية كالتالي:

أ. إعادة تقييم الإحتياجات والمخاطر الإجتماعية علي الاقل كل سنتين.
ب. فاعلية التدخلات
ج. قياس رضاء المجتمع عن الأنشطة الاجتمعية المقدمة.
د. تناول شكاوي المجتمع والعملاء الخارجيين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التقييم والمشاركة المجتمعية للتحقق من اشتمالها علي قياس النتائج.
- قد يستفسر مراجع الهيئة عن خطة التقييم والمشاركة المجتمعية خلال جلسة المقابلات مع القيادات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين للتحقق من درايتهم بالمبادرات المجتمعية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تقوم المستشفي بتقييم احتياجات المجتمع كل سنتين علي الأقل.
٢. تقوم الهيئة بتقييم المخاطر الإجتماعية كل سنتين علي الأقل.
٣. تقوم المستشفي بقياس رضاء المجتمع عن الأنشطة الإجتماعية المقدمة باستخدام طرق القياس المختلفة.

المعايير ذات الصلة

CAI.01 المبادرات المجتمعية، CAI.02 التخطيط للمشاركة المجتمعية، CAI.03 توعية / تثقيف المجتمع

CAI.05: تقوم المستشفي بالتعامل مع مقترحات وشكاوي المجتمع وإدارتها

--

الكلمات الرئيسية:

مقترحات وشكاوي المجتمع

الغرض:

يجب أن تضمن المستشفي وجود عملية تواصل متبادلة وتكون واضحة وتتميز بالشفافية حتي يستطيع المجتمع من خلالها التعبير عن شواغله وتستطيع المستشفي أن ترد بشكل كاف وباهتمام.
تضع المستشفي وتنفذ سياسة وإجراءات توجه عملية التعامل مع ما يلي علي الاقل:

أ. العملاء الخارجيين للمستشفي.
ب. شكاوي عملاء المستشفي الداخليين والخارجيين.
ج. المواقف التي تتطلب استدعاء الشرطة ، من بينها السلوك العدواني.
د. وسائل الإعلام

دليل عملية المراجعه:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التقييم والمشاركة المجتمعية للتحقق من أنها تتضمن قياس نتائج الخطة.
- قد يستفسر مراجع الهيئة عن خطة التقييم والمشاركة المجتمعية خلال جلسة المقابلة مع القيادات.
- قد يقوم مراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالمبادرات المجتمعية.

أدلة التطابق مع المعيار

١. لدي المستشفي سياسة معتمدة للتعامل مع شكاوي ومقترحات المجتمع والعملاء الخارجيين.

٢. تقوم المستشفي بالتحقيق في شكاوي ومقترحات المجتمع والعملاء الخارجيين
٣. يتم حل مشكلات وشكاوي المجتمع والعملاء الخارجيين في الوقت المناسب ويتم تسجيلها في السجل المحدد لها.
٤. يتلقي المجتمع والعملاء الخارجيين التغذية الراجعة علي شكاويهم ومقترحاتهم في الإطار الزمني المعتمد.
٥. يتم إتخاذ إجراءات للتعامل مع المواقف العدوانية من بينها استدعاء الشرطة إذا لزم الأمر.
٦. توجد عملية للتعامل مع الإعلام ووسائل التواصل الإجتماعي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.01 إعلانات المستشفي

CAI.06: تشارك المستشفي الحاصلة على شهادة الاعتماد خبرتها مع مؤسسات الرعاية الصحية في المناطق المُجاورة أو(الآخري) بغرض الفهم والحصول علي والحفاظ علي الاعتماد.

--

الكلمات الرئيسية:

تعزيز جودة الخدمات

الغرض:

تحمل المستشفيات الحاصلة على شهادة الاعتماد المسئولية المجتمعية تجاه مجتمعاتها بزيادة الوعي بجودة الرعاية الصحية وذلك بقيام المستشفيات بمساعدة المؤسسات الآخري الراغبة في الحصول علي الإعتماد.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مراجع الهيئة العامة للإعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أنشطة المستشفي المتعلقة بالتعاون مع المستشفيات الأخري الراغبة في الحصول علي الإعتماد.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تقوم المستشفي بتحديد المستشفيات الآخري الراغبة في الحصول علي الإعتماد وأوجه التعاون الممكنة.
٢. تحدد المستشفي جوانب عملية الإعتماد التي يمكن مشاركتها مع المستشفيات الآخري خلال رحلة الإعتماد.
٣. تقدم المستشفي الدعم فيما يتعلق بالتعليم والخبرات والموارد التي يمكن أن تساعد المستشفيات الأخري.
٤. تعمل المستشفي مع المستشفيات الآخري لضمان الإلتزام بالمعايير في أي عمليات متبادلة.

المعايير ذات الصلة:

APC.01 استدامة متطلبات التسجيل، APC.04 قيمة عملية الإعتماد

إدارة الموارد البشرية
Workforce Management

الغرض من الفصل:

تحتـاج المستشـفى إلـى مجموعـة مناسـبة مـن الأفـراد ذوي المهـارة والمؤهلـين لتحقيـق رسـالتها وتلبيـة احتياجـات المرضـى. وتشير المـوارد البشـرية بالمستشـفى إلـى العاملين داخـل المستشـفى. ويعـد التخطيـط لتحديـد العـدد المناسـب والمهـارات الملائمـة للمـوارد البشـرية بالمستشـفي أمـرا أساسـياً. إن وضـع توصيـف وظيفـي واضـح وبرامـج تعريـف وتدريـب قويـة يسـاعد العاملين فـي تقديـم الرعايـة الصحيـة المناسـبة. والمؤسسـة الجيـدة يجـب أن يوجـد بهـا دائمـا هيـكل تنظيمـي واضـح لطاقمهـا الطبـي، ويتضمـن ذلـك الإدارات والأقسـام واللجـان الطبيـة.

يحـدد هـذا الفصـل أدوار ومسـئوليات قيـادات الطاقـم الطبـي فـي التحقـق مـن المؤهـلات، ومنـح الامتيـازات، ووضـع اللوائـح، وفـي اللجـان، وإدارة الأقسـام (الرؤسـاء)، وكذلـك فـي تحسـين الأداء. و يضـم الطاقـم الطبـي الأطبـاء المرخصـين وأطبـاء الأسـنان المرخصـين. ومـن الهـام بشـكل خـاص مراجعـة مؤهـلات جميـع أفـراد الطاقـم الطبـي وغيرهـم مـن متخصصـي الرعايـة الصحيـة بعنايـة. ويجـب علـى المستشـفى أن تمنـح أفـراد الطاقـم الطبـي فرصـة التعلُّـم والتطويـر مـن أنفسـهم علـى المسـتوى الشـخصي والمهنـي. والممارسـون المسـتقلون مثـل (الصيدلـي، وأخصائـي العـلاج الطبيعـي، وأخصائـي التغذيـة، ...إلـخ) هـم متخصصـي الرعايـة الصحيـة الآخريـن المسـموح لهـم بموجـب القانـون واللوائـح بتقديـم خدمـات رعايـة المرضـى بشـكل مسـتقل في المستشـفى. ويجـب تحديـد هـذه المجموعـة الخاصـة مـن متخصصـي الرعايـة الصحيـة فـي سياسـة المستشـفى ويجـب توضيـح ومراجعـة إمتيازاتهـم الإكلينيكيـة.

علـى المسـتوى العالمـي، تـم ملاحظـة وجـود نقـص فـي متخصصـي الرعايـة الصحيـة بأماكـن متعـددة فـي العالـم؛ وفـي بعـض البلـدان، تكـون التراخيـص قابلـة للتجديـد، ممـا يعنـي أن الأطبـاء وأطقـم التمريـض وغيرهـم مـن متخصصـي الخدمـات الصحيـة بحاجـة إلـى تجديـد التراخيـص بشـكل دوري وإثبـات كفاءتهـم وتطورهـم المسـتمر. وتـم إنشـاء هيئـات وطنيـة تضبـط عمليـة تعليـم الأطبـاء وأطقـم التمريـض فـي بلـدان مختلفـة. كمـا أن عمليـات تقييـم الأداء وتصنيـف متخصصـي الرعايـة الصحيـة آخـذ فـي الازديـاد علـى المسـتوى الوطنـي مـع تحـرك العديـد مـن أنظمـة الرعايـة الصحيـة نحـو مفهـوم الدفـع مقابـل الأداء.

علـى المسـتوى المحلـي، شـهدت مصـر أيضًـا هجـرة مقدمـي الرعايـة الصحيـة إلـى دول أخـرى. وتنـاول نظـام التأميـن الصحـي الشـامل الجديـد مفهـوم الدفـع مقابـل الأداء فـي المراحـل الأوليـة. ولـم يتـم ربـط التراخيـص بالتقييـم المتكـرر للتطويـر المهنـي حتـى الآن، ولكـن يتـم عقـد مناقشـات لوضـع نظـام لمراقبـة هـذه العمليـة. تتطلـب الجهـة المسـئولة عـن اصـدار التراخيـص بـوزارة الصحـة والسـكان قوائـم محـددة مـن الوثائـق لـكل متخصصـي الرعايـة الصحيـة تقريبـاً.

وتشـمل سـجلات الترخيـص الأطبـاء وأطبـاء الاسـنان وأخصائيـي العـلاج الطبيعـي وممـارس عـام العـلاج الطبيعـي والصيادلـة وأخصائيـي الباثولوجيـا الإكلينيكيـة وأخصائيـي الباثولوجيـا وأخصائيـي الكيميـاء الطبيـة وأخصائيـي البكتيريـا وأخصائيـي الأشـعة وفنيـو الأشـعة والممرضين/الممرضـات وفنيـو التمريـض والقابـلات وفنيـو الصحـة المجتمعيـة وأخصائيـي البصريـات وفنيـو التخديـر وفنيـو الإحصـاء الحيويـة وفنيـو الأطـراف الصناعيـة وفنيـو المعـدات الطبيـة وفنيـو الأسـنان وغيرهـم.

يقـوم مُراجعـو الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة تنفيـذ اللوائـح والقوانيـن ولوائـح الأطبـاء ولوائـح التمريـض والسياسـات والإجـراءات والخطـط التـي تعكـس عمليـات إدارة المـوارد البشـرية مـن خـلال إجـراء مقابـلات مـع القيـادات والعاملين ومراجعـة ملفـات مختلـف متخصصـي الرعايـة الصحيـة.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو التأكد من وجود برنامج فعال لإدارة الموارد البشرية بالمستشفيات. ويتناول الفصل الأهداف التالية:

١. التخطيط الفعال للموارد البشرية

٢. التعريف الفعال والتعليم الطبي المستمر وبرنامج التدريب
٣. وجود مجموعة متنوعة من العاملين الأكفاء.
٤. التقييم الدوري لأداء العاملين.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية مع الأخذ في الاعتبار بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨
٢. لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (مطبوعات نقابة التمريض)
٣. لائحة أخلاقيات وقواعد سلوك موظفي الخدمة المدنية، ٢٠١٩، إن كانت قابلة للتطبيق
٤. لائحة أخلاقيات الصيادلة
٥. قانون ١٩٥٤/٤١٥ بشأن ممارسة مهنة الطب البشري
٦. قانون ١٤٠ لسنة ١٩٨١ بشأن ممارسة القبالة
٧. قانون ١٩٥٦/١٩٨ بشأن ممارسة العلاج النفسي
٨. قانون ١٩٨٥/٣ بشأن ممارسة مهنة العلاج الطبيعي
٩. قانون ١٩٥٥/١٢٧ بشأن ممارسة مهنة الصيدلة
١٠. قانون ١٩٥٤/٥٣٧ بشأن ممارسة مهنة طب الأسنان
١١. قانون المعامل الوطني رقم ١٩٥٤/٣٦٧
١٢. قانون ١٩٦٠/١٧٨ بشأن تنظيم جمع ونقل وتخزين الدم
١٣. قانون ١٩٦٠/٥٩ بشأن تنظيم أعمال التصوير الطبي
١٤. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٩٦/٧٠ بشأن عمل الخبراء الأجانب
١٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٩٩/٩٠ بشأن استخدام الخبراء الأجانب
١٦. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/٢٣٦ بشأن متطلبات خدمة التخدير
١٧. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٥٣ بشأن الحد الأدنى لمتطلبات خدمات التخدير
١٨. قانون ٢٠١٧/٢١٣ بشأن النقابات العمالية والحماية
١٩. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٢/٢٥ بشأن المسئولية الطبية وتعليق الممارسة الطبية
٢٠. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٠/٢٩٣ بشأن ترقية الأطباء
٢١. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/٦٢ بشأن ترقية متخصصي الرعاية الصحية
٢٢. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠١/٢٤٤ بشأن كفاءات الجراحين

التخطيط الفعال للموارد البشرية

WFM.01: عمليات توظيف تعليم وتدريب وتقييم الموارد البشرية تتوافق مع القوانين واللوائح.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

قوانين ولوائح لموارد البشرية

الغرض:

تنظم قوانين ولوائح العمل العلاقة بين العاملين والمستشفى والنقابات والحكومة.

ويتناول قانون عمل الأفراد حقوق العاملين في العمل أيضًا من خلال عقد العمل.

إن معايير التوظيف هي أعراف اجتماعية بالحد الأدنى من ظروف العمل المقبولة علي مستوي المجتمع والتي بموجبها يُسمح للعاملين أو المتعاقدين بالعمل.

تحدد المستشفى جميع القوانين واللوائح والقواعد المعمول بها ويتضمن ذلك أكواد ومتطلبات النقابات، كما تحدد الإطار القانوني لإدارة الموارد البشرية بها.

تلتزم المستشفى بالإطار القانوني للموارد البشرية أثناء جميع خطوات إدارة مواردها البشرية.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق الإطار القانوني، أو قد يلاحظ ممارسات إدارة الموارد البشرية، أو قد يراجع ملفات العاملين ومنها الممارس المستقل للتحقق من الالتزام بالقوانين واللوائح.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تتوافق ممارسات التوظيف بالمستشفى مع القوانين واللوائح.
٢. تتوافق جميع أنشطة تعليم وتدريب الموارد البشرية بالمستشفى مع القوانين واللوائح.
٣. تتوافق تقييمات أداء الموارد البشرية بالمستشفى مع القوانين واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

WFM.04: التوظيف؛ WFM.07: برنامج التعريف؛ WFM.08: برنامج التعليم المستمر.

WFM.02: تحدد خطة التوظيف بالمستشفى عدد العاملين، كما تحدد المهارات المطلوبة والدرجات العلمية والمعرفة، بالإضافة إلي المتطلبات الأخرى اللازمة للعاملين لتحقيق رسالة المستشفى وتوصيات الممارسة المهنية وتقديم رعاية آمنة للمرضى.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

خطة التوظيف

الغرض:

إن تخطيط التوظيف هو عملية التأكد من أن المستشفى لديها الأشخاص المناسبون لإنجاز االعمل المطلوب بنجاح من خلال مطابقة بيانات العاملين التفصيلية التي تشمل المهارات والإمكانيات والتطلعات وأماكنهم مع خطط العمل.

يعد العجز في عدد متخصصي الرعاية الصحية المؤهلين في مناطق متعددة مؤشراً ينذر الخطر، خاصة في تخصصات العناية الحرجة مثل وحدات العناية المركزة والتخدير.

يجب أن تلتزم المستشفى بقوانين ولوائح وتوصيات الممارسات المهنية التي تحدد المستوي المطلوب من التعليم أو المهارات أو المتطلبات الأخرى اللازم توافرها بالعاملين ومنهم الممارس المستقل أو التي تحدد أعداد العاملين أو تنوع العاملين

بالمستشفى.
تقوم قيادات كل منطقة إكلينيكية أو إدارية بمراجعة الخطة بشكل دوري ويقومون بتحديثها حسب الضرورة، كما يحددون المتطلبات الخاصة بكل منصب على حده.
تحافظ المستشفى على المستوى الآمن من العاملين بما في ذلك عدد ومستوى مهارات الممارسين المستقلين و الذي يساوي ٦٠٪ على الأقل من احتياجات المستشفى خاصة في مجالات الرعاية الحرجة.
تأخذ القيادات العوامل التالية بعين الاعتبار عن تحديد احتياجات التوظيف:

أ. رسالة المستشفى والخطط الاستراتيجية والتشغيلية بها.
ب. مدى تعقد وخطورة حالات المرضى الذين تخدمهم المستشفى.
ج. الخدمات التي تقدمها المستشفى.
د. التكنولوجيا والمعدات المستخدمة في رعاية المرضى.

دليل عملية المراجعة:

أثناء عملية المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق العاملين، أو يلاحظ توزيع ومهارات العاملين، أو يراجع ملفات العاملين ومنهم الممارسين المستقلين للتحقق من امتثال خطة التوظيف إلى القوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. خطة التوظيف تتوافق مع الرسالة والخطط الاستراتيجية والتشغيلية.
٢. خطة التوظيف تمتثل إلى القوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية.
٣. خطة التوظيف تحدد العدد التقديري المطلوب من العاملين ومنهم الممارسين المستقلين والمهارات وكذلك التكليفات المطلوبة من العاملين لتلبية احتياجات المستشفى.
٤. في تخصصات الرعاية الحرجة والتخدير، يتوافق عدد أخصائي الرعاية الصحية المؤهلين مع ٦٠٪ على الأقل من العدد المطلوب في خطة التوظيف.
٥. مراقبة خطة التوظيف ومراجعتها مرة على الأقل كل عام.

المعايير ذات الصلة:

OGM.7 الخطة الإستراتيجية؛ OGM.08 التخطيط التشغيلي

WFM.03: يتم تطبيق عملية توظيف موحدة بمشاركة قيادات الخدمات/ الأقسام.

المساواة

الكلمات الرئيسية:

التوظيف

الغرض:

إن التوظيف والاختيار هو عملية الإعلان عن وظيفة شاغرة واختيار أنسب شخص للوظيفة.
يوجد بالمستشفى عملية فعالة ومركزية لتعيين وتوظيف العاملين، بما فيهم الممارسين المستقلين، في الوظائف المتاحة (أو الشاغرة).
إن لم تكن العملية مركزية، فيجب اتباع معايير وعمليات ونماذج مماثلة حتي ينتج عنها عملية توظيف موحدة لنفس النوع من الوظائف في جميع أنحاء المستشفي
تتناول العملية على الأقل ما يلي:

أ. التعاون مع قيادات الخدمات/ الوحدات لتحديد الحاجة إلى وظيفة.

ب. إبلاغ المتقدمين المحتملين بالوظائف الشاغرة.
ج. الإعلان عن معايير الاختيار للجميع.
د. عملية التقدم لطلب وظيفة.
ه. إجراءات التوظيف.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تصف عملية التوظيف.
- قد يفحص مُراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين، ومنهم الممارسين المستقلين، لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمقابلة العاملين المشاركون في عملية التوظيف لتقييم العملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لتوظيف العاملين، ومنهم الممارسين المستقلين، والتي تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. العاملون المشاركون في عملية التعيين على دراية بسياسة المستشفى.
٣. عملية التوظيف الخاصة بالوظائف المتشابهه تكون موحدة في جميع أنحاء المستشفى.
٤. يشارك قيادات المستشفى في عملية التوظيف.
٥. تسجيل معايير الاختيار في ملفات العاملين.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.02: خطة التوظيف.

WFM.04: يتضمن التوصيف الوظيفي الذي تضعه المستشفي المتطلبات والمسئوليات لكل وظيفة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التوصيف الوظيفي

الغرض:

يعد التوصيف الوظيفي بيان عام وشامل ومكتوب لوظيفة معينة، قائم على نتائج التحليل الوظيفي.
ويتضمن التوصيف الوظيفي بشكل عام الواجبات والمسئوليات والهدف من الوظيفة ونطاقها والشروط الخاصة بها.
يجب أن يوجد بالمستشفى توصيف وظيفي للتأكد من توافق متطلبات ومسؤوليات العاملين، ومنهم الممارسين المستقلين، مع رسالة المستشفى.
التوصيف الوظيفي يسمح للقيادات بإجراء التوظيف والتقييم والتكليف بالمهام القائم على المعرفة.
كما أنه يُمكن العاملين من فهم مهام ومسئوليات كلٍ منهم.
تبدأ المستشفى بوضع نموذج التوصيف الوظيفي الذي يتضمن وصف الوظيفة.
تتأكد المستشفى من أن نتائج عملية التخطيط للتوظيف ، مثل تنوع المهارات المطلوبة، تتوافق مع متطلبات الوظيفة المذكورة في التوصيف الوظيفي.
يتطلب عمل توصيف وظيفي لجميع العاملين الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين والذين يعملون بدوام كامل أو جزئي والعاملين المؤقتين وكذلك العاملين تحت التدريب.

دليل عملية المراجعة:

قد يتحقق مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من عينة من ملفات العاملين لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد توصيف وظيفي لكل وظيفة.
٢. يتضمـن التوصيـف الوظيفـي المتطلبـات (الترخيـص، والشـهادة أو التسـجيل، والتعليـم، والمهـارات، والمعرفـة، والخبـرة) ومسـئوليات كل وظيفـة.
٣. يتم مناقشة التوصيف الوظيفي مع العاملين، ومنهم الممارسين المستقلين، وتسجيل المناقشة في ملف العاملين.
٤. يتم تقييم الأداء بناءً على التوصيف الوظيفي.

المعايير ذات الصلة:

OGM.09: قيادات المستشفى؛ OGM.10: إدارة الأقسام.

WFM.05: التحقق من صحة مؤهلات العاملين الجدد والحاليين.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التحقق من صحة المؤهلات

الغرض:

المؤهلات هي الوثائق التي تصدرها جهة معترف بها للإشارة إلى إكتمال المتطلبات أو استيفاء متطلبات الجدارة، مثـل دبلومـة مـن كليـة طبيـة، أو خطـاب أو شـهادة إكتمـال تدريـب (فتـرة الطبيـب المُقيـم) فـي مجـال، واسـتكمال متطلبـات النقابـات المعنيـة و/ أو الهيئـات و / أو غيرهـا مـن المؤسسـات ذات الصلـة، وترخيـص مزاولـة المهنـة.

هـذه الوثائـق، التـي يكـون بعضهـا مطلـوب بموجـب القانـون واللوائـح، مـن المصـدر الأصلـي الذي.لابـد لهـا مـن التحقـق مـن المصـدر الأصلـي الـذي قـام بإصدارهـا

عنـد تعييـن المستشـفى للعامليـن، ومنهـم الممارسـين المسـتقلين، يجـب القيـام بعمليـة التحقـق مـن صحـة المؤهـلات وتقييـم مـا إذا كانـت المؤهـلات التـي تتطلبهـا الوظيفـة متوافقـة مـع مؤهـلات المرشـح المحتمـل للوظيفـة

دليل عملية المراجعة:

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة وثيقـة معتمـدة تصـف عمليـة التحقـق مـن صحـة المؤهـلات.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بفحـص عينـة مـن ملفـات العامليـن، ومنهـم الممارسـين المسـتقلين، لتقييـم التطابـق مـع متطلبـات المعيـار.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بمقابلـة العامليـن المشـاركون فـي عمليـة التحقـق مـن صحـة المؤهـلات لتقييـم التطابـق مـع متطلبـات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. الاحتفاظ بالمؤهلات المطلوبة لكل وظيفة في ملفات العاملين بما فيهم الممارسين المستقلين.
٢. توجد في المستشفى عملية للتحقق من صحة المؤهلات. وتقييم كفاءة المتقدم
٣. يتم تطبيق العملية بشكل موحد لتقييم المؤهلات الخاصة بالعاملين .
٤. يتم اتخاذ اللازمة عندما لا يمكن التحقق من

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية.

عملية حفظ ملفات العاملين تتسم بالكفاءة

WFM.06: يوجد ملف لكل عضو من طاقم العمل

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

ملفات العاملين

الغرض:

من الهام أن تحتفظ المستشفى بملف لكل عامل، بما في ذلك الممارسين المستقلين.

يتضمن ملف العاملين المعد بدقة سجلاً للخبرات المعرفية للعامل ومهاراته وكفاءاته والتدريب اللازم للقيام بمسئوليات العمل.

بالإضافة إلى ذلك، يحتوي السجل على دليل على أداء العامل وما إذا كان يلبي توقعات الوظيفة.

لكل عامل في المستشفى، ومنهم الممارسين المستقلين، سجل (سجلات) تحتوي على معلومات عن مؤهلاته، والمعلومات الصحية المطلوبة، مثل التطعيمات وأدلة على وجود مناعة، ودليل على المشاركة في التعريف بالمؤسسة وكذلك على استمرار تلقى التعليم أثناء الخدمة والتعليم المستمر، ونتائج التقييمات، ومنها أداء العامل لمسئوليات وظيفته وكفاءاته؛ وتاريخ الخبرات في مجال العمل.

تعد الملفات بطريقة موحدة ويتم الاحتفاظ بها محدثة وفقًا لسياسة المستشفى.

قد تحتوي ملفات العاملين، ومنهم الممارسين المستقلين، على معلومات ذات حساسية ولذا يجب أن تظل سرية.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات توجه إدارة ملفات العاملين، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. إنشاء ملف العامل.

ب. توحيد المحتويات مثل: الشهادة المعتمدة، والترخيص، والدرجات العلمية، والسجل التدريبي خبرات العمل، وتوصيف وظيفي حالي، ودليل مسجل على تلقي التعريف بالمستشفى، والقسم المكلف بالعمل به، والوظيفة المحددة، ودليل على التقييم المبدئي لقدرة العامل على أداء الوظيفة المكلف بها، والتدريب المستمر أثناء الخدمة ، نُسخ التقييمات التي تمت خلال ثلاثة أشهر ونُسخ التقييمات السنوية.

ج. تحديث محتويات الملف.

د. حفظ الملفات.

ه. مدة الاحتفاظ بالملفات.

و. التخلص من الملفات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بفحص عينة من ملفات العاملين لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يزور مُراجع الهيئة المنطقة التي يُحفظ بها ملفات العاملين لتقييم ظروف التخزين والاحتفاظ والسرية وآلية التخلص منها.
- قد يقابل مُراجع الهيئة العاملين القائمين علي فتح واستخدام وتخزين ملفات العاملين لتقييم العملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. العاملون المشاركون في فتح ملفات العاملين وتخزينها واستخدامها على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. ملفات العاملين سرية ومؤمنة.
٤. ملفات العاملين تتضمن جميع السجلات المطلوبة.
٥. التخلص من ملفات العاملين وفقًا لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح القوى العاملة.

برنامج تعريف فعال

WFM.07: يتلقي العاملون المعينون والمتعاقد معهم والمستعان بهم من جهات خارجية برنامج تعريف رسمي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج التعريف

الغرض:

قرار تعيين فرد في المستشفى يتطلب أداء عدة عمليات.

ولكي يقوم العامل الجديد بأداء مهامه جيداً، بغض النظر عن خبرته في العمل، يحتاج إلى فهم هيكل المستشفى بالكامل وكيف تساهم مسئولياته الإكلينيكية أو غير الإكلينيكية المحددة في تحقيق رسالة المستشفى. يتحقق ذلك من خلال تعريف عام للعامل بالمستشفى وبدوره وكذلك تعريف محدد بمسئوليات وظيفته.

تعريف العاملين بسياسات المستشفى، وخاصة عند بداية التوظيف، يضمن التوافق بين رسالة المستشفى وأنشطة العاملين. كما أنه يساعد على خلق ثقافة صحية بالمستشفى حيث يعمل جميع العاملين برؤية مشتركة ولتحقيق أهداف متفق عليها. كما أن تعريف العاملين يسهل دمج العاملين الجدد مع المتواجدين بالفعل لسرعة تشكيل فرق تعمل بشكل فعال لتقديم رعاية آمنة وذات جودة.

تضع المستشفى برنامج تعريف شامل يتم تقديمه إلى جميع العاملين بغض النظر عن شروط توظيفهم.

يتم تعريف العاملين على ثلاثة مستويات: التعريف العام، والتعريف بالقسم، والتعريف بالوظيفة المحددة.

يتناول برنامج التعريف العام على الأقل:

أ. استعراض رسالة ورؤية وقيم المستشفى.
ب. الهيكل التنظيمي للمستشفى
ج. سياسات المستشفى الخاصة ببيئة الرعاية ومكافحة العدوى وتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.

برنامج التعريف بالقسم يتناول على الأقل:

د. استعراض السياسات والإجراءات ذات الصلة.
ه. العمليات التشغيلية
و. علاقات العمل

برنامج التعريف بالوظيفة المحددة:

ز. العمليات عالية الخطورة
ح. استخدام التكنولوجيا والمعدات.
ط. سلامة وصحة العاملين.

تضع المستشفى دليل العاملين الذي يصف عمليات توظيف وإعادة توظيف العاملين ، وتقييم العاملين، وإدارة شكاوى العاملين، وقياس رضا العاملين، ولائحة الأخلاقيات، والإجراءات التأديبية، وإنهاء التعاقد.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة بعض العاملين ويستفسر عن عملية التعريف.
- قد يفحص مُراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين للتحقق من دليل حضور التعريف العام، والتعريف بالقسم، والتعريف بالوظيفة المحددة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تنفيذ برنامج التعريف العام والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. تنفيذ برنامج التعريف بالقسم والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (د) إلى نقطة (و).
٣. تنفيذ برنامج التعريف بالوظيفة المحددة والذي يتضمن على الأقل العناصر من نقطة (ز) إلى نقطة (ط).
٤. يحضر أي عامل برنامج التعريف بغض النظر عن شروط التوظيف.
٥. تسجيل إتمام التعريف في ملف العاملين.

المعايير ذات الصلة:

WFM.04: التوصيف الوظيفي.

التدريب والتعليم الفعال

WFM.08: وضع وتنفيذ برنامج التعليم والتدريب المستمر.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج التعليم المستمر

الغرض:

لكي تتمكن أي مستشفى من أداء رسالتها، عليها التأكد من أن مواردها البشرية تمتلك القدرة على تقديم خدماتها مع مرور الوقت.

تساعد برامج التعليم والتدريب المستمر في ضمان ذلك، خاصة إذا صممت هذه البرامج لتلبية احتياجات العاملين اللازمة لإنجاز رسالة المستشفى.

يتم تصميم البرنامج بطريقة مرنة ترضي جميع فئات العاملين بناءً على عملية تقييم الاحتياجات، وخطة التدريب الملائمة للاحتياجات، وتقديم البرنامج، ومردود البرنامج.

يتم يتصميم البرنامج بناءً على الخدمات المقدمة والمعلومات الجديدة وتقييم احتياجات العاملين.

ويجب أن تكون الممارسات وأدلة العمل الطبية والتمريضية المبنية على الأدلة وغيرها من المصادر متاحة بسهولة لجميع العاملين على مدار اليوم.

تضمن المستشفى تقديم وتسجيل برامج التعليم والتدريب وفقًا لاحتياجات العامل المتعلقة بمسئولياته الوظيفية والتي قد تشمل ما يلي:

أ. تقييم المريض
ب. سياسة وإجراءات مكافحة العدوى، وإصابات وخز الإبر. والتعرض للعدوى
ج. خطط سلامة البيئة
د. مخاطر الصحة المهنية وإجراءات السلامة، ومنها استخدام معدات الحماية الشخصية
ه. إدارة المعلومات، والتي تشمل متطلبات سجل المريض الطبي بما يتناسب مع المسئوليات أو التوصيف الوظيفي
و. تقييم وعلاج الألم
ز. أدلة العمل الإكلينيكية المستخدمة في المستشفى
ح. تدريب أساسي على الإنعاش القلبي الرئوي مرة كل سنتين على الأقل لجميع العاملين الذين يقدمون رعاية مباشرة للمريض.
ط. مفهوم الجودة، وتحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر.
ي. حقوق المريض، ورضاء المريض، وعملية تقديم الشكاوى/ الاقتراحات.
ك. تقديم الرعاية المتكاملة، واتخاذ القرار المشترك، والموافقة المبنية على المعرفة المسجلة، والتواصل بين المرضى

و العاملين، والمعتقدات الثقافية، واحتياجات وأنشطة المجموعات المختلفة التي تتلقى الخدمة.

ل. تحديد معايير سوء المعاملة /الإيذاء والإهمال.

م. تشغيل وصيانة المعدات الطبية وأنظمة المرافق

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة بعض العاملين ويستفسر عن عملية التعليم والتدريب المستمر.
- قد يفحص مُراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين للتحقق من دليل حضور برنامج التعليم والتدريب.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد برنامج تعليم وتدريب مستمر لجميع فئات العاملين والذي قد يتناول العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (م).

٢. تتوفر الموارد (البشرية وغير البشرية) لتقديم البرنامج.

٣. يتم البرنامج بناء علي تقييم احتياجات جميع فئات العاملين.

٤. دمج نتائج مراجعة الأداء في تصميم البرنامج.

المعايير ذات الصلة:

WFM.04: التوصيف الوظيفي؛ WFM.13: الامتيازات الإكلينيكية.

تقييم عادل لأداء العاملين

WFM.09: تقييم أداء وكفاءة العاملين بانتظام.

المساواة

الكلمات الرئيسية:

تقييم أداء العاملين

الغرض:

تقييم أداء العاملين هو عملية مستمرة تسمى أيضًا قياس الأداء أو مراجعة الأداء وهو تقييم رسمي يقوم به المديرون لتقييم أداء عمل العامل، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتقديم التغذية الراجعة، وتحديد أهداف الأداء المستقبلي.

يساهم تقييم الأداء بشكل فعال في تحسين أداء الفرد، فريق العمل والمستشفى عندما يكون قائماً علي عملية محددة تتسم بالشفافية ولها معايير معلنة واضحة ذات صلة بواجبات الوظيفة.

يعزز تقييم الأداء أيضًا التواصل بين العاملين والقيادات، مما يمكنهم من اتخاذ قرارات مبنية علي المعرفة بشأن تخطيط التوظيف والاختيار ونظام الحوافز والتدريب والتعليم للعاملين وتخطيط المسار الوظيفي لهم.

يتيح تقييم الأداء فرصة تقديم التغذية الراجعة إلى العاملين بشأن ما ما يجيدون أو لا يجيدون أداؤه وذلك بطريقة تتسم بالسرية والاحترام، مما يعزز ثقافة التعلم داخل المستشفى.

يجب أن تستخدم المستشفى أداة لتقييم الأداء حتى تتأكد من أن العاملين لديهم المتطلبات اللازمة لأداء الوظائف وتحقيق الأهداف.

تُسجل عملية تقييم أداء العاملين ويشمل ذلك طرق وأدوات مراجعة الأداء وأبعاد ومعايير التقييم والفاصل الزمني بين التقييمات وعملية الالتماس والشخص المسئول عن كل فئة من فئات العاملين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع قيادات المستشفى أو الخدمة/ القسم ويستفسر عن الأدوات المستخدمة في تقييم أداء العاملين.

- قد يفحص مُراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين للتحقق من اكتمال تقييمات الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم إجراء تقييم الأداء والكفاءة لكل عامل سنوياً على الأقل.
٢. يتم إجراء تقييم الأداء والكفاءة أيضا عندما تستدعي نتائج أنشطة تحسين الجودة ذلك وما يقدم من تعليم وتدريب ملائمين.
٣. توجد أدلة على تقديم التغذية الراجعة إلى العاملين بشأن تقييم الأداء والكفاءة.
٤. يتم اتخاذ الإجراءات بناءً على مراجعة الأداء.
٥. يتم تسجيل تقييم الأداء والكفاءة في ملفات العاملين.

المعايير ذات الصلة:

WFM.04: التوصيف الوظيفي.

هيكل منظم للطاقم الطبي

WFM.10: وضع هيكل منظم للطاقم الطبي للإشراف على جودة الرعاية والعلاج والخدمات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

هيكل الطاقم الطبي

الغرض:

الطاقم الطبي هو جميع الأطباء وأطباء الأسنان وغيرهم من المتخصصين المرخص لهم بالممارسة بشكل مستقل (دون إشراف) والذين يقدمون الخدمات الطبية الوقائية أو العلاجية أو الاستصحاحية (restorative) أو الجراحية أو التأهيلية أو غيرها من الخدمات الطبية أو خدمات طب الأسنان إلى المرضى؛ أو الذين يقدمون الخدمات التشخيصية للمرضى مثل خدمات الأشعة أو المعامل.

وبالتالي فإن مصطلح الطاقم الطبي يشمل جميع الأطباء وغيرهم من المتخصصين المسموح لهم بمعالجة المرضى بشكل مستقل كلياً أو جزئياً، بغض النظر عن علاقتهم بالمستشفى.

تحدد المستشفى الممارسين الآخرين، مثل الأطباء المقيمين، و الأطباء حديثي التخرج، الذين لم يعودوا تحت التدريب بعد، ولكن قد تسمح لهم المستشفى أو قد لا تسمح لهم بالممارسة بشكل مستقل.

يوجد رسم تخطيطي لأفراد الطاقم الطبي يصف التسلسل الإداري داخل المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف هيكل الطاقم الطبي. وقد يتم تقديم هذه الوثيقة أثناء العرض التقديمي الافتتاحي أو أثناء جلسة مراجعة الوثائق أو جلسة مقابلة القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى هيكل للطاقم الطبي تم وضعه وفقًا لرسالة المستشفى ونطاق الخدمات وتوصيات الممارسات المهنية من اجل تلبية احتياجات المرضى.
٢. هيكل الطاقم الطبي معتمد من الهيئة الحاكمة.
٣. يحدد هيكل الطاقم الطبي بوضوح حدود المسئوليات خلال وبعد ساعات العمل,

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.02: خطة التوظيف.

هيكل الطاقم الطبي يتسم بالكفاءة

WFM.11: وضع لوائح داخلية للطاقم الطبي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

لوائح داخلية للطاقم الطبي

الغرض:

اللوائح الداخلية للطاقم الطبي هي وثائق معتمدة من الهيئة الحاكمة للمستشفى.

يتم التعامل معها بصفتها عقد في بعض الأنظمة التي تحدد المتطلبات اللازم توافرها في أعضاء الطاقم الطبي من أجل أداء واجباتهم والمعايير اللازمة لأداء تلك الواجبات.

قد تتناول اللوائح الداخلية للطاقم الطبي النقاط التالية:

أ. هيكل الطاقم الطبي بأكمله.

ب. هيكل ووظيفة لجنة الطاقم الطبي.

ج. عملية التوظيف والتي تشمل عملية التأكد من صحة التراخيص و/ أو التعليم و/ أو التسجيل و/ أو الشهادات الخاصة بجميع أفراد الطاقم الطبي والاستشاريين والأساتذة الزائرين.

د. التحقق والاحتفاظ بالنسخ الحديثة من الدرجات العلمية وترخيص/ تسجيل أفراد الطاقم الطبي وغيرها من المؤهلات المطلوبة بموجب القانون أو اللوائح والتي تطلبها المستشفى.

ه. تتوافق اللوائح الداخلية للطاقم الطبي مع القوانين واللوائح المعمول بها سياسات المستشفى المعتمدة ويتم اعتمادها من مدير (قيادات) المستشفى.

و. عمليه منح الامتيازات (التقدم للحصول علي الامتياز، المنح، المراجعة، التجديد).

ز. يوجد بالمستشفى عملية موحدة لجمع المؤهلات لأعضاء الطاقم الطبي المسموح لهم بتقديم رعاية المرضى دون إشراف.

ح. معايير محددة وعملية للتوقيف/للتعليق المؤقت

ط. آلية عادلة لعملية الاستماع والالتماس.

ي. عملية محددة ومعايير لمراجعة النظراء / الأنداد peer review

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف اللوائح الداخلية للطاقم الطبي. وقد يتم تقديم هذه الوثيقة أثناء جلسة مراجعة الوثائق أو جلسة مقابلة القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تعتمد الهيئة الحاكمة اللوائح الداخلية للطاقم الطبي

٢. اللوائح الداخلية للطاقم الطبي متوافقة مع القوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية.

٣. تتضمن الوثائق العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ي).

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.07: برنامج التعريف؛ WFM.08: برنامج التعليم المستمر؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين.

WFM.12: يتم توظيف أعضاء الطاقم الطبي وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها، وكذلك اللوائح الداخلية المعتمدة الخاصة بالطاقم الطبي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

توظيف الطاقم الطبي

الغرض:

التوظيف هو عملية مراجعة أولية لمؤهلات المتقدم للوظيفة وذلك لاتخاذ القرار ما إذا كان الفرد مؤهلاً لتقديم خدمات رعاية المرضى التي يحتاجها مرضى المستشفى، والتي تستطيع أن تدعمها المستشفي من خلال العاملين المؤهلين و الإمكانيات الفنية.

بالنسبة للمتقدمين بطلب الالتحاق بوظيفة لأول مرة. تتم مراجعة المعلومات الخاصة بهم من المصادر الأساسية

تحدد سياسة المستشفى الأفراد أو الآليات المسئولة عن هذه المراجعة، وأي معايير مستخدمة في اتخاذ القرارات، وكيفية توثيق القرارات.

تحدد السياسة عملية تعيين الممارسين المستقلين في حالة الاحتياجات الطارئة أو لفترة مؤقتة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يفحص مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عينة من ملفات العاملين لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين المشاركون في عملية التوظيف لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية موحدة لتعيين أعضاء الطاقم الطبي لأول مرة.
٢. تعيين أعضاء الطاقم الطبي وفقا للوائح الداخلية للطاقم الطبي بالمستشفى.
٣. تعيين أعضاء الطاقم الطبي يتوافق مع رسالة وخدمات المستشفى.
٤. تعيين أعضاء الطاقم الطبي وفقا للقوانين واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ OGM.02: الرسالة.

WFM.13: يتمتع جميع أعضاء الفريق الطبي بامتيازات إكلينيكية حالية ومحددة ومخطط لها ومعتمدة من لجنة الطاقم الطبي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الامتيازات الإكلينيكية

الغرض:

تعتمد المستشفى نطاق ومحتوى معين من خدمات رعاية المرضى (أي امتيازات إكلينيكية) لأخصائي الرعاية الصحية من خلال عملية محددة بناءً على تقييم مؤهلاته وأدائه. إن تحديد الكفاءة الإكلينيكية الحالية لعضو الطاقم الطبي واتخاذ قرار بشأن الخدمات الإكلينيكية التي يُسمح لعضو الطاقم الطبي بأدائها غالبًا ما يسمى منح الامتيازات وهو أهم قرار تتخذه المستشفى لحماية سلامة المرضى وتعزيز جودة خدماتها الإكلينيكية.

إن القرارات المتعلقة بكفاءة الممارس الإكلينيكية، وبالتالي الامتيازات الإكلينيكية التي ستُمنح له، تستند في المقام الأول إلى المعلومات والوثائق الواردة من خارج المستشفى.

لا توجد طريقة مُثلي واحدة لتحديد الأنشطة الإكلينيكية التي يُمنح عضو الطاقم الطبي الجديد إمتياز أدائها.

قد تحدد وتدرج برامج التدريب المتخصص الكفاءات العامة لهذا التخصص في مجالات التشخيص والعلاج مع منح المستشفى امتيازات لتشخيص وعلاج المرضى في مجالات كفاءات هذا الاختصاص.
تتناول الامتيازات الإكلينيكية ما يلي:

أ. يخضع أعضاء الطاقم الطبي والممارسون المستقلون الذين يتمتعون بامتيازات إكلينيكية إلى اللوائح الداخلية.
ب. تشير الامتيازات إلى ما إذا كان عضو الطاقم الطبي يستطيع حجز المرضى بالمستشفى وتقديم المشورة لهم وعلاجهم.
ج. تحدد الامتيازات نطاق خدمات رعاية المرضى وأنواع الإجراءات. التي قد يقدمونها بالمستشفى
د. يتم تحديد الامتيازات بناءً على أدلة موثقة على الكفاءة (الخبرة- المؤهلات- الشهادات- المهارات) التي تتم مراجعتها وتجديدها على الأقل كل ثلاث سنوات.
ه. الامتيازات متوفرة في المناطق التي يقدم فيها الطاقم الطبي خدمات متعلقة بالامتيازات الممنوحة.
و. أعضاء الطاقم الطبي الذين يتمتعون بامتيازات لا يمارسوا ما هو خارج نطاق امتيازاتهم.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع أعضاء الطاقم الطبي ويستفسر عن الإمتيازات المحددة. قد يزور مُراجع الهيئة أيضا مناطق إجراء العمليات بالمستشفى ويتحقق مما إذا كانت الامتيازات الإكلينيكية المحددة معروفة وتُستخدم في عملية الحجز.
- قد يفحص مُراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين الذين يشاركون في عملية منح الامتيازات لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٢. أعضاء الطاقم الطبي على دراية بعملية تحديد الامتيازات الإكلينيكية وما يجب عليهم فعله عندما يتطلب الأمر العمل خارج نطاق امتيازاتهم الإكلينيكية المعتمدة.
٣. تحديد الامتيازات الطبية لأعضاء الطاقم الطبي بناءً على معايير محددة.
٤. يسهل على العاملين المشاركين في حجز الجراحات والإجراءات التداخلية الوصول إلى الامتيازات الإكلينيكية واستخدامها.
٥. تحتوي ملفات الأطباء وأطباء الأسنان على الامتيازات الإكلينيكية المخصصة مسجلة، ومنها التجديد كلما كان ذلك ممكنا.
٦. يلتزم الأطباء وأطباء الأسنان بامتيازاتهم الإكلينيكية.

المعايير ذات الصلة:

WFM.05: التحقق من المؤهلات؛ WFM.08: برنامج التعليم المستمر؛ WFM.09: تقييم أداء العاملين؛ WFM.11: اللوائح داخلية للطاقم الطبي.

WFM.14: مراجعة وتسجيل أداء كل فرد من أفراد الطاقم الطبي مرة على الأقل سنويًا.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

تقييم أداء الطاقم الطبي

الغرض:

إن تقييم الأداء المهني لمتخصصي الرعاية الصحية على مدار حياتهم المهنية يضمن أن تكون رعاية المرضى آمنة وتتسم بالجودة.

تُستخدم مثل هذه التقييمات عند إعادة منح الامتيازات؛ حيث إنها تساعد متخصصي الرعاية الصحية على تطوير معارفهم ومهاراتهم وطريقة تعاملهم (كفاءاتهم) بطريقة تلبي احتياجاتهم وتضمن استدامة الخدمات التي تقدمها المستشفى.

تحدد التقييمات استمرار درجة الكفاءة اللازمة لتقديم خدمات رعاية المرضى.

إن وجود معايير تقييم الأداء المتفق عليها يضمن أن التقييم يتم بطريقة موحدة وذات صلة برسالة المستشفى وكفاءة متخصصي الرعاية الصحية.

إن معايير تقييم الأداء تشمل تلك المتعلقة بالتسجيل في الملفات الطبية للمرضي واستخدام الأدوية؛ على سبيل المثال:

أ. مراجعة سجل المريض الطبي للتأكد من اكتماله ودقة التوقيت.
ب. كيفية استخدام الموارد ، واستخدام الدواء.
ج. الالتزام بأدلة العمل الإكلينيكية المعتمدة.
د. مضاعفات ونتائج الرعاية، ومعدل الوفيات والمراضة.
ه. التطوير المهني.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقابل مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أعضاء الطاقم الطبي ويستفسر عن تقييم الأداء.
- قد يفحص مُراجع الهيئة عينة من ملفات العاملين لتقييم التطابق مع متطلبات المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. سجلات تقييم الأداء تتضمن على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. أعضاء الطاقم الطبي على دراية بمعايير تقييم الأداء.
٣. دليل على أنه تم تقييم أداء الطاقم الطبي بناءً على معايير محددة، ومنها استكمال سجلات المرضى الطبية واستخدام الأدوية.
٤. يتم استخدام نتائج تقييم الأداء في تحسين الأداء الطبي للفرد

المعايير ذات الصلة:

OGM.02: رسالة المستشفى

WFM.15: وضع عملية مستمرة لمراجعة النظراء.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مراجعة النظراء

الغرض:

تعد مراجعة النظراء نشاط ينطوي علي قيام ممارس داخلي أو خارجي محايد بتقييم حالة بهدف قياس وتقييم وتحسين الممارسة المهنية وجودة رعاية المرضى.

تُستخدم نتائج أنشطة مراجعة النظراء في تحديد الفرص التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، تحسين رعاية المرضى، وتحسين الحكم الإكلينيكي والمهارات الفنية، وتقديم المعلومات المتعلقة بتحديد الكفاءة الإكلينيكية من أجل إعادة التعيين/ التوظيف، وإعادة منح الامتيازات، وعند الضرورة لتنفيذ الإجراءات التصحيحية.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات عملية مراجعة النظراء والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. معايير محددة لإحالة الحالات الإكلينيكية إلى مراجعة النظراء.
ب. معايير محددة لإحالة الحالات الإكلينيكية إلى مراجعة النظراء الخارجية.
ج. استخدام البيانات والمعلومات الناتجة عن مراجعة النظراء في تقييم الكفاءة وتؤخذ في الاعتبار عند إعادة التعيين وإعادة منح الامتيازات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف عملية مراجعة النظراء.
- قد يستفسر مُراجع الهيئة عن عملية مراجعة النظراء أثناء جلسات مقابلة القيادات أو عمليات التتبع بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. أعضاء الطاقم الطبي على دراية بعمليات مراجعة النظراء.
٣. يتم تنفيذ عمليات مراجعة النظراء.
٤. تُستخدم نتائج/ تقارير مراجعة النظراء في إعادة التعيين وإعادة منح الامتيازات من الجهات التنظيمية ذات الصلة.

المعايير ذات الصلة:

WFM.13: الامتيازات الإكلينيكية.

هيكل تمريض منظم

WFM.16: يتم اتباع المتطلبات القانونية التي تحكم التنظيم المهني لطاقم التمريض.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

قوانين ولوائح طاقم التمريض

الغرض:

يجب على المستشفى التأكد من وجود طاقم تمريض مؤهل يتناسب بشكل ملائم مع رسالتها ومواردها واحتياجات المرضى.
طاقم التمريض مسئول عن تقديم الرعاية المباشرة للمرضى. بالإضافة إلى ذلك، تساهم رعاية طاقم التمريض في النتائج الإجمالية للمرضى.
تضمن المستشفى أن كل عضو من أعضاء طاقم التمريض مؤهلا لتقديم رعاية وعلاج بطريقة آمنة وفعالة للمرضى وذلك من خلال فهمهم القوانين واللوائح السارية التي تنطبق على طاقم التمريض والممارسات التمريضية.
تضمن المستشفى اتباع المتطلبات القانونية التي تحكم التنظيم المهني لطاقم التمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق الإطار القانوني لطاقم التمريض، ويلاحظ ممارسات طاقم التمريض من أجل التحقق من الالتزام بالقوانين واللوائح.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لدي المستشفي آلية موحدة لجمع وتوثيق الدرجات العلمية والشهادات وخبرة كل عضو من أعضاء طاقم التمريض.
٢. يتم التحقق من التعليم والتدريب والشهادات.
٣. يتم اتباع قوانين ولوائح الرعاية التمريضية.
٤. عند حدوث انتهاك لقوانين أو لوائح الرعاية التمريضية، يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.02: خطة التوظيف.

WFM.17: يوجد بالمستشفى هيكل محدد لطاقم التمريض بقيادة مدير مؤهل لطاقم التمريض.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

هيكل طاقم التمريض

الغرض:

يلعب مدير طاقم التمريض دورًا مؤثرًا في خلق بيئة عمل آمنة وصحية ومنتجة لأعضاء طاقم التمريض مما يعزز التعاون والإنتاجية والنمو المهني. يمتلك مدير طاقم التمريض الناجح المؤهلات والخبرة في الإدارة والقيادة.

وتقدم معايير ممارسة التمريض وتوضح التوقعات من الدور المهني لأعضاء طاقم التمريض، والتي تشمل نطاق ومعايير الممارسة والكفاءات ذات الصلة. وهي تعكس مستوى الأداء المرغوب والقابل للتحقيق والذي يمكن مقارنته بالأداء الفعلي لعضو طاقم التمريض. ويتمثل الدور الرئيسي لمدير طاقم التمريض في توجيه ممارسات التمريض الآمنة والفعالة والحفاظ عليها.

يجب أن يخضع طاقم التمريض المعين حديثًا وكذلك حديثي التخرج للإشراف بعد تلقيه جميع الاحتياجات التعليمية والتدريبية اللازمة لاداء وظيفته.

تحدد المستشفى بوضوح هيكل التمريض.

يجب أن تشمل مسئوليات مدير طاقم التمريض على الأقل ما يلي:

أ. مسئول عن إعداد وتنفيذ معايير مكتوبة لممارسة التمريض.

التقييم التمريضي، وخطة الرعاية التمريضية، وإعادة التقييم التمريضي والعلاجات

ب. مسئول عن تقييم فعالية العلاجات التمريضية.

ج. عضو في فريق القيادات العليا بالمستشفى ويحضر اجتماعات كبار القيادات.

د. التأكد من اتمام الجداول الزمنية والمهام المكلف بها طاقم التمريض.

تحدد المستشفى المتدربين من أعضاء طاقم التمريض ودورهم في المستشفى خلال فترة التدريب. كما يتابع المشرفون على المتدربين من طاقم التدريب ويقيمون أدائهم خلال فترة التدريب.

تضع المستشفى أدلة عمل ممارسات التمريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف هيكل طاقم التمريض. وقد يتم تقديم هذه الوثيقة أثناء العرض الافتتاحي أو جلسة مراجعة الوثائق أو جلسة مقابلة القيادات.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة ملف مدير طاقم التمريض.
- أثناء المراجعة التي تجريها الهيئة، قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع متدربي/ أعضاء طاقم التمريض ويستفسر عن أدائهم والمصادر العلمية المتاحة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد توصيف وظيفي حديث ومعتمد لمدير طاقم التمريض يصف المسئوليات كما تم تناولها في الغرض.
٢. يستوفي ملف مدير طاقم التمريض الترخيص والمؤهلات والخبرة التي يتطلبها التوصيف الوظيفي.
٣. تحدد المستشفى المتدربين من طاقم التمريض ومدة العمل تحت التدريب.
٤. الإشراف على ممارسة المتدربين من طاقم التمريض وفقا للتوصيف الوظيفي وتتم مراقبة وتقييم أدائهم.

٥. يتم تبني وتعليم معايير الممارسة التمريضية.
٦. تنفيذ معايير الممارسة التمريضية.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.16: قوانين ولوائح طاقم التمريض.

WFM.18: يوجد بالمستشفى عملية موحدة لتحديد مسئوليات الوظيفة والتكليف بمهام العمل الإكلينيكية بناءً على مؤهلات ممارسي الرعاية الصحية الآخرين وأي متطلبات تنظيمية.

--

الكلمات الرئيسية:

المسئوليات الوظيفية لممارسي الرعاية الصحية الآخرين

الغرض:

إن المستشفى مسئولة عن تحديد أنواع الأنشطة أو مجموعة الخدمات التي سيقدمها هؤلاء الأفراد في المستشفى. يمكن تحقيق ذلك من خلال الاتفاقيات أو التكليفات الوظيفية أو التوصيف الوظيفي أو بطرق أخرى. بالإضافة إلى ذلك، تحدد المستشفى مستوى الإشراف (بما يتوافق مع القوانين واللوائح الحالية)، إن وجد، على هؤلاء المهنيين.

دليل عملية المراجعة:

أثناء المراجعة التي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق الإطار القانوني لممارسي الرعاية الصحية الآخرين، ويلاحظ ممارسات متخصصي الرعاية الصحية الأخرين من أجل التحقق من الالتزام بمتطلبات المعيار وكذلك بالقوانين واللوائح.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. الاستعانة بالتراخيص والدرجات العلمية والتدريب و الخبرة الخاصة بممارسي الرعاية الصحية الآخرين عند تكليفهم بمهام العمل الإكلينيكية.
٢. تأخذ العملية في الاعتبار القوانين واللوائح ذات الصلة.
٣. تساعد هذه العملية في عملية توظيف ممارسي الرعاية الصحية الآخرين. وعند حدوث انتهاك لقوانين أو لوائح الرعاية ، يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01: قوانين ولوائح الموارد البشرية؛ WFM.02: خطة التوظيف.

WFM.19: تضمن المستشفى ساعات عمل آمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

ساعات العمل

الغرض:

تزداد أهمية الاهتمام بصحة متخصصي الرعاية الصحية وسلامتهم البدنية والنفسية عندما نأخذ في الاعتبار حقيقة أن العاملين هم أكبر تكلفة في المستشفى.

الإنهاك هو مزيج من الإرهاق والتهكم وعدم الكفاءة الملحوظة نتيجة ضغوط العمل لمدة طويلة.

لا تقتصر عواقب الإنهاك على سلامة متخصصي الرعاية الصحية البدنية والنفسية؛ بل أظهرت العديد من الدراسات أن الإنهاك المهني في الرعاية الصحية يضر برعاية المرضى.

علـى سـبيل المثـال: يرتبـط عـدد الأخطـاء الطبيـة الجسـيمة التـي يرتكبهـا جـراح بدرجـة الإنهـاك التـي يعانـي منهـا الجـراح ومـدي احتماليـة أن يكـون مُدرجـاً فـي دعـوي قضائيـة بسـبب سـوء الممارسـة.

بالنسـبة لأعضـاء طاقـم التمريـض، يرتبـط ارتفـاع مسـتويات الإنهـاك بارتفـاع معـدلات وفيـات المرضـى وانتشـار العـدوى المنقولـة عـن طريـق الرعايـة الصحية.

تضـع المستشـفى سياسـة وإجـراءات لضمـان إدارة سـاعات عمـل العامليـن بكفـاءة بهـدف تجنـب حـدوث الإنهـاك، والتـي تتنـاول علـى الأقـل مـا يلـي:

أ. اجراءات تجنب إنهاك العاملين

ب. أوقات الراحة المخططة

ج. حماية الأمومة وترتيبات الرضاعة الطبيعية

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى المعتمدة.

قد يطرح مُراجع الهيئة أسئلة حول الإجراءات المتخذة لضمان ملائمة ساعات العمل وذلك أثناء جلسة مقابلة القيادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجـد بالمستشـفى سياسـة معتمـدة لضمـان أن سـاعات العمـل آمنـة وفعالـة، وتتنـاول السياسـة جميـع العناصـر المذكـورة فـي الغـرض مـن نقطـة (أ) إلـى نقطـة (ج).

٢. العاملون على دراية بسياسة المستشفى.

٣. تضمـن جـداول العامليـن سـاعات عمـل مناسـبة وأوقـات راحـة مخططـة وحمايـة الأمومـة وترتيبـات الرضاعـة الطبيعيـة وفقًـا للقوانيـن واللوائح.

٤. عندما تتجاوز ساعات العمل الحدود المعتمدة، يتم اتخاذ إجراءات لضمان سلامة ورضاء العاملين.

المعايير ذات الصلة:

OGM.18: ثقافة مكان عمل إيجابي؛ OGM.21: صحة العاملين.

إدارة وتكنولوجيا المعلومات
Information Management and Technology

الغرض من الفصل:

إدارة المعلومات هي العملية التي يتم من خلالها تقديم المعلومات ذات الصلة إلى صناع القرار في الوقت المناسب. ويعد نظام إدارة المعلومات الفعال عنصرا حيويا في خدمة الرعاية الصحية. وتتضمن إدارة وتكنولوجيا المعلومات في المستشفيات المعلومات الإكلينيكية والإدارية وما تطلبه السلطات الهيئات الخارجية من معلومات. وترتبط الكثير من المخاطر بإدارة وتكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية. وأحد هذه المخاطر هو احتمال انتهاك سرية المعلومات الخاصة بالمريض . وسرية المعلومات الخاصة بالمريض تعني أن المعلومات الشخصية والطبية للمريض المقدمة إلى متخصص الرعاية الصحية ، يجب ألا يتم الإفصاح عنها للآخرين ما لم يعطِ المريض إذنًا محددًا بذلك. وتعد المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى شاغلاً أخلاقياً وقانونياً خاصةً مع ظهور تكنولوجيا تطبيق أنظمة المعلومات الإلكترونية.

كما يوجد خطر آخر مرتبط باستخدام الاختصارات التي قد تؤدي إلى الفهم الخاطئ وتؤثر على سلامة المرضى. أن استخدام قائمة المختصرات التي يحذر استخدامها في الأدوية ينبغي أن يسترشد بمراجع موثوقة،

ينبغي عند تنفيذ قائمة الاختصارات التي يحذر استخدامها في الأدوية أن يسترشد بمراجع موثوقة، على سبيل المثال قائمة معهد ممارسات الدواء الآمن ISMP ، علي أن تتضمن علي الأقل ما يلي:

U/IU - Q.D., QD, q. o. d., qod - MS, MSO4 - MgSO4 - No Trailing Zero - No leading Zero- Dose×-.Frequency×Duration

قد تتسبب الاختصارات في إحداث أضرار بغض النظر عن اللغة المستخدمة، كما يجب أن تحدد المؤسسات المراجع المعتمدة سواء كانت باللغة الإنجليزية أو اللغة العربية.

على المستوى العالمي، يتصاعد مفهوم إدارة وتكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية. يتزايد استخدام الذكاء الاصطناعي حيث يتم استخدام أدوات فحص أعراض المريض ونظم دعم اتخاذ القرارات الإكلينيكية على نطاق واسع. وكثير من المستشفيات تتجه إلى عدم استخدام الأوراق وتوجد شهادات خاصة مكرسة لتشجيع هذه الخطوة.

وعلى المستوى المحلي، اتخذت القوانين واللوائح المصرية خطوات كبيرة مؤخرًا لدعم المعاملات الإلكترونية حيث تم إصدار قانون التوقيع الإلكتروني، وتمت الموافقة على الدفع الإلكتروني. ومن المتوقع صدور قانون جديد بشأن خصوصية البيانات.

من الناحية العملية، تحتاج المستشفيات إلى توفير الموارد اللازمة لتنفيذ نظام إدارة المعلومات الذي يضمن سلامة المرضى واستمرارية الرعاية وأمن وسرية المعلومات.

أثناء عملية المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب أن يكون المُراجعون قادرون على قياس كيفية تنفيذ المؤسسات لنظم وتقنيات إدارة المعلومات من خلال مراجعة الوثائق المتعلقة بهذا الفصل، وإجراء عمليات تتبع المرضى ويجرون وعقد/إجراء مقابلات مع العاملين. وقد تتناول جلسة مقابلة القيادات هذا الموضوع أيضًا.

الهدف من الفصل:

يتناول هذا الفصل المفاهيم الرئيسية لإدارة المعلومات بالمستشفى:

أ. عمليات إدارة المعلومات الفعالة.
ب. الحفاظ على سرية وأمن المعلومات.
ج. توافر سجل المريض الطبي.
د. تكنولوجيا المعلومات الفعالة في الرعاية الصحية.

يجب تطبق المعايير الواردة في هذا الفصل على البيانات والمعلومات الورقية والإلكترونية.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجـب قـراءة أي مرجـع مذكـور مـن المراجـع التاليـة مـع الأخـذ فـي الاعتبـار بنـوده وشـروطه وبدائلـه وتعديلاتـه وتحديثاتـه وملحقاتـه.)

لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨

لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (مطبوعات نقابة التمريض)

وزارة الصحة- الإدارة العامة للتفتيش الفني. الأداة الإدارية

قرار وزارة المالية ٢٠٠٩/٢٧٠: قائمة المحفوظات الحكومية

قرار وزارة المالية ٢٠١٩/١٨: الدفع غير النقدي

قرار وزارة الصحة رقم ٢٠٠١/٢٥٤ بشأن متطلبات تقرير الخروج من المستشفى

قرار وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات ٢٠٠٥/١٠٩: التوقيع الإلكتروني.

قانون ١٩٦٠/٣٥ بشأن الإحصاء والتعداد الوطني

قانون ٢٩١٥ لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

إعلان جدة بشأن سلامة المرضى ٢٠١٩

لائحة قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة ١٩٩٦ HIPAA Regulations

معهد ممارسات الدواء الآمن ISMP: قائمة الاختصارات والرموز وتعيينات الجرعة التي تنطوي على حدوث أخطاء

إقرارات الموافقة المصرية.

عمليات إدارة المعلومات الفعالة

IMT.01: تتم عمليات إدارة المعلومات وفقا للقوانين واللوائح المعمول بها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عمليات إدارة المعلومات

الغرض:

تتناول القوانين واللوائح المصرية الموضوعات المتعلقة بعملية إدارة المعلومات وتشمل السرية، وإفشاء معلومات المريض، وفترة الاحتفاظ بالوثائق، ورفع تقارير/الإبلاغ عن معلومات محددة إلى الهيئات الرقابية والتنظيمية، ...إلخ.

يجب على المستشفى بذل الجهود اللازمة واتخاذ خطوات للامتثال إلى القوانين واللوائح ذات الصلة في مجال إدارة المعلومات.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة تفاعلية مع العاملين حيث يطلب إثبات امتثال عملية إدارة المعلومات إلى متطلبات القانون واللوائح، ويلي ذلك مراجعة الوثائق ذات الصلة، والتي تتضمن الاستجابة إلى التقارير المطلوبة من الهيئات الرقابية والتنظيمية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. قيادات المستشفى والعاملون المسئولون عن إدارة المعلومات على دراية بمتطلبات القانون واللوائح.
٢. تقوم المستشفى بتخزين جميع السجلات والمعلومات وفقًا للقانون واللوائح.
٣. تستجيب المستشفى في الوقت المناسب لأي تقارير مطلوبة من الهيئات الرقابية والتنظيمية.
٤. عند تحديد الفجوات، يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل الامتثال إلى القانون واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

IMT.02: خطة إدارة المعلومات.

IMT.02: خطة إدارة المعلومات تلبي الاحتياجات من المعلومات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة إدارة المعلومات

الغرض:

تتضمن خطة المعلومات تحديد احتياجات الأقسام المختلفة من المعلومات وتنفيذ عملية لتلبية تلك الاحتياجات.

تهدف خطة المعلومات إلى تقديم معلومات دقيقة ومفيدة وشاملة و في الوقت المناسب من أجل المساعدة في عملية صنع القرار المبني على المعلومات.

تضع المستشفي نظام إدارة المعلومات بما يلبي احتياجاتها المحددة.

يعتمد وضع خطة معلومات فعالة إلي :

أ. الاحتياجات من المعلومات المحددة من قبل قيادات المستشفي الإدارية والأكلينيكية .
ب. احتياجات ومتطلبات السلطات والجهات الخارجية من المعلومات.
ج. حجم ونوع الخدمات التي تقدمها المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة لخطة إدارة المعلومات، ويلي ذلك التحقق من تنفيذ

الخطـة مـن خـلال عقد مقابلـة تفاعليـة مـع العامليـن لإثبـات عمليـة تقييـم الاحتياجـات مـن المعلومـات والإجـراءات المتخـذة لتلبيـة الاحتياجـات المحـددة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. قامت قيادات المستشفى بإجراء تقييم الاحتياجات من المعلومات.
٢. توجد خطة معلومات فعالة لدي قيادات المستشفى والتي تشمل النقاط من (أ) إلى (ج) المذكورة في الغرض.
٣. تضمن قيادات المستشفى اتخاذ الإجراءات لتلبية الاحتياجات المحددة من المعلومات.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01: عمليات إدارة المعلومات؛ OGM.07: التخطيط الاستراتيجي؛ OGM.08: التخطيط التشغيلي.

نظام إدارة جودة فعال

IMT.03: عمليات إعداد واعتماد وتتبع ومراجعة وثائق نظام إدارة الجودة لوظائف المستشفى الرئيسية تتسم بالفاعلية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

وثائق نظام إدارة الجودة

الغرض:

إن وجـود طريقـة موحـدة ومتسـقة لإعـداد واعتمـاد وتتبـع ومراجعـة وثائـق نظـام إدارة الجـودة (مثـل السياسـات والخطـط والبرامـج والإجـراءات وغيرهـا) يمنـع الازدواجيـة والتناقـض والحـذف وسـوء الفهـم والتفسـيرات الخاطئـة.

نظـام تتبـع الإصـدار والتغييـرات يتيـح للعامليـن سـهولة تحديـد السياسـات والإجـراءات ذات الصلـة ويضمـن تعريـف العامليـن بالسياسـات التـي تـم تغييرهـا.

تحدد المستشفى وظائفها الرئيسية التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:

i. خدمات الطوارئ
ii. التقييم
iii. الدخول
iv. الإحالة
v. الخروج
vi. المشتريات

تضع المستشفى سياسة وإجراءات لنظام التحكم بالوثائق ، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. تنسيق موحد
ب. نظام تحكم بالوثائق لتتبع الإصدارات وتتبع التغييرات.
ج. يسـمح النظـام بتعريـف كل وثيقـة عـن طريـق العنـوان، وتاريـخ الإصـدار و/ أو تاريـخ النشـر و/ أو تاريـخ المراجعـة الحاليـة، وعـدد الصفحـات، والشـخص الـذي أذن بإصـدار الوثيقـة و/ أو راجعهـا، وتحديـد التغييـرات بالنسـخة.
د. السياسات المطلوبة متوفرة وموزعة على العاملين المعنيين.
ه. يفهم العاملون كيفية الوصول إلى السياسات المتعلقة بمسئولياتهم.
و. التخلص من الوثائق.
ز. مراجعة السياسات.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة السياسـة، ويلـي ذلـك التحقـق مـن تنفيـذ السياسـة مـن

خلال مراجعة الوثائق ذات الصلة والتي تتضمن سياسات وإجراءات المستشفى (للتأكد من انها ذات تنسيق موحد، وبها نظام تتبع، واسم المعتمِد مُحدد ، تاريخ الإصدار، علي أن يتم مراجعتها مرة كل ثلاث سنوات علي الأقل).

- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بعملية وضع واعتماد وتتبع ومراجعة السياسات، ودرايتهم بإمكانية الوصول إلى السياسات ذات الصلة وتتبع التغييرات في السياسات وقف العمل بالوثائق

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى وثيقة معتمدة تتناول على الأقل النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (ز) للوظائف الرئيسية على الأقل.
٢. قيادات المستشفى ورؤساء الخدمات والقائمين بالعمليات المعنيين على دراية بهذه السياسة.
٣. يستطيع العاملون الوصول إلى الوثائق المتعلقة بمسئولياتهم.
٤. الإصدارات الأخيرة المحدثة من الوثائق فقط هي التي يمكن الوصول إليها وموزعة على العاملين
٥. مراجعة السياسات كل ثلاث سنوات على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

IMT.02: خطة إدارة المعلومات.

IMT.04: (NSR.12) تحدد المستشفى أكواد موحدة للتشخيص والإجراءات، والتعريفات، والرموز، والاختصارات.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

الاختصارات

الغرض:

عادة ما تُستخدم الأكواد والرموز والاختصارات **لكتابة** كلمات كثيرة في مساحة صغيرة.
قد يتسبب هذا الأمر في سوء التواصل بين متخصصي الرعاية الصحية واحتمالية حدوث أخطاء في رعاية المرضى.
تضع المستشفى سياسة وإجراءات خاصة بالأكواد والرموز والاختصارات المعتمدة والممنوعة وفقًا لنطاق خدمات المستشفى ولغة التواصل الرسمية المعتمدة داخل المستشفى، و تتناول السياسة على الأقل ما يلي:
قائمة الرموز/ الاختصارات المعتمدة.

أ. قائمة الرموز/ الاختصارات التي يجب عدم استخدامها. :
ب. إن تطبيق قائمة الاختصارات التي يُحظر استخدامها والمتعلقة بالأدوية يسترشد بمراجع موثوقة مثل قائمة معهد ممارسات الدواء الآمن (ISMP) والتي تتضمن على الأقل ما يلي:
   - U/IU
   - .Q.D
   - QD
   - .q. o. d
   - qod
   - MS
   - MSO4
   - MgSO4
   - No Trailing Zero
   - No leading Zero
ج. الاختصارات المكتوبة بلغة غير اللغة الإنجليزية والكتابة اليدوية غير المقروءة.

د. الحـالات التـي يجـب فيهـا عـدم اسـتخدام الرمـوز والاختصـارات (حتـى القائمـة المعتمـدة)، مثـل الموافقـة المبنيـة علـى المعرفـة وأي سـجل يتلقـاه المرضـى وأسـرهم مـن المستشـفى بشـأن رعايـة المريـض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الاختصارات بالمستشفى.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بمراجعـة عـدد مناسـب مـن السـجلات الطبيـة (مـا لا يقـل عـن عشـرة سـجلات) للتحقـق مـن الاختصـارات المسـتخدمة فـي طلبـات الأدويـة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلات مع الطاقم الطبي للتحقق من درايتهم بالاختصارات المحظورة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (د).
٢. جميع العاملين الذين يكتبون في يقومون بالتسجيل في سجل المريض الطبي على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. تتطابق الأكواد المعتمدة مع تلك التي تقدمها السلطات الصحية و/ أو الطرف الثالث القائم بالدفع.
٤. لا تسـتخدم الرمـوز والاختصـارات (حتـى القائمـة المعتمـدة) فـي الموافقـة المبنيـة علـى المعرفـة وأي سـجل يتلقـاه المرضـى والأسـر مـن المستشـفى بشـأن رعايـة المريـض.

المعايير ذات الصلة:

MMS.11: طلب ووصف ونسخ الدواء، الاختصارات والرموز؛ ICD.17: الأوامر والطلبات.

سرية وأمن المعلومات المتمركزة حول المريض

IMT.05: الحفاظ علي سرية البيانات والمعلومات.

تقديم الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

سرية وأمن البيانات والمعلومات

الغرض:

يُعَرف أمن المعلومات بأنه حماية المعلومات ونظم المعلومات من الوصول غير المسموح به إلي المعلومات أو استخدامها أو الإفصاح بها أو تعطيلها أو تعديلها أو إتلافها.

ويتحقق أمن المعلومات من خلال ضمان سرية وسلامة وإتاحة المعلومات.

السرية هي خاصية أن تكون المعلومات الصحية غير قابلة للإتاحة أو الإفصاح للأشخاص أو العمليات الغير مصرح لها بذلك

سلامة المعلومات هي خاصية أن تكون المعلومات الصحية غير قابلة للتغيير أو التلف في الأوضاع التي لا يُسمح فيها بذلك

الإتاحة تعني خاصية أن تكون المعلومات الصحية قابلة للوصول والاستخدام عند الطلب بواسطة شخص مصرح له بذلك.

تحدد المستشفى الأشخاص المصرح لهم بالاطلاع على المعلومات الصحية وإدارتها كما تُوضح كيف ومتي يتم توفير المعلومات الصحية إلى المرضى أو مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى والعمل علي تحسين ذلك.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات لضمان سرية وأمن المعلومات، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. تحديد من يمكنه الوصول إلى أي نوع من البيانات والمعلومات.
ب. الظروف التي يتم بموجبها منح حق الوصول إلى المعلومات.
ج. اتفاقيات السرية مع جميع الأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى بيانات المرضى.
د. الإجراءات الواجب اتباعها في حالة انتهاك سرية أو أمن المعلومات.

يلتزم جميع العاملين بسرية وأمن المعلومات؛ من خلال التوقيع على اتفاقية اقرار بالفهم الكامل لكل التفاصيل الواردة بسياسات واجراءات سرية المعلومات وكذلك فهمهم لمسئولياتهم

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة، ويلي ذلك التحقق من التنفيذ من خلال مراجعة الوثائق ذات الصلة مثل قائمة الأشخاص المصرح لهم بالوصول إلى سجل المريض الطبي واتفاقية السرية الموقعة في الملف الشخصي لكل موظف.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة تنفيذ إجراءات السرية ومنها تخزين سجلات المرضى الطبية في مكان يكون الوصول إليه محدوداً، واستخدام كل موظف لكلمة مرور، وأن العاملين لا يمكنهم الوصول إلى معلومات غير متعلقة بوظيفتهم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين لتقييم درايتهم بإجراءات السرية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (د).
٢. جميع العاملين على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. توجد قائمة بالأشخاص المصرح لهم بالوصول إلى سجل المريض الطبي.
٤. لا يُسمح بالوصول إلى سجل المريض الطبي إلا للأشخاص المصرح لهم.
٥. توجد اتفاقية سرية موقعة في الملف الشخصي لكل موظف.
٦. لإجراءات تُتبع في حالة انتهاك سرية أو أمن المعلومات.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ ACT.08: مسئولية رعاية المريض.

IMT.06: حماية معلومات وسجلات المرضى الطبية من الضياع والتدمير والعبث والوصول إليها أو استخدامها بدون تصريح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

سلامة البيانات والمعلومات

الغرض:

إن سلامة البيانات أحد الجوانب المهمة في تصميم وتنفيذ واستخدام أي نظام معلومات يقوم بتخزين البيانات أو معالجتها أو استرجاعها لأنها تعكس الحفاظ على البيانات والتأكد من دقتها واتساقها طوال فترة التعامل معها.

إن أي تغييرات غير مقصودة في البيانات نتيجة عملية التخزين أو الاسترجاع أو المعالجة، بما في ذلك التعطيل المُتعمَد وتعطل الأجهزة غير المتوقع والخطأ البشري، هي إخفاق في الحفاظ على سلامة البيانات.

يجب حماية معلومات وسجلات المرضى الطبية في جميع الأوقات وفي جميع الأماكن، ويشمل ذلك حمايتها من الماء أو الحريق أو غيرها من أسباب التلف وكذلك حمايتها من الوصول غير المصرح به.

يجب تحديث السياسات الأمنية، ويجب تقليل احتمالية و/ أو تأثير الوصول إلى المعلومات الصحية الإلكترونية أو استخدامها أو إفشاءها أو تعطيلها أو تعديلها أو إتلافها بطريقة غير مصرح بها.

إن منطقة تخزين السجلات الطبية يجب أن تنفذ الإجراءات اللازمة لضمان حماية السجلات الطبية، على سبيل المثال: التحكم في الحصول عليها و نوع طفايات الحريق المناسب.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة مع العاملين من أجل تقييم عملية حماية المعلومات من الفقد والتدمير والعبث والوصول أو الاستخدام غير المصرح به.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة إجراءات حماية سجلات المرضى الطبية والتي تتضمن النوع المناسب من طفايات الحريق

فـي الأرشـيف ومنطقـة التخزيـن ومناطـق الكمبيوتـر.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تأمين السجلات والمعلومات الطبية وحمايتها في جميع الأوقات.
٢. يتم تأمين السجلات والمعلومات الطبية في جميع الأماكن، ومنها أماكن رعاية المرضى وقسم السجلات الطبية.
٣. تنفذ منطقة التخزين الخاصة بقسم السجلات الطبية إجراءات لضمان سلامة المعلومات الطبية.
٤. عند تحديد مشكلة تتعلق بسلامة البيانات والمعلومات، يجب اتخاذ إجراءات للحفاظ على السلامة.

المعايير ذات الصلة:

IMT.05: سرية وأمن البيانات والمعلومات.

IMT.07: تحديد وقت الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات وفقا للقوانين واللوائح المعمول بها.

دقة التوقيت

الكلمات الرئيسية:

الاحتفاظ بالبيانات والمعلومات

الغرض:

نظـرًا لأن السـجلات والبيانـات والمعلومـات الطبيـة تلعـب دورا هامـاً فـي رعايـة المرضـى، والتوثيـق القانونـي، واسـتمرارية الرعايـة الأبحـاث والتعليـم، يتعيـن علـى المستشـفى الاحتفـاظ بهـا لفتـرة كافيـة مـن الوقـت.

إن سياسـات الاحتفـاظ بمختلـف البيانـات تُقـدر الأمـور القانونيـة و الخصوصيـة مقابـل الأمـور الاقتصاديـة والأمـور المتعلقـة بمـا يجـب معرفتـه وذلـك عنـد تحديـد مـدة الحفـظ وقواعـد الأرشـفة وتنسـيقات /تصميمـات البيانـات ووسـائل التخزيـن والوصـول والتشـفير المسـموح بهـا.

تضع المستشفى وتنفذ سياسة وإجراءات بشأن الاحتفاظ بالبيانات والمعلومات، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. مدة الحفظ لكل نوع من أنواع الوثائق.
ب. لابد من الحفاظ على سرية المعلومات طوال مدة الحفظ.
ج. شـروط الاحتفـاظ بالوثائـق وقواعـد الأرشـفة وتنسـيقات /تصميمـات البيانـات ووسـائل التخزيـن والوصـول والتشـفير المسـموح بهـا.
د. إجراءات إتلاف/التخلص من البيانات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وقت الاحتفاظ السياسة الخاصة بمدة الحفظ.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة قائمة وقت الاحتفاظ بالأنواع المختلفة من المعلومات.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بإجـراء مقابلـة مـع العامليـن ويطلـب منهـم عرض/توضيـح عمليـة الاحتفـاظ بالسـجلات وإتلافهـا و/ أو التخلـص مـن السـجلات والبيانـات والمعلومـات.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة سجل/ دفتر إتلاف الوثائق و/ أو التخلص منها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (د).
٢. جميع العاملين على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. الحفاظ على سرية المعلومات خلال فترة الاحتفاظ.
٤. أرشفة البيانات وفقا للسياسة.
٥. إتلاف و/ أو التخلص من السجلات والبيانات والمعلومات وفقًا للقوانين واللوائح والسياسات والإجراءات.

المعايير ذات الصلة:

IMT.05: سرية وأمن البيانات والمعلومات؛ IMT.03: وثائق نظام إدارة الجودة.

توافر المعلومات الخاصة بالمريض

IMT.08: تتم إدارة سجل المريض الطبي بشكل فعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

إدارة سجل المريض الطبي

الغرض:

بدون بنية موحدة لسجل المريض الطبي، سيكون لكل متخصص رعاية صحية طريقته الخاصة في التسجيل ، وستكون النتيجة النهائية هي عدم توافق الأنظمة وعدم القدرة على مشاركة المعلومات.

كل مريض يخضع للتقييم أو العلاج في المستشفى يكون له سجل طبي.

ويخصص لكل سجل رقم مميز خاص بالمريض، ويستخدم للربط بين المريض و سجله الصحي.

إن وجود ملف واحد برقم مميز يمكّن المستشفى من تحديد سجل المريض الطبي بسهولة ومن توثيق رعاية المريض على مدار الوقت

يجب أن تكون محتويات وترتيب سجل المريض الطبي موحدة

الهدف الرئيسي من وضع بنية موحدة لسجل المريض الطبي هو تسهيل الوصول إلى البيانات والمعلومات من أجل تقديم رعاية أكثر فعالية وكفاءة للمريض.

تكون سجلات المرضى الطبية متاحة لمساعدة متخصص الرعاية الصحية في الوصول إلى معلومات المريض بشكل سريع وأيضًا لتعزيز استمرارية الرعاية ورضا المريض.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات تتناول على الأقل ما يلي:

أ. إدارة مسار حركة السجل الطبي: فتح سجل المريض الطبي، إنشاء وسائل تعريف مميزة للمريض، وطريقة تتبع السجلات الطبية ، وتخزينها، وإتاحتها عندما يحتاجها متخصص الرعاية الصحية.

ب. توحيد محتويات وترتيب السجل الطبي.

ج. توحيد طريقة استخدام السجل الطبي.

د. إصدار سجل المريض الطبي.

ه. إدارة سجل المريض الطبي ذو المحتوي الكبير.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة ثم يتحقق من تنفيذ العملية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة أن السجل الطبي لكل مريض له وسيلة تعريف مميزة لكل مريض، كما قد يتحقق من محتويات السجل الطبي التنسيق المستخدم ومكان المدخلات ودفتر حركة السجلات الطبية.
- قد يلاحظ مُراجع الهيئة مدي إتاحة سجلات المرضى الطبية عندما يحتاجها متخصص الرعاية الصحية، وأنها تحتوي على أحدث المعلومات في إطار زمني مناسب.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين لتقييم درايتهم بإدارة سجل المريض الطبي بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين الذين يستخدمون سجل المريض الطبي على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. فتح سجل المريض الطبي باستخدام وسيلة تعريف مميزة لكل مريض يخضع للتقييم أو العلاج.

٤. محتويات التنسيق المستخدم ومكان مدخلات سجل المريض الطبي موحدة.
٥. سجل المريض الطبي مُتاح عندما يحتاجه متخصص الرعاية الصحية.

المعايير ذات الصلة:

IMT.03: وثائق نظام إدارة الجودة؛ IMT.05: سرية وأمن البيانات والمعلومات؛ IMT.06: سلامة البيانات والمعلومات؛ IMT.07: الاحتفاظ بالبيانات والمعلومات.

إدارة سجل المريض الطبي بشكل فعال

IMT.09: تتم مراجعة سجل المريض الطبي بشكل فعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مراجعة السجلات الطبية

الغرض:

تتأكد المستشفى من خلال مراجعة السجلات الطبية من أنها دقيقة ومحدثة وذات أهمية من الناحية الإكلينيكية وكاملة ومتاحة بسهولة لضمان استمرار رعاية المرضى

وتوصي المتطلبات الطبية القانونية البحوث الطبية باتخاذ إجراءات عند حدوث مشكلات تتعلق بالسجلات الطبية وبخدمة حفظ الملفات الطبية

تضع المستشفى سياسة وإجراءات لتقييم محتوى ومدي اكتمال سجل المريض الطبي وإستيفاؤه، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

أ. مراجعة عينة ممثلة لجميع الخدمات.
ب. مراجعة عينة ممثلة لجميع التخصصات/ العاملين.
ج. إشراك ممثلين عن جميع التخصصات ممن يضيفون مدخلات في سجل المريض الطبي.
د. مراجعة اكتمال ووضوح المدخلات.
ه. تتم المراجعة مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل.
و. أخذ عينات عشوائية واختيار حوالي ٥٪ من سجلات المرضى الطبية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مراجعة سجل المريض الطبي.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين لتقييم درايتهم بعملية مراجعة سجل المريض الطبي.
- قد يتحقق مُراجع الهيئة من نتائج عملية المراجعة والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) حتى نقطة (و).
٢. جميع العاملين الذين يستخدمون سجل المريض الطبي على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. يتم رفع تقرير بنتائج المراجعة إلى قيادات المستشفى.
٤. يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الحاجة. لذلك.

المعايير ذات الصلة:

IMT.03: وثائق نظام إدارة الجودة؛ IMT.04: الاختصارات؛ IMT.05: سرية وأمن البيانات والمعلومات؛ IMT.06: سلامة البيانات والمعلومات.

تكنولوجيا المعلومات الفعالة في الرعاية الصحية

IMT.10: يتم تقييم واختبار أنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية قبل التنفيذ من حيث جودة الخدمة وسلامة المرضى.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

تقييم تكنولوجيا المعلومات الصحية

الغرض:

إن تطبيق نظم تكنولوجيا المعلومات الصحية قد يُسهل مسار العمل، ويُحسن جودة رعاية المرضى وسلامة المرضى.

إن اختيار تطبيق نظم تكنولوجيا المعلومات الصحية يتطلب التنسيق بين جميع الأطراف المعنية لضمان تحقيق التكامل بين جميع العمليات المتفاعلة بشكل ملائم .

بعد التطبيق ، يجب أن يتم تقييم قابلية الاستخدام وفاعلية النظام باستمرار.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مقابلة تفاعلية مع العاملين حيث يطلب عرض/توضيح عملية اختيار تطبيق وتقييم نظم تكنولوجيا المعلومات، ثم يتحقق من تنفيذ العملية من خلال مراجعة الوثائق ذات الصلة، والتي تشمل نتيجة تقييم النظام.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. الأطراف المعنية بنظام تكنولوجيا المعلومات الصحية يشاركون في اختيار تطبيق وتقييم نظم تكنولوجيا المعلومات.
٢. يتم تقييم واختبار نظم تكنولوجيا المعلومات الصحية قبل التطبيق.
٣. يتم تقييم نظم تكنولوجيا المعلومات الصحية بعد التنفيذ للتأكد من قابليتها للاستخدام وفاعليتها ومراعتها لسلامة المرضى.
٤. عند تحديد مشاكل تتعلق بسلامة المرضى، يتم اتخاذ الإجراءات للحفاظ على السلامة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.02: الرعاية المتعددة التخصصات المتمركزة علي المريض

IMT.11: يتم اختبار وتقييم الاستجابة إلى أوقات تعطل نظم البيانات المخطط لها والغير المخطط لها.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

أوقات تعطل نظم البيانات

الغرض:

وقت التعطل هو أي حدث يكون فيه نظام تكنولوجيا المعلومات الصحية غير متاح أو يتعطل عن العمل كما هو محدد له.

ربما تتم جدولة وقت التعطل (يكون مخطط له) لأغراض الصيانة أو تحديث النظام أو يكون غير مخطط له بسبب عُطل غير متوقع.

قد تهدد هذه الأحداث بشكل كبير تقديم الرعاية بشكل آمن وربما تعوق سير عمليات التشغيل بالمستشفى بالإضافة إلى خطر فقدان البيانات.

تضع المستشفى وتنفذ برنامج لضمان استمرارية عمليات رعاية المرضى الآمنة خلال فترة التعطل المخطط له وغير المخطط له، ويشمل ذلك توفر النماذج الورقية البديلة والموارد الأخرى المطلوبة.

يتضمن البرنامج عملية عملية استعادة النظام للعمل بشكل طبيعي حين حدوث عطل من وقت التعطل وذلك لضمان سلامة البيانات.

يتلقى جميع العاملين تدريبا علي الإنتقال إلي حالة تعطل النظام من أجل الاستجابة الفورية لاحتياجات رعاية المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق لبرنامج وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له، ثم يتحقق من تنفيذ العملية من خلال مراجعة الوثائق ذات الصلة، والتي تتضمن مسار العمل في الأقسام وإرشادات العمل أثناء وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له، والمخزون من النماذج المطلوب استخدامها أثناء وقت التعطل، ونتائج اختبار البرنامج السنوي.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بإجراء مقابلة مع العاملين لتقييم درايتهم بالاستجابة إلى وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد برنامج استجابة إلى وقت التعطل المخطط له وغير المخطط له.
٢. يتضمن البرنامج عملية عملية استعادة النظام للعمل بشكل طبيعي حين حدوث عطل من وقت التعطل.
٣. العاملون مُدربون على الاستجابة إلى برنامج تعطل النظام
٤. تختبر المستشفى البرنامج مرة على الأقل سنوياً من أجل ضمان فاعليته.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01: عمليات إدارة المعلومات؛ IMT.02: خطة إدارة المعلومات؛ IMT.10: تقييم تكنولوجيا المعلومات الصحية.

IMT.12: تحديد عملية النسخ الاحتياطي للبيانات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

النسخ الاحتياطي للبيانات

الغرض:

النسخ الاحتياطي للبيانات هو نسخة من البيانات المخزنة في مكان منفصل عن المكان الأصلي، والتي ربما تُستخدم لاستعادة النسخة الأصلية في حال فقدان البيانات. لذا، فإن وجود نسخة احتياطية يعد أمراً أساسياً لحماية البيانات. يجب إجراء النسخ الاحتياطي بانتظام لمنع فقدان البيانات. قد تُحفظ النسخ الاحتياطية من البيانات داخل أو خارج المستشفى. وفي كلتا الحالتين، تضمن المستشفى أن معلومات النسخ الاحتياطية آمنة **مُؤمَنة** ويمكن الوصول إليها بواسطة من هم مسموح لهم بذلك فقط لاستخدامها باستخدامها لاستعادة البيانات المفقودة.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة العملية من خلال توجيه أسئلة للأطراف المعنية، والتحقق من تنفيذ عملية النسخ الاحتياطي للبيانات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية نسخ احتياطي للبيانات وتتضمن نوعية البيانات، ومعدل تكرار النسخ الاحتياطي، ومكان النسخ الاحتياطية.
٢. يتم إجراء النسخ الاحتياطي على أساس جدول محدد لتلبية متطلبات المستخدم.
٣. وضع جداول الجداول الزمنية للنسخ الاحتياطي لجميع الأنظمة الجديدة ويتم اختبار استعادة البيانات.
٤. تأمين النسخ الاحتياطي للبيانات أثناء الأخذ والنقل والتخزين والاسترجاع.
٥. مراجعة سجل النسخ الاحتياطي بانتظام لتحديد الاستثناءات/ الأعطال.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01: عمليات إدارة المعلومات؛ IMT.02: خطة إدارة المعلومات؛ IMT.10: تقييم تكنولوجيا المعلومات الصحية.

الجودة وتحسين الأداء
Quality and Performance Improvement

الغرض من الفصل:

من الضروري أن يوجد بالمؤسسات إطار عمل لدعم أنشطة التحسين المستمر وإدارة المخاطر. وهذا يتطلب دعم القيادات، ووجود عمليات راسخة، والمشاركة الفعالة من جميع رؤساء الأقسام والعاملين. ويعد تحسين الأداء وإدارة المخاطر جزءًا من الخطة الاستراتيجية وخطة الأقسام التشغيلية على حد سواء.

على المستوى العالمي، فإن المستشفيات تبنت وعدلت ووضعت أدوات التحسين من أجل المساعدة في تعزيز الخدمات المقدمة للمرضى. وكانت الممرضة فلورنس نايتنجيل واحدة من رواد تحسين جودة الرعاية الصحية، كذلك الدكتور أفيديس دونابيديان مؤسس دراسة جودة الرعاية الصحية وأبحاث النتائج الطبية. وتم استخدام منهجيات متعددة لتحسين الجودة في المستشفيات مثل: نموذج ديمينج "خطِّط- نفذ- تحقق- صحِح" (PDCA)، ومنهجية التحسين (FOCUS PDCA)، ومنهجية ستة سيجما (Six Sigma)، ومنهجية لين (Lean)، وغيرها.

على المستوى المحلي، اعتمدت وزارة التخطيط المصرية جائزة التميز من المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة EFQM award من أجل تعزيز ممارسات الجودة بين الجهات الحكومية. وشاركت بعض المستشفيات المصرية في مؤتمرات دولية بمشاريع Six Sigma وFOCUS PDCA. وفي عام ٢٠١٣، أصدرت هيئة التأمين الصحي ما يعرف بدليل مؤشرات أداء المستشفيات.

ومن الناحية العملية، تحتاج المستشفيات إلى التمسك بثقافة التحسين المستمر. ومعايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لا تفرض أداة تحسين محددة ولا مقاييس متابعة أداء محددة، ولكنها تطلب وجود حد أدنى من مؤشرات المتابعة. ومن بين فرص التحسين العديدة، ألقت معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الضوء على أهمية تحسين رحلة المريض وسلاسل الإمداد. ومن المهم أن يفهم كل فرد في المستشفى دوره في تحسين جودة وسلامة الرعاية الصحية، من خلال التركيز على دعم القيادات، والمدخلات والمشاركة على مستوى القسم، القياسات وجمع البيانات، والتحسين المُستدام. ويجب أن يكون تطبيق المعايير وفقًا للقوانين واللوائح المصرية المعمول بها.

أثناء المراجعة الذي تجريها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، سوف يجتمع المُراجعون مع القيادات ورؤساء الأقسام والعاملين لمناقشة جوانب ومبادرات ومشاريع الجودة وتحسين الأداء. وقد يجري المُراجعون عمليات تتبع بهدف التحقق من اختيار البيانات وجمعها وتحليلها والوسائل المستخدمة في متابعة مشاريع التحسين وتأثير المشروعات على تحسين أبعاد الجودة.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو ضمان أن المستشفيات توفر برنامج تحسين أداء فعال. ويناقش الفصل الأهداف التالية:

- دعم القيادة الفعال
- المشاركة الفعالة للأقسام.
- القياس الفعال للأداء والإدارة الفعالة للبيانات.
- التحسين المُستدام الفعال.

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية مع الأخذ في الاعتبار بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. دليل وزارة الصحة للجودة والسلامة، ٢٠١٩

٢. دليل مؤشرات أداء المستشفى، هيئة التأمين الصحي، ٢٠١٣
٣. جائزة التميز من المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة www.Egea.gov.eg
٤. قانون ١٩٦٠/٣٥ بشأن الإحصاء والتعداد الوطني
٥. قانون ١٩٦٤/٢٩١٥ بشأن إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

دعم القيادة الفعال

QPI.01: يحكم برنامج إدارة الجودة لجنة (لجان) متعددة التخصصات معنية بتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

لجنة (لجان) الجودة

الغرض:

لجنة تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر مسئولة عن الإشراف وتقديم التوصيات إلى مجلس الإدارة بشأن المسائل المتعلقة بفعالية وكفاءة ملائمة سلامة وجودة وإدارة مخاطر الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى.

يهدف الإشراف إلى تحسين الأداء والحوكمة وفعالية المستشفى وضمان توجيه وإدارة الخطة على أساس يومي.

تُشكل المستشفى لجنة متعددة التخصصات لتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر بعضوية مدير المستشفى بصفته رئيس للجنة.

تقوم اللجنة بصياغة ثقافة جودة المنشأة من خلال اختصاصات تشمل على الأقل:

أ. التأكد من مشاركة جميع مجالات الرعاية المحددة.
ب. تحديد أولويات التحسين على مستوى المؤسسة.
ج. التأكد من مراقبة جميع القياسات المطلوبة بما في ذلك معدل تكرار جمع البيانات.
د. مراجعة تحليل البيانات المجمعة.
ه. اتخاذ إجراءات استجابة لمشاكل تحسين الأداء أو سلامة المرضى التي تم تحديدها.
و. رفع تقرير بالمعلومات إلى مجلس الإدارة وقيادات المستشفى وإلى العاملين المعنيين بشأن بيانات الأداء وأنشطة تحسين الجودة.
ز. تقييم أداء اللجنة سنويا.

إن عقد اجتماعات دورية يساعد على تقديم المعلومات والتغذية الراجعة المطلوبة حول الخطط والأنشطة. كما يساعد على تحسين التعاون، وإتاحة الفرصة للتطور كفريق، والامتثال إلى متطلبات القوانين واللوائح.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة تفاعلية مع قيادات المستشفى وأعضاء اللجنة (اللجان) من أجل تحديد نهج القيادة بشأن تحسين جودة الرعاية والتحسين المستمر.
- قد تتناول المناقشة دور اللجنة ومسئوليات أعضائها، واختيار الإجراءات، ورفع التقارير، ومراجعة محاضر الاجتماعات، وتوصيات خطط عمل مشاريع التحسين المختارة، وتأثيرها على مستوى الجودة والسلامة بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد لجنة متعددة التخصصات لإدارة تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر تلتزم بالقوانين واللوائح ذات الصلة ويشمل ذلك النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. توجد وثيقة تكليف رسمية لرئيس اللجنة المعين الذي يترأس اجتماعات اللجنة ويشارك فيها مشاركة نشطة.
٣. تجتمع اللجنة في مواعيد محددة سلفا وتُسجل مناقشة جدول الأعمال وتُسجل توصياتها.
٤. تُقيم اللجنة أدائها سنوياً.

المعايير ذات الصلة:

OMG.06: تشكيل اللجنة؛ PCC.02: تمركز الخدمات ذات التخصصات المتعددة حول المريض؛ IPC.03: اجتماعات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى.

QPI.02: توجد خطة لتحسين الأداء وسلامة المرضى على مستوى المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة الجودة

الغرض:

إن تحسين الأداء عملية مستمرة تساعد المستشفى على أن تجد باستمرار طرق جديدة وأفضل لإنجاز المهام حتى تتمكن من تعزيز رعاية المرضى وزيادة الرضا وتحقيق نتائج إكلينيكية أفضل.

تساعد خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى المستشفى على توثيق ومراجعة الأداء الحالي في مجالات متنوعة.

ستتمكن المستشفى بهذه الخطة من أن ترى بوضوح مجالات التحسين المستهدفة وأن تضع خطة التقدم.

إن القيادة والتخطيط ضروريان لوضع الخطة والتنفيذ والمراقبة.

تبدأ القيادة والتخطيط بمجلس الإدارة، جنبًا إلى جنب مع رؤساء الأقسام.

قيادات المستشفى، ومنها مدير المستشفى، مسئولون عن توفير وتقديم الدعم المستمر لالتزام المسشفى بالجودة.

يجب على القيادات اختيار النهج الذي ستستخدمه المستشفى لقياس وتقييم وتحسين الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.

تحدد القيادات أيضًا كيفية توجيه وإدارة الخطة يوميا، وكيف ستحقق اللجنة التعاون، وكيف سيتوفر للبرنامج موارد كافية.

وتُحدث الخطة سنويًا ويعتمدها مجلس الإدارة.

تضع القيادات خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر، وتتناول الخطة على الأقل ما يلي:

أ. الهدف /الأهداف (الإكلينيكية والتشغيلية) التي تحقق رسالة المستشفى.
ب. الهيكل التنظيمي وقنوات رفع تقارير التحسين.
ج. أدوار ومسئوليات القيادات.
د. تحديد أولويات المستشفى.
ه. اختيار خارطة طريق مقاييس الأداء.
و. جمع البيانات وأدوات تحليل البيانات وعملية التحقق من صحة البيانات.
ز. معايير محددة لاختيار وتحديد أولويات مشروعات تحسين الأداء.
ح. نموذج (نماذج) تحسين الجودة المستخدم.
ط. مسار حركة المعلومات ومعدل تكرار رفع التقارير.
ي. التدريب على تحسين الجودة ونهج إدارة المخاطر.
ك. تقييم الخطة دوريا (على الأقل سنوياً).

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق خطة المستشفى، ثم يجري جلسة تفاعلية مع قيادات المستشفى من أجل تحديد نهج القيادة بشأن تحسين جودة الرعاية والتحسين المستمر.
- قد تتناول المناقشة محتويات الخطة، متابعة نطاقات التركيز ذات الأولوية ، وتدريب العاملين المرتبط بمفهوم الجودة وإدارة البيانات، بالإضافة إلى تنفيذ الخطط في مختلف مجالات القيادة الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد خطة حديثة ومعتمدة لتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر والتي تحدد النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ك).
٢. يشارك مدير وقيادات المستشفى مشاركة نشطة في تخطيط ودعم ومراقبة تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر.

٣. تنفيذ الخطة على مستوى المستشفى وفقًا للجدول الزمني وخطة التحسين.
٤. تقييم وتحديث الخطة سنويًا.
٥. إبلاغ المعنيين بالخطة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02: نـص رسـالة المستشـفي ؛ OGM.03: مسـئولية مجلـس الإدارة؛ OGM.05: مديـر المستشـفى؛ OGM.07: التخطيط الاسـتراتيجي؛ OGM.08: التخطيط التشـغيلي؛ OGM.09: قيادات المستشـفى؛ OGM.10: إدارة الأقسـام.

QPI.03: تكليف أحد العاملين المؤهلين للعمل كمنسق/ مدير تحسين الأداء

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

فريق إدارة الجودة

الغرض:

نظـرًا لأن الأخطـاء تحـدث بسـبب فشـل فـي النظـام أو العمليـة، فمـن المهـم تبنـي مختلـف تقنيـات تحسـين العمليـات مـن أجـل تحديـد أوجـه القصـور والرعايـة غيـر الفعالـة والأخطـاء التـي يمكـن منعهـا بهـدف التأثيـر علـى التغييـرات المرتبطـة بالنظـم والتـي تتطلـب فـردًا مؤهـلاً لـه توصيـف وظيفـي واضـح يتابـع الخطـة ويضعهـا موضـع التنفيـذ مـن خـلال الاسـتفادة مـن المعرفـة والمهـارات والخبـرات فـي مجـال تقنيـات التحسـين المختلفـة، وإدارة البيانـات، واختيـار المشـاريع، والتحسـين المسـتدام.

يجـب أن يكـون الفريـق المؤهـل يحمـل شـهادات/حاصل علـى شـهادات فـي جـودة الرعايـة الصحيـة وإدارة المخاطـر ولديـه خبـرة فـي دعـم التدريـب وتسـهيل البرنامـج علـى مسـتوى المؤسسـة.

دليل عملية المراجعة:

قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة بمراجعـة السـجلات أثنـاء جلسـة مراجعـة مؤهـلات العامليـن والتـي تتضمـن المؤهـلات والتوصيـف الوظيفـي.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد شخص يمتلك المعرفة والمهارات والخبرات في مجال تقنيات تحسين الأداء والأنشطة المتعلقة بإدارة المخاطر.
٢. يوجد توصيف وظيفي واضح يدعم عمل فريق تحسين الأداء من أجل تدريب وتسهيل وتنسيق أنشطة البرنامج.
٣. يتلقى فريق إدارة الجودة الدعم المطلوب من حيث المكان والمعدات والموارد وفريق العاملين.

المعايير ذات الصلة:

WFM.02: خطة التوظيف؛ WFM.04: التوصيف الوظيفي.

كفاءة المشاركة والمُدخلات على مستوى الأقسام

QPI.04: يشـارك العاملـون بالمستشـفى ومنهـم أعضـاء الطاقـم الطبـي واعضـاء طاقـم التمريـض وغيرهـم فـي أنشـطة تحسـين الأداء.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

مشاركة العاملين في أنشطة إدارة الجودة

الغرض:

يعـد إشـراك فريـق الأطبـاء والتمريـض وغيرهـم مـن العامليـن فـي أعمـال تحسـين الأداء وإدارة المخاطـر أمـرًا ضروريًـا لتحقيـق التميـز فـي الرعايـة الإكلينيكيـة والوصـول بهـا إلـى مسـتوى المريـض

تعزز المستشفى مشاركة العاملين الفعالة وتُعدّهم ليتحلوا بالكفاءة والثقة، حيث سيكونوا المعنيين في مبادرات تحسين الأداء وبناء بيئة عمل تتسم بروح الفريق.

دليل عملية المراجعة:

قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق اختصاصات لجنة (لجان) تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر التي قد تشمل الأعضاء ودورهم ومشاركتهم في اللجنة، ويلي ذلك جلسة تفاعلية حول التدريب الذي يتلقوه والذي يدعمهم للقيام بمسئولية التحسين المستمر.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تشجع المستشفى العاملين على تنفيذ أنشطة تحسين الأداء.
٢. تقدم المستشفى تدريبًا لتثقيف العاملين بشأن مفاهيم إدارة الجودة ليشاركوا مشاركة نشطة في أنشطة برنامج تحسين الأداء.
٣. العامل (العاملون) المشاركون من فريق الأطباء وفريق التمريض وغيرهم من العاملين يمتلكون المعرفة والمهارات المناسبة لمراجعة البيانات وتجميعها وتحليلها.
٤. تُضمن المستشفى أنشطة تحسين الأداء في تقييم أداء الفرد.

المعايير ذات الصلة:

PCC.02: تمركز الخدمات ذات التخصصات المتعددة حول المريض.

إدارة البيانات بكفاءة

QPI.05: تحديد وتعريف ومراقبة مقاييس أداء جميع العمليات الهامة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مقاييس الأداء

الغرض:

يسعى قياس الأداء إلى مراقبة وتقييم وحلقة وصل ل مدى تلبية مختلف جوانب النظام الصحي لأهدافه الرئيسية.

مقياس الأداء هو متغير كمي يقيس بشكل مباشر أو قد يعكس بشكل غير مباشر جودة الرعاية المقدمة ويجب أن يتماشى مع المُساءَلة من خلال تمكين الأشخاص المعنيين من اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة من خلال جمع البيانات والقدرة على تفسيرها.

يجب أن يكون كل مقياس أداء محددًا وقابلًا للقياس وقابلًا للتحقيق وذا صلة وله إطار زمني (SMART). ولتحديد مقياس ما بشكل صحيح، يلزم وصف ما يلي على الأقل:

أ. تعريف
ب. مصدر بيانات محدد
ج. معدل تكرار محدد
د. تقنيات أخذ العينات
ه. المعادلة الحسابية
و. منهجية جمع البيانات وتحليلها
ز. المقارنة بالمقياس المرجعي

سيؤدي جمع البيانات إلى إنشاء قاعدة بيانات يتم تجميعها و تحديد وجود اتجاهات في البيانات بمرور الوقت واستخدامها في المقارنة مع مرور الوقت داخل المستشفى وفي المقارنات مع المؤسسات الأخرى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى ، ثم يلي ذلك عقد جلسة مناقشة تفاعلية مع العاملين الرئيسيين المسئولين عن تنفيذ الخطة.
- قد تتناول المناقشة عملية جمع البيانات ومراقبتها من أجل تقييم جوانب بنية أو عملية أو نتائج الرعاية الصحية، والمقياس المرجعي المستخدم في المستشفى، والتقارير والإجراءات المتخذة للتحسين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد ورقة عمل موثقة معتمدة (تقرير تحليل البيانات) لكل مقياس أداء مُختار ، ويفضل استخدام نموذج موحد، والذي يتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة رقم (أ) إلى نقطة رقم (ز).
٢. توضح أوراق العمل (تقرير تحليل البيانات) التعريف ومصدر البيانات المحدد ومعدل التكرار المحدد وتقنيات أخذ العينات والمعادلات الحسابية المستخدمة ومنهجية جمع البيانات وتحليلها لكل مقياس أداء.
٣. المسئولون عن جمع و/ او تفسير و/ أو استخدام مقياس الأداء على دراية بتعريفه ومعدل التكرار المحدد وتقنيات أخذ العينات والمعادلات الحسابية المستخدمة ومنهجية جمع البيانات وتحليلها.
٤. تُتيح المستشفى نتائج/ بيانات الأداء الخاصة بها للجمهور كل ثلاثة أشهر على الأقل.
٥. استخدام النتائج في المقياس المرجعي داخليًا وخارجيًا ومع أفضل الممارسات.
٦. إبلاغ نتائج تحليل المقاييس إلى المسئولين عن التحسين واتخاذ الإجراءات.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطة الجودة؛ QPI.06: مقاييس الأداء الإكلينيكي؛ QPI.07: مقاييس الأداء الإداري.

QPI.06: تُستخدم مقاييس أداء الرعاية الإكلينيكية في تحديد فرص التحسين وتتبع التقدم نحو تحقيق أهداف المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مقاييس الأداء الإكلينيكي

الغرض:

مقاييس الأداء هي القيم التي توضح أداء المستشفى ونقاط قوتها وفرص التحسين. ووجود تصميم فعال ونطاق واضح من الأسس الجوهرية في وضع والحفاظ على مؤشرات عمل ذات قيمة مضافة.

تختار المستشفى مزيج من المقاييس التي تركز على الأنشطة التي قد تنطوي بطبيعتها على مخاطر تهدد المرضى أو العاملين، وكذلك الأنشطة التي تحدث كثيرا، والأنشطة التي ترتبط بحدوث مشاكل أو تكون مرتفعة التكلفة. ويتضمن ذلك مؤشرات ملائمة وذات صلة في المجالات الآتية:

أ. أوقات الانتظار في مناطق الخدمة ذات الصلة
ب. تقييم المريض كامل ودقيق وضمن الأطر الزمنية المعتمدة
ج. التثقيف الصحي
د. التغذية السليمة
ه. مسح واكتشاف الأمراض
و. الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية
ز. التطعيمات
ح. الإجراءات التداخلية واستخدام المهدئات
ط. استخدام الأدوية
ي. سجل المريض الطبي و يشمل توافر السجل و محتواه

ك. مكافحة العدوى، والترصد، (الإبلاغ)
ل. الأخطاء الدوائية، والأخطاء الوشيكة، والنتائج العكسية.
م. متطلبات سلامة المرضى
ن. الفاعلية الإكلينيكية

بمجرد جمع البيانات لفترة زمنية مجدية، يمكن البدء في تقييم تحسين العمليات.
إن حجم البيانات التي يجب تقييمها لقياس الأداء تختلف بشكل واضح باختلاف عدد مرات رفع تقارير بالبيانات وتكرار الحدث موضوع القياس.
تستخدم المستشفى رسوم بيانية متنوعة حتى تتتبع تقدم التحسين وتقرر الخطوة التالية في خطة التحسين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقابل مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بعض العاملين ويسألهم عن قياس الأداء الإكلينيكي في أقسامهم/ خدماتهم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضا بمراجعة وثائق المقاييس الإكلينيكية المختارة، ويُقيم معايير الاختيار وتحديد الأولويات، ويلي ذلك جلسة تفاعلية لتقييم تنفيذ المقاييس ووعي العاملين بالتحسين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لكل مجال من مجالات الرعاية القياسية ذات الصلة، إختارت المستشفى مقاييس الأداء المناسبة وفقًا لنطاق خدماتها، المتطلبات المذكورة في الغرض، بما يتوافق مع القوانين واللوائح الوطنية ورؤية مصر ٢٠٣٠.
٢. مراقبة مجالات الرعاية الإكلينيكية ذات الصلة بكل معيار بشكل منتظم
٣. حساب مقاييس الأداء وعرضها في جدول أو منحنى أو رسم بياني.
٤. تستخدم قيادات المستشفى مقاييس الأداء في اتخاذ القرارات.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطة الجودة؛ QPI.07: مقاييس الأداء الإداري.

QPI.07: تُستخدم مقاييس الأداء الإداري في تحديد فرص التحسين وتتبع التقدم نحو تحقيق أهداف المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مقاييس الأداء الإداري

الغرض:

مقاييس الأداء هي القيم التي توضح أداء المستشفى ونقاط قوتها وفرص التحسين. ووجود تصميم فعال ونطاق واضح من الأسس الجوهرية في وضع والحفاظ على مؤشرات عمل ذات قيمة مضافة.
تختار المستشفى مزيج من المقاييس التي تركز على الأنشطة التي قد تنطوي بطبيعتها على مخاطر تهدد المرضى أو العاملين، وكذلك الأنشطة التي تحدث كثيرا، والأنشطة التي ترتبط بحدوث مشاكل أو تكون مرتفعة التكلفة.
تتضمن المقاييس مؤشرات ملائمة وذات صلة لما يلي على الأقل:

أ. تقييم احتياجات المجتمع
ب. مشاركة المجتمع
ج. الامتثال للقوانين واللوائح
د. توقعات ورضا المريض والأسرة
ه. شكاوي واقتراحات المرضى

و. توقعات ورضا العاملين
ز. شكاوى واقتراحات العاملين
ح. التركيبة السكانية للمرضي والتشخيصات والإجراءات
ط. شراء المستلزمات والأدوية المطلوبة بصفة روتينية
ي. الادارة المالية
ك. إدارة المخاطر
ل. العاملون والأداء المهني
م. إدارة الاستخدام Utilization management

بمجرد جمع البيانات لفترة زمنية مجدية، يمكن البدء في تقييم تحسين العمليات.

إن حجم البيانات التي يجب تقييمها لقياس الأداء تختلف إختلاف واضح باختلاف عدد مرات رفع تقارير بالبيانات وتكرار الحدث موضوع القياس.

تستخدم المستشفى رسوم بيانية متنوعة حتى تتتبع تقدم التحسين وتقرر الخطوة التالية في خطة التحسين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقابل مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بعض العاملين ويسألهم عن قياس الأداء الإداري في أقسامهم/ خدماتهم.
- قد يقوم مُراجع الهيئة أيضا بمراجعة وثائق المقاييس الإكلينيكية المختارة، ويُقيم معايير الاختيار وتحديد الأولويات، ويلي ذلك جلسة تفاعلية لتقييم تنفيذ المقاييس ووعي العاملين بالتحسين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. لكل مجال من مجالات الرعاية القياسية ذات الصلة، تختار المستشفى مقاييس الأداء المناسبة وفقًا لنطاق خدماتها، المتطلبات المذكورة في الغرض، بما يتوافق مع القوانين واللوائح الوطنية ورؤية مصر ٢٠٣٠.
٢. مراقبة المجالات الإدارية ذات الصلة بكل معيار بشكل منتظم.
٣. حساب مقاييس الأداء وعرضها في جدول أو منحنى أو رسم بياني.
٤. تستخدم قيادات المستشفى مقاييس الأداء في اتخاذ القرارات.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطة الجودة؛ QPI.06: مقاييس الأداء الإكلينيكي.

QPI.08: تكليف موظف (موظفين) يمتلك الخبرات والمعرفة والمهارات المناسبة لمراجعة البيانات وتجميعها وتحليلها في نطاق الإطار الزمني المعتمد.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مراجعة وجمع وتحليل البيانات

الغرض:

يجب أن يُكلف موظف مؤهل يمتلك المعرفة والمهارات المناسبة لإدارة البيانات المتعلقة بتحسين الأداء ومشاريع التحسين. والمعرفة المطلوبة تتضمن مراجعة البيانات وجمعها وتحليلها وتحديد تغير اتجاهاتها وعرضها بشكل صحيح وتحويلها إلى معلومات مفيدة من أجل الوصول إلى استنتاجات ومن أجل اتخاذ القرارات. ومن المتوقع أن تفهم قيادات المستشفى تغير اتجاهات الرسوم البيانية من أجل اتخاذ القرار بناءً على المعلومات المقدمة.

دليل عملية المراجعة:

يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة بهدف مراجعة مهارات إدارة البيانات التي تُستخدم في المقاييس الإكلينيكية والإدارية المختارة أو في مشاريع التحسين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية مكتوبة لإدارة البيانات تتضمن الجمع والتحليل.
٢. العاملون المسئولون عن جمع البيانات وتحليلها على دراية بأدوارهم.
٣. جمع البيانات وتحديد تغير اتجاهاتها مع مرور الوقت.
٤. إجراء التحليل الوصفي.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطة الجودة؛ IMT.10: تقييم تكنولوجيا المعلومات الصحية؛ IMT.12: نسخ احتياطي للبيانات.

QPI.09: التأكد من صحة البيانات يتم وفقا لمعايير محددة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التأكد من صحة البيانات

الغرض:

التأكد من صحة البيانات يعني التحقق من دقة وجودة مصدر البيانات قبل استخدام البيانات؛ لأن التأكد من أن البيانات نظيفة وصحيحة ومفيدة أمرا هاما.

تستخدم المستشفى عناصر جودة البيانات هذه في مراجعة البيانات والتحقق من صحتها:

أ. التأكد من الصلاحية: تقيس البيانات ما يفترض أن تقيسه.
ب. الموثوقية: كل فرد يقوم بتحديد وقياس وجمع البيانات بشكل موحد.
ج. الاكتمال: تشمل البيانات جميع القيم اللازمة لحساب مقياس الأداء.
د. الدقة: تحتوي البيانات على ما يكفي من تفاصيل.
ه. الإطار الزمني المقبول: البيانات محدثة، والمعلومات متاحة في الوقت المحدد.
و. النزاهة: البيانات حقيقية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة لضمان إجراء التأكد من صحة البيانات، ثم يلي ذلك مناقشة تفاعلية للتأكد من أنه لا تُستخدم إلا البيانات المفيدة.
- قد تتناول المناقشة المواقف والآليات المستخدمة في التأكد من صحة البيانات من خلال أمثلة مختارة حدثت في المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية مكتوبة لمراجعة البيانات والتأكد من صحتها.
٢. العاملون المسئولون عن مراجعة البيانات على دراية بأدوارهم.
٣. تطبيق تقنيات مراجعة البيانات لضمان الأخذ في الاعتبار جميع العناصر المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).
٤. يحدث التحقق من صحة البيانات عند نشر البيانات أو إرسالها إلى جهات خارجية أو تغيير الأداة أو الشخص أو العملية المستخدمة في القياس.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطـة الجـودة؛ IMT.10: تقييـم تكنولوجيـا المعلومـات الصحيـة؛ IMT.12: نسـخ احتياطـي للبيانـات؛ QPI.08: مراجعـة وجمـع وتحليـل البيانـات.

برنامج إدارة مخاطر فعال

QPI.10: وضع برنامج/ خطة إدارة المخاطر.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج إدارة المخاطر

الغرض:

تهدف إدارة المخاطر إلى تحديد الأحداث المحتملة التي ربما تؤثر على المستشفى، وحماية وتقليل المخاطر التي تتعرض لها ممتلكات المستشفى والخدمات والعاملين

تحتاج المستشفى إلى تبني نهج استباقي لإدارة المخاطر مثل تحليل المخاطر حيث تقوم المستشفى بتقييم العمليات عالية المخاطر، بما في ذلك وضع استراتيجيات تقليل المخاطر.

ينبغي أن تتخذ المستشفى إجراءات تفاعلية واستباقية لمواجهة المخاطر المحددة.

برنامج/ خطة إدارة المخاطر يحتوي على مكونات أساسية تتضمن على الأقل ما يلي:

أ. نطاق وهدف ومعايير تقييم المخاطر
ب. مسئوليات ووظائف إدارة المخاطر
ج. تدريب العاملين على مفاهيم وأدوات إدارة المخاطر
د. تحديد المخاطر
ه. تحديد أولويات وتصنيف المخاطر (أي المخاطر الاستراتيجية والتشغيلية والمالية ومخاطر السمعة وغيرها)
و. الإبلاغ عن المخاطر والتواصل بشأنها مع الشركاء المعنيين
ز. خطط وأدوات الحد من المخاطر مع إعطاء الأولوية إلى المخاطر العالية

يُعد تحليل أنماط الفشل وتأثيراته (Failure Mode Effect Analysis (FMEA أحد أدوات التحليل التي يمكن استخدامها في المستشفى كنهج استباقي.

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة للتحقق من خطة/ برنامج إدارة المخاطر من خلال مراجعة خطوات تقييم المخاطر وكيفية تحديد المستشفى للمخاطر الإكلينيكية والإدارية، ثم يلي ذلك مناقشة تفاعلية لتقييم تنفيذ إجراءات التحكم في المخاطر.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى برنامج/ خطة إدارة المخاطر والذي يتضمن جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ز).
٢. توجد خطة وسياسات وإجراءات وسجل مخاطر وعمليات تدعم إطار عمل إدارة مخاطر المستشفى.
٣. إعادة تصميم العمليات عالية الخطورة بناءً على نتيجة التحليل.
٤. يوجد بالمستشفى أداة استباقية معتمدة للحد من مخاطر عملية واحدة على الأقل من العمليات عالية الخطورة وذلك كل عام.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطة الجودة؛ QPI.11: نظام الإبلاغ عن الحوادث.

QPI.11: وضع نظام الإبلاغ عن الحوادث.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نظام الإبلاغ عن الحوادث

الغرض:

تستطيع الإدارة القوية للمخاطر والتي تدعمها أنظمة فعالة للإبلاغ عن الحوادث والتي يُعرفها النظام، تحديد أي حدث يؤثر على سلامة المرضى أو العاملين.

في معظم المستشفيات، يجب أن يتم تضمين والإبلاغ عن الإصابات، شكاوى المرضى، الأخطاء الدوائية، تعطل المعدات أو التفاعلات السلبية للأدوية أو العلاجات أو الأخطاء في رعاية المرضى.

الإبلاغ عن الحوادث يؤثر تأثيراً مهماً على تحسين سلامة المرضى.

الإبلاغ عن الحوادث يمكن أن يلقي الضوء على كيفية وأسباب حدوث الأذى للمرضى على مستوى المستشفى.

تقارير الحوادث تساعد على اكتشاف المخاطر ومراقبتها وتقييمها وتخفيفها ومنعها، وتتضمن التقارير على الأقل ما يلي:

أ. قائمة الحوادث والأخطاء الوشيكة والأحداث الضارة والأخطاء الجسيمة التي يمكن الإبلاغ عنها.
ب. عملية إدارة الحوادث تشمل كيف ومتى يتم الإبلاغ ومن الذي يقوم بالإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها.
ج. الحوادث التي تتطلب إخطار الإدارة على الفور.
د. تصنيف الحوادث وتحليلها والإبلاغ/رفع تقارير عن النتائج.
ه. دواعي وعملية إجراء تحليل مكثف.

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة للتحقق من نظام إدارة والإبلاغ عن الحوادث بالمستشفى ولمراجعة أنشطة النظام بالمستشفى، ويتضمن ذلك تحديد وتحليل وتصحيح الفجوات لمنع تكرارها في المستقبل، ثم يلي ذلك مناقشة تفاعلية مع العاملين أثناء الجولات والتتبع بالمستشفى من أجل تقييم وعي العاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة تحدد نوع الحادث ونظام الإبلاغ والتي تتضمن النقاط من نقطة (أ) إلى نقطة (ه).
٢. جميع العاملين على دراية بنظام الإبلاغ عن الحوادث، بما في ذلك الخدمات المتعاقد عليها والخدمات المقدمه من مصادر خارجية.
٣. التحقيق في الأخطاء الجسيمة وتحديد الفجوات في الخدمات.
٤. تتواصل المستشفى مع المرضى/ مستخدمي الخدمات حول الأحداث الضارة التي يتأثرون بها.
٥. اتخاذ الإجراءات التصحيحية لسد الفجوات في الخدمات في إطار زمني محدد.

المعايير ذات الصلة:

QPI.10: برنامج إدارة المخاطر؛ QPI.12: الأحداث الهامة؛ QPI.13: الحدث الجسيم.

QPI.12: تحليل وتصحيح الأحداث المهمة/ الأخطاء الوشيكة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأحداث المهمة

الغرض:

تتطلب بعض الأحداث تحليلاً مكثفًا لتحديد الأسباب الجذرية باستخدام أدوات الجودة.

يمكن أن تقع أحداث مهمة/ أخطاء وشيكة غير متوقعة حتى في المستشفى مثل:

أ. تفاعلات نقل الدم المؤكدة

ب. أحداث التخدير والتهدئة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض

ج. فروق مهمة بين التشخيص قبل الجراحة وبعدها، ومن ذلك نتائج الباثولوجيا الجراحية

د. التفاعلات الدوائية الضارة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض

ه. الأخطاء الدوائية المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يُحتمل أن تسبب ضرر للمريض

و. حدوث الانسداد الرئوي أو جلطات الأوردة العميقة بسبب عدم وجود علاج وقائي مناسب للتخثر والتقييم غير السليم لمخاطر الانسداد الرئوي أو جلطات الأوردة العميقة.

ز. هروب المريض أو محاولته الهرب

مثل هذه الأحداث تحتاج إلى تحقيق واستجابة فوريين

يجب على المستشفى إجراء تحليل السبب الجذري من أجل تحديد الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحسين عمليات الرعاية ومنع تكرار الأحداث.

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة للتحقق من نتائج الإبلاغ عن الحوادث المهمة بالمستشفى وتحليلها والإجراءات التصحيحية المتخذة، ثم يلي ذلك مناقشة تفاعلية لتقييم الوعي والإجراءات المختارة وتنفيذها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد وثيقة تحدد معايير وعملية التحليل المكثف عند وقوع أحداث مهمة غير متوقعة ، والوقت المطلوب لإكمال التحقيقات، والوقت المطلوب لتنفيذ خطة العمل.

٢. في حالة وقوع حدث مهم/ خطأ وشيك، تُشكل لجنة بحيث يكون رئيسها والعاملين المعنيين مُدربين على التحليل المكثف.

٣. التحقيق في جميع الأحداث المهمة/ الأحداث الوشيكة غير المتوقعة وتحليلها في الوقت المناسب.

٤. اتخاذ الإجراءات التصحيحية في إطار زمني واضح وتحديد الشخص (الأشخاص) المسئول.

المعايير ذات الصلة:

QPI.10: برنامج إدارة المخاطر؛ QPI.11: نظام الإبلاغ عن الحوادث؛ QPI.13: الأخطاء الجسيمة.

QPI.13: تُعرف المستشفى الأخطاء الجسيمة وتحقق فيها وتحللها وترفع تقرير بها، وتتخذ الإجراءات التصحيحية لمنع الضرر الناجم عنها و تكرارها

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأخطاء الجسيمة

الغرض:

الخطأ الجسيم هو حدث غير متوقع ينطوي على وفاة أو إصابة جسدية أو نفسية خطيرة. والإصابات الخطيرة تشمل على وجه التحديد فقدان أحد أطراف أو وظائف الجسم. والخطأ الجسيم مؤشر لإجراء تحقيق واستجابة فوريين. تضع المستشفى سياسة لإدارة الأخطاء الجسيمة والتي تشمل على الأقل ما يلي:

أ. تعريف الأخطاء الجسيمة مثل:
i. وفيات غير متوقعة أو فقدان أحد وظائف الجسم بشكل دائم بطريقة لا صلة لها بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو حالته الأساسية
ii. أحداث بمريض خطأ، مكان خطأ، إجراء خطأ
iii. انتحار المريض أو محاولته الانتحار أو العنف الذي يؤدي إلى الوفاة أو فقدان دائم لأحد وظائف الجسم
iv. ترك غير مقصود لجسم غريب داخل المريض بعد جراحة أو إجراء تداخلي
v. الإعطاء الخاطئ للعلاج الإشعاعي
vi. أي وفيات للأمهات أثناء الفترة المحيطة بالولادة
vii. أي وفاة لرضيع أثناء الفترة المحيطة بالولادة والتي ليس لها علاقة بحالة خلقية للرضيع الذي يزيد وزنه عن ٢٥٠٠ جرام
ب. الإبلاغ الداخلي عن الأخطاء الجسيمة
ج. الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة للجهات الخارجية
د. مشاركة أعضاء الفريق
ه. تحليل الأسباب الجذرية
و. خطط الإجراءات التصحيحية المتخذة

يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأخطاء الجسيمة في غضون سبعة أيام من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه. وجميع الأخطاء التي تتماشى مع التعريف يجب إجراء تحليل لأسبابها الجذرية من أجل الوصول إلى فهم واضح للعوامل المسببة الكامنة وراء خلل النظام. ويجب الانتهاء من التحليل والاجراءات في غضون ٤٥ يومًا من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.

دليل عملية المراجعة:

قد يجري مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج إدارة الجودة من أجل التحقق من نتائج الإبلاغ عن الأخطاء الجسيمة بالمستشفى وتعريفها ونوع الحالات، وكيف يحدد النظام الفجوات الكامنة وراء الخطأ الجسيم، وعملية الإبلاغ عنها والإطار الزمني للتحقيق فيها وخطة العمل. ربما تتم متابعة الأخطاء الجسيمة التي تم إبلاغها للهيئة أثناء المراجعة بهدف التحقق من الإلتزام بالإجراءات التصحيحية.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى سياسة لإدارة الأخطاء الجسيمة كما هو مذكور في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و) وتكون القيادات على دراية بمتطلبات السياسة.
٢. يتم تحليل جميع الأخطاء الجسيمة والإبلاغ عنها مرفقاً بها تحليل السبب الجذري في فترة زمنية تحددها القيادات والتي لا تتجاوز ٤٥ يومًا من تاريخ وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.
٣. يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأخطاء الجسيمة في غضون سبعة أيام من وقوع الخطأ أو المعرفة بحدوثه.
٤. تحليل السبب الجذري يحدد السبب (الأسباب) الرئيسية الكامنة وراء الخطأ وتضع القيادات خطط عمل تصحيحية لمنع تكرار حدوثه في المستقبل.

المعايير ذات الصلة:

QPI.10: برنامج إدارة المخاطر؛ QPI.08: مراجعة وجمع وتحليل البيانات.

التحسين المستدام

QPI.14: تنفيذ أنشطة التحسين المستدام الملائمة في إطار زمني معتمد.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

التحسين المستدام

الغرض:

على الرغم من أن العاملين يلعبون دورًا جوهريًا في عملية التحسين المستمر، فإن دور الإدارة يتمثل في تدريبهم وتمكينهم وتشجيعهم على المشاركة بالأفكار.

برنامج التحسين المستمر الفعال يتطلب وجود قياس وتغذية راجعة باستمرار.

قبل البدء، يجب قياس احتياجات الأداء الأساسية للمستشفى. ثم يمكن اتباع أفكار جديدة لتحسين الأداء.

إن نموذج ديمينج "خطط- نفذ- تحقق- صحح" (PDCA) أو منهجية التحسين (FOCUS PDCA) أو أدوات التحسين الأخرى تسمح باختبار تقدم التحسين بشكل علمي.

يضمن نموذج ديمينج التحسين المستمر من خلال قياس الفرق في الأداء بين الحالة الأساسية والحالة المستهدفة.

هذه المعلومات تقدم تغذية راجعة فورية عن فعالية التغيير الذي قد يساعد في قياس آثار برنامج التحسين المستمر وهذه هي أكثر طريقة فعاله لاستدامته.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة مشروع تحسين، ليقف على كيفية استخدام المستشفى للبيانات في تحديد التحسينات المحتملة وتقييم تأثير الإجراءات المتخذة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة آليات المتابعة والتحكم بالمستشفى لاستدامة التحسينات التي تم تحقيقها.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. توجد عملية أو منهجية تحسين مكتوبة.
٢. اتخاذ الإجراءات اللازمة لحل المشاكل في إطار زمني معتمد.
٣. اختبار أنشطة التحسين وتسجيل النتائج وتنفيذها.
٤. يوجد دليل على تحسين عمليات سلامة المرضى والتحكم فيها.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02: خطة الجودة؛ OGM.02: نص رسالة المستشفي؛ OGM.09: قيادات المستشفى.

القســم الرابــع

المتطلبــات الإضــافية

القســم الرابــع: المتطلبات الإضافية
Section 4: Additional Requirements

معايير إضافية للمؤسسات التي تقدم خدمات أكاديمية أو بحثية أو خدمات زرع الأعضاء/ الأنسجة

وثائق إرشادية أثناء التنفيذ:

(يجب قراءة أي مرجع مذكور من المراجع التالية مع الأخذ في الاعتبار بنوده وشروطه وبدائله وتعديلاته وتحديثاته وملحقاته.)

١. الأبحاث: وزارة الصحة والسكان- أدلة عمل لجنة أخلاقيات البحث، ٢٠١٣
٢. المعايير والإرشادات التشغيلية لمراجعة أخلاقيات البحوث المتعلقة بالصحة مع مشاركين من البشر- منظمة الصحة العالمية
٣. اللائحة التنفيذية للهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية رقم ١٩٧٥/١٠٠٢
٤. القانون المصري رقم ٢٠١٠/٥ بشأن تنظيم زرع الأعضاء البشرية
٥. قانون ٢٠٠٩/٣١٠ بشأن إعادة تنظيم بنوك العيون
٦. إعلان القاهرة لحقوق الإنسان في الإسلام، ١٩٩٠
٧. https://www.who.int/transplantation/donation/taskforce-transplantation/en/

التعليم الإكلينيكي المتمركز على سلامة المرضى

ADD.01: وضع هيكل الحوكمة التعليمية من أجل تحسين جودة ونتائج التعليم.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الحوكمة التعليمية

الغرض:

إن قيام المستشفى بالإشراف الفعال والقوي والشفاف والعادل على التعليم والتدريب يصب في مصلحة العامة والمرضى.

إن بيئة التعلم الإكلينيكي متعددة التخصصات، لذا فإن ثقافة التعلم الفعال ستقدر وتدعم المتدربين والطلاب من جميع الفئات المهنية.

وطالما تلتزم المستشفي وتدعم التعليم ، سيحظى الطلاب والمتدربون بتجربة تعليمية جيدة وسيتم تقدير القائمين بالتعليم.

تعهَد المستشفى بمسئولية الإشراف على أنشطة التعليم الطبي إلى لجنة أو فريق عمل أو أحد العاملين بهدف وضع أنظمة فعالة للحوكمة والقيادة التعليمية من أجل إدارة ومراقبة جودة التعليم والتدريب الطبي.

تشمل هذه المسئوليات التحسين المستمر لجودة ونتائج التعليم والتدريب من خلال قياس الأداء مقارنةً بالمعايير، تحمل المسئولية ، والاستجابة عند عدم استيفاء المعايير.

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج التعليم الطبي من أجل تقييم هيكل برنامج التعليم الطبي وخطوات الالتحاق به.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تحدد المستشفى بوضوح مسئولية الإشراف على التعليم الطبي.
٢. مؤهلات وعدد العاملين تتوافق مع احتياجات المستشفى بشأن الإشراف الإكلينيكي وأنماط العمل وعبء العمل، ومن و يشمل ذلك تخطيط خدمات الرعاية الإكلينيكية.
٣. يوجد بالمستشفى مستوى مناسب من الإشراف الإكلينيكي في جميع الأوقات يقوم به مشرف ذو خبرة وكفاءة، يمكنه تقديم المشورة أو الحضور حسب الحاجة.
٤. لا يُتوقع من الطلاب وغيرهم من المتعلمين العمل بما يفوق كفاءاتهم.
٥. تضمن المستشفى حصول الطلاب وغيرهم من المتعلمين على دورة تمهيدية للتعريف بالتنسيب الخاص بهم والذي يعرفهم بوضوح واجباتهم ومتطلبات الإشراف والمصادر أو المراجع العلمية والدعم المقدم لهم.

المعايير ذات الصلة:

WFM.07: برنامج التعريف؛ WFM.08: برنامج التعليم المستمر.

ADD.02: يُسمح لطلبة الطب وأطباء الامتياز والأطباء المقيمين والمتدربين بالتعبير عن شواغلهم بشأن سلامة المرضى ومستوى الرعاية أو التعليم والتدريب

السلامة

الكلمات الرئيسية:

ثقافة التعليم الإكلينيكي الآمن

الغرض:

تؤثر بيئة وثقافة التعليم والتدريب على احتياجات الطلاب والمتدربين.

تساعد مشاركة المعلومات من خلال نظام الحوكمة التعليمية والإكلينيكية في تحديد المخاطر التي تؤثر على سلامة

المرضـى وجـودة التعليـم والتدريـب، وضمـان الشـفافية والمسـاءلة.
تضمن المستشفى ثقافة آمنة ومنفتحة، وتقدم مستوى جيدًا من الرعاية وتجربة المرضي.
يجب أن يكون التعليم والتدريب جزءًا مهمًا من ثقافة المستشفى.
يجب أن تكون بيئة التعلم آمنة للمرضى وداعمة للطلاب وغيرهم من المتعلمين.
وتلك الثقافة تُمثل الرعاية والرحمة/ كما توفر مستوى جيد من الرعاية وتجربة المرضي وأسرهم.
تقـدر بيئـة التعلـم وثقافـة المستشـفى التعليـم والتدريـب وتدعمهمـا حتـى يتمكـن الطـلاب وغيرهـم مـن المتعلميـن مـن إظهـار الممارسـة الطبيـة الجيـدة وتحقيـق نتائـج التعلـم المطلوبـة فـي مناهجهـم الدراسـية.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يُقيـم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة ثقافـة السـلامة أثنـاء جلسـة مقابلـة القيـادات، ثـم يلـي ذلـك طـرح أسـئلة علـى الطـلاب أو أطبـاء الامتيـاز أو الأطبـاء المقيميـن أو المتدربيـن أثنـاء عمليـات التتبـع والمـرور بالمستشـفى.
- قـد يقـوم مُراجـع الهيئـة بجولـة لتقييـم المـوارد التعليميـة بالمستشـفى مثـل المنشـآت التعليميـة والفصـول الدراسـية والتقنيـات والحلـول المسـتخدمة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تتكامـل أنظمـة الحوكمـة التعليميـة والإكلينيكيـة، بمـا يسـمح للطـلاب وغيرهـم مـن المتعلميـن بتنـاول المخـاوف المتعلقـة بسـلامة المرضـى، ومسـتوى الرعايـة، ومسـتوى التعليـم والتدريـب.
٢. تمتلـك المستشـفى القـدرات والمـوارد والمنشـآت اللازمـة لتوفيـر فـرص تعلـم إكلينيكـي آمـن وذا صلـة، والإشـراف الإكلينيكـي والخبـرات العمليـة للطـلاب والمتعلميـن.
٣. تُحقق المستشفى في المخاوف وتتخذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها وتصحيحها.
٤. تسـعى المستشـفى وتسـتجيب لملاحظـات الطـلاب وأطبـاء الامتيـاز والأطبـاء المقيميـن والمتدربيـن بشـأن التطابـق مـع معاييـر سـلامة المرضـى ورعايتهـم، وبشـأن التعليـم والتدريـب.

المعايير ذات الصلة:

OGM.16: ثقافة السلامة؛ APC.02: متابعة متطلبات السلامة.

التعليم الطبي العادل والفعال

ADD.03: تتم عمليات التنسيب، التخطيط، التعليم، التدريب و تقييم أداء طلاب الطب وفقًا للقوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التعليم الطبي للطلاب الجامعيين

الغرض:

إن سـلامة المرضـى هـي جوهـر هـذا المعيـار. إن تعزيـز ثقافـة سـلامة المرضـى أثنـاء مراحـل التعليـم الطبـي المبكـرة أمـرا ضروريـا لبنـاء متخصصـي رعايـة صحيـة توجههـم سـلامة المرضـى.
يتطلب ذلك تقديم الدعم والموارد للمعلمين حتي يقدموا تعليما وتدريبا فعالين.
يجـب أيضًـا أن توفـر أنشـطة كليـة الطـب لطلابهـا فرصًـا للتعلـم تدمـج بيـن العلـوم الأساسـية والإكلينيكيـة، وتعتبـر سـلامة المرضـى مكونًـا رئيسـيًا فـي عمليـة التعليـم الطبـي لتمكينهـم مـن ربـط النظريـة والممارسـة وتطويـر القـدرات المهنيـة العامـة.
كما يجب إدارة ودعم المعلمين الطبيين.

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج التعليم الطبي من أجل تقييم عملية تطوير مناهج كلية الطب، ويلي ذلك طرح أسئلة على الطلاب والمعلمين أثناء عمليات التتبع والجولات بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يتم تحديد نتائج التعلم لكل مستوى من مستويات التدريب/ التعليم.
٢. يتم تطوير وتنفيذ مناهج وتقييمات كلية الطب من أجل تحقيق مخرجات التعلم المطلوبة.
٣. يتضمن منهج كلية الطب موضوعات متعلقة بسلامة المرضى.
٤. يتم اختيار المعلمين وتعريفهم وتدريبهم وتقييمهم بما يتناسب مع مسئولياتهم التعليمية والتدريبية.
٥. يتم توفير ما يلزم من دعم وموارد ووقت للمعلمين من أجل الإضطلاع بمسئولياتهم التعليمية والتدريبية.

المعايير ذات الصلة:

OGM.16: ثقافة السلامة.

ADD.04: ترتيب أنشطة أطباء الامتياز والأطباء المقيمين.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

أنشطة أطباء الامتياز والأطباء المقيمين

الغرض:

بينما تعتمد عملية التعلم على قدرات المتعلمين وتفانيهم، يجب على المستشفيات تقديم الدعم من أجل ضمان قدرة أطباء الامتياز والأطباء المقيمين على إظهار الممارسة الطبية الجيدة المتوقعه منهم وتحقيق نتائج التعلم المطلوبة في مناهجهم الدراسية.

يجب على المستشفى وضع برنامج تعليمي لأطباء الامتياز والأطباء المقيمين. يجب أن يتناول هذا البرنامج على الأقل ما يلي :

أ. تحديد نطاق تقييم وعلاج أطباء الامتياز والأطباء المقيمين للمرضى.
ب. تقديم الدعم التعليمي.
ج. تصميم مناهج وتقييمات طلبة الدراسات العليا.
د. تقديم التثقيف حول سياسات وإجراءات وخطط المستشفى والأنظمة الأخرى.
ه. تخصيص وقت للتعلم أثناء تأدية أطباء الامتياز والأطباء المقيمين للعمل الإكلينيكي أو الطبي، أو أثناء التدريب الأكاديمي، وكذلك تخصيص وقت لحضور الجلسات التعليمية المنظمة، وأيام التدريب، والدورات التدريبية، وفرص التعلم الأخرى.

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج التعليم الطبي من أجل تقييم عملية تطوير مناهج طلبة الدراسات العليا وعملية التعليم ومجال عمل أطباء الامتياز والأطباء المقيمين، ويلي ذلك عقد مقابلات مع هؤلاء الطلبة والمشرفين عليهم أثناء عمليات التتبع والمرور بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

يوجد بالمستشفى برنامج معتمد يشمل جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).
تعريف أطباء الامتياز والأطباء المقيمين بنطاق ممارستهم.
تعريف والتزام أطباء الامتياز والأطباء المقيمين بقواعد ولوائح الطاقم الطبي وسياسات وإجراءات المستشفى.

تخصيص وقت لأطباء الامتياز والأطباء المقيمين من أجل التعلم.

المعايير ذات الصلة:

WFM.08: برنامج التعليم المستمر.

ADD.05: تشارك المستشفى في برامج تعليم الخريجين المتخصصة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تدريب متدربي الطب المتخصصين

الغرض:

بينما تعتمد عملية التعلم على قدرات المتعلمين وتفانيهم، يجب على المستشفيات تقديم الدعم من أجل ضمان قدرة أطباء الامتياز والأطباء المقيمين على إظهار الممارسة الطبية الجيدة المتوقعة منهم وتحقيق نتائج التعلم المطلوبة في مناهجهم الدراسية.

تضع المستشفى برنامجًا تعليميًا متخصصاً للخريجين والذي يتضمن على الأقل ما يلي:

أ. متطلبات واضحة للمناهج وعملية التقييم.

ب. برنامج تعريفي تعليمي للتأكد من أن المتدربين يفهمون طبيعة مناهجهم.

ج. الخبرة العملية الكافية لتحقيق والحفاظ على الكفاءات الإكلينيكية أو الطبية (أو كليهما) التي تتطلبها مناهجهم الدراسية.

د. إتاحة الفرصة للعمل والتعلم مع أعضاء آخرين من الطاقم الطبي من أجل دعم العمل متعدد التخصصات بين المهنيين.

ه. اجتماعات منتظمة ومفيدة مع المشرفين الإكلينيكين والتعليميين.

لا ينبغي أن يتأثر سير عملية التعليم والتدريب بالأوامر المستمرة لإنجاز المهام سواء الروتينية أو بعد ساعات العمل والتي لا تحقق استفادة أو تضيف القليل لعملية للتعليم والتريب

عند طلب التقييمات، يجب أن يتم التخطيط لها وفقًا لمتطلبات المناهج المعتمدة ويجب أن يكون تسلسلها وفقاً للمرحلة التعليمية والتدريبية التي وصل إليها الأطباء.

يتم إجراء التقييمات بمعرفة شخص يمتلك الخبرة المناسبة في المجال الذي يتم تقييمه، والذي بدوره يكون تم اختياره وتقديم الدعم له وتقييمه بالشكل الملائم

دليل عملية المراجعة:

قد يعقد مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جلسة مراجعة تفاعلية لبرنامج التعليم الطبي من أجل تقييم مناهج الدراسات العليا وعمليات التقييم والأنشطة والسجلات التعليمية، ويلي ذلك إجراء مقابلات مع هؤلاء الطلبة والمشرفين عليهم أثناء عمليات التتبع والجولات بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

يوجد بالمستشفى برنامج معتمد يشمل جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (هـ).

تعريف والتزام متدربي التخصصات الطبية بقواعد ولوائح الطاقم الطبي وسياسات وإجراءات المستشفى.

يلتزم متدربو التخصصات الطبية بسياسات وإجراءات المستشفى.

يتم تدريب المعلمين وتقييمهم في التقييمات التي يُطلب منهم القيام بها.

المعايير ذات الصلة:

WFM.08: برنامج التعليم المستمر.

برنامج أبحاث عادل وفعال

ADD.06: تضع المستشفى إطارًا أخلاقيًا لأنشطة البحث.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

إطار أخلاقي للأبحاث

الغرض:

نظرًا لأن الشاغل الأساسي في إجراء الأبحاث هو أخلاقيات البحث، فعادة ما تقوم المستشفيات بتكليف لجنة لتكون مسئولة عن المراجعة الأخلاقية لبروتوكولات البحث والوثائق الداعمة لها.

وتكون الموافقة أو الرفض قائمة على القبول الأخلاقي للبحث، ويشمل ذلك قيمته الاجتماعية وصحته العلمية، والتناسب المقبول بين الاستفادة المحتملة منه مقابل مخاطر الضرر، وتقليل المخاطر إلى الحد الأدنى، وما يكفي من إجراءات للحصول على الموافقة المبنية على المعرفة المسجلة (ومنها الملاءمة الثقافية وآليات ضمان التطوع)، وإجراءات ضمان حماية الفئات الضعيفة من السكان ، وإجراءات عادلة لاختيار المشاركين، والاهتمام بتأثير البحث على المجتمعات التي ينتمي إليها المشاركين أثناء البحث وبعد الانتهاء منه على حد سواء. وتشمل المراجعة أيضًا أي مراجعات علمية سابقة وكذلك القوانين المعمول بها.

تُشكل لجنة أخلاقيات البحث (REC) وفقًا لميثاق أو وثيقة أخرى تحدد الطريقة التي سيتم بها اختيار أعضاء ورئيس اللجنة.

تدعم المستشفى لجنة أخلاقيات البحث بعدد كاف من العاملين المدربين لتمكينها من أداء مسئولياتها الفنية والإدارية؛ كما تمدها أيضًا بالموارد التي قد يحتاجها العاملين لأداء المهام الموكلة إليهم، ويشمل ذلك المكاتب والمعدات والمستلزمات (مثل أجهزة الكمبيوتر، والأدوات المكتبية، والتليفونات، وماكينات التصوير، وماكينة فرم الأوراق) من اجل أداء الأعمال الإدارية، ولحفظ ملفات اللجنة، والحفاظ علي الوثائق مؤمنة و سرية

يشمل الدعم توفير مساحة مناسبة للجنة لعقد اجتماعاتها ووسائل التواصل المناسبة بين الأعضاء حسب الحاجة في الفترات بين الاجتماعات؛ والموارد المالية الكافية لتمكين اللجنة من تقديم أعمال عالية الجودة.

تضمن المستشفى تدريب أعضاء اللجنة على دور ومسئوليات لجنة أخلاقيات البحث، وعلي الاعتبارات الأخلاقية الكاملة للبحث مع المشاركين من البشر؛ والعناصر الأساسية لمنهجية البحث وتصميمه (للأعضاء الذين ليس لديهم هذه الخلفية)؛ تأثير التصاميم والأهداف العلمية المختلفة على أخلاقيات الدراسة البحثية؛ ومختلف نُهج إدراك وحل التوترات التي قد تنشأ بين مختلف الاعتبارات الأخلاقية وأنماط التفكير الأخلاقي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يُقيم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الأنشطة البحثية خلال جلسة مقابلة القيادات، ثم يلي ذلك مقابلة بعض أعضاء اللجنة إما من خلال جلسة مركزة أو أثناء عمليات التتبع والجولات بالمستشفى.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة وثائق هيكل اللجنة وجدول أعمال الاجتماعات وملاحظات الاجتماعات.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. تضمن المستشفى أن لجنة أخلاقيات البحث تضم أعضاء من مختلف التخصصات، وأنها تضم أفرادًا لديهم خلفيات ذات صلة بمجالات البحث.
٢. تدعم المستشفى اللجنة بالموارد، والتي تشمل العاملين والمنشآت والموارد المالية.
٣. أعضاء اللجنة مدربون ويمتلكون الكفاءة لأداء عملهم.
٤. تضع اللجنة الحد الأدنى من متطلبات الموافقة على بروتوكولات البحث.
٥. توافق اللجنة على جميع بروتوكولات البحث التي تشمل التجربة على أشخاص على النحو المطلوب بموجب القانون واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

OGM.18: إدارة الأخلاقيات؛ OGM.06: هيكل اللجنة.

ADD.07: حماية حقوق المريض أثناء أنشطة البحث.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المريض أثناء البحث

الغرض:

فـي الأبحـاث المقبولـة أخلاقيـاً، يتـم تقليـل المخاطـر إلـى الحـد الأدنـى وتكـون معقولـة مقارنـةً بالاسـتفادة المحتملـة مـن الدراسـة البحثيـة. وقـد تختلـف طبيعـة المخاطـر وفقًـا لنـوع البحـث الـذي سـيتم إجـراؤه، وقـد يحـدث الضـرر إمـا علـى مسـتوى الفـرد أو علـى مسـتوى الأسـرة أو مجموعـة السـكان المسـتهدفة.

فالمشـاركة فـي تجربـة بحثيـة قـد يشـعر المشـاركين بالخـوف وعـدم الثقـة ، كمـا أنهـم قـد يخشـون الانسـحاب منهـا خوفـاً مـن تعرضهـم للتمييـز

إن اختـراق الخصوصيـة وانتهـاك السـرية أمـرًا يـدل علـى عـدم احتـرام المشـاركين وقـد يـؤدي إلـى الشـعور بفقـدان السـيطرة أو الإحـراج، فضـلاً عـن الأضـرار الملموسـة مثـل الوصـم الاجتماعـي أو الرفـض مـن الأسـر أو المجتمعـات أو ضيـاع الفـرص مثـل فرصـة الحصـول علـى عمـل أو سـكن.

إن الأسـاس الأخلاقـي للموافقـة المبنيـة علـي المعرفـة هـو مبـدأ احتـرام الأشـخاص. ويحـق للأفـراد الذيـن يملكـون الأهليـة أن يكـون لهـم حريـة اختيـار المشـاركة أو عـدم المشـاركة فـي البحـث، وأن يتخـذوا قـرارات بنـاءً علـى فهـم كافٍ لمـا يسـتلزمه البحـث.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات الأبحاث والتي تشمل على الأقل:

أ. الأهلية للتسجيل في المشاريع أو البروتوكولات البحثية
ب. حقوق المريض أثناء المشاركة في البحث
ج. ضمان سرية الصور ومعلومات المريض المدرجة في البحث
د. حق المريض في الانسحاب من تجربة البحث دون الخوف من العقاب

لا ينبغـي حرمـان أي شـخص مـن نصيبـه العـادل مـن فوائـد البحـث؛ وتشـمل الفوائـد المباشـرة مـن وراء المشـاركة (إن وجـدت) بالإضافـة إلـى المعرفـة الجديـدة التـي صمـم البحـث لتحقيقهـا.

يجـب الحصـول علـى الموافقـات المبنيـة علـي المعرفـة ؛ كمـا يجـب أن يتخـذ مُفَـوض ولـي الأمـر القـرارات الخاصـة بالأطفـال أو البالغيـن الذيـن ليـس لديهـم القـدرة العقليـة لتقديـم الموافقـة المبنيـة علـي المعرفـة.

دليل عملية المراجعة:

- قـد يُقيـم مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة الأنشـطة البحثيـة خـلال جلسـة مقابلـة القيـادات، ثـم يلـي ذلـك مقابلـة بعـض أعضـاء اللجنـة إمـا مـن خـلال جلسـة مركـزة أو أثنـاء عمليـات التتبـع والمـرور بالمستشـفى.
- قد يجري مُراجع الهيئة مقابلة مع المرضى المشاركين في الأنشطة البحثية للتحقق من التطابق مع المعيار.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. يوجد بالمستشفى برنامج معتمد يشمل جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (د).
٢. جميع الباحثين على دراية بمتطلبات السياسة.
٣. موافقة المريض على المشاركة في البحث توضع بعد توقيعها في ملف البحث وفي سجل المريض الطبي.
٤. عنـد ظهـور مشـكلات تتعلـق بسـلامة المرضـى أثنـاء البحـث، يتـم إبـلاغ المرضـى واتخـاذ الإجـراءات لضمـان سـلامة المرضـى.

المعايير ذات الصلة:

PCC.04: حقوق المريض والأسرة؛ OGM.16: ثقافة السلامة.

برنامج زرع أعضاء عادل وفعال

ADD.08: تحديد عملية الحصول على الأعضاء والأنسجة.

العدالة

الكلمات الرئيسية:

اختيار التبرع بالأعضاء/ الأنسجة

الغرض:

أقرت منظمة الصحة العالمية مجموعة من المبادئ التوجيهية التي تتناول الجوانب الأخلاقية لزراعة الأعضاء مثل التبرع الطوعي وغير المدفوع، وكذلك قضايا إمكانية الوصول الشامل إلى خدمات زراعة الأعضاء والأنسجة، والتوافر، والسلامة، وجودة الإجراءات.

يجب بذل الجهود من أجل ضمان حظر الاتجار بالأعضاء وسياحة زرع الأعضاء.

يجب أن تشجع المستشفى التبرع بدافع حاجة المتلقي والفائدة العائدة على المجتمع.

في جميع الأحوال، يجب تحديد جميع الممارسات التي تشجع على الحصول على الخلايا والأنسجة والأعضاء من أجل الزرع تحديدا واضحا.

يجب أي اجراءات في أي من الإجراءات التي تُشجع التبرع ، يجب أن تحترم كرامة المتبرع وتعزز الاعتراف المجتمعي بطبيعة التبرع بالخلايا والأنسجة والأعضاء.

تضع المستشفى سياسة وإجراءات تتناول ما يلي:

أ. آلية إخطار المرضى وأسرهم بخيار التبرع أو رفض التبرع بأية أعضاء أو أنسجة وكذلك آلية تسجيل القرار.

ب. يجب إبلاغ المتبرعين الأحياء بالمخاطر والفوائد والعواقب المحتملة للتبرع بطريقة كاملة ومفهومة؛ ويجب أن يمتلكوا الأهلية القانونية ويكونوا قادرين على تقدير المعلومات؛ ويجب أن يتصرفوا بإرادتهم دون أي تأثير أو إكراه لا داعي له.

ج. تطبيق مبدأ السرية والحساسية، حسب الاقتضاء، على ظروف ومعتقدات ورغبات أسر المتبرعين المحتملين.

د. يجب على متخصصي الرعاية الصحية ألا يشرعوا في إزالة أو التعامل مع أو زرع الخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء إلا عندما يكون التبرع طوعي وغير مدفوع حقًا غير مدفوع وتطوعي بالكامل.

ه. يمكن إزالة الأنسجة أو الأعضاء من جسم قاصر على قيد الحياة لغرض الزرع وفقًا للقوانين واللوائح والمعايير المهنية.

و. معايير تقييم المتبرعين قبل الزرع تشمل: الفحص المبدئي، وتحاليل الدم، والتقييمات الجسدية والنفسية والاجتماعية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يُقيم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أنشطة التبرع بالأعضاء أثناء عمليات التتبع والمرور بالمستشفى، ثم يلي ذلك مقابلة العاملين المشاركين في عملية التبرع بالأعضاء/ الأنسجة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة السجل الطبي لمتبرع.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. اعتمدت المستشفى وثيقة اختيار المتبرعين بالأعضاء والتي تشمل جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (و).

٢. يتم الترويج للتبرع بالخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء البشرية عن طريق الإعلان أو مناشدة الجمهور وفقًا للقوانين واللوائح.

٣. لا يشترك الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية في إجراءات الزرع، إذا تم الحصول على الخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء المعنية من خلال الاستغلال أو الإكراه أو الدفع للمتبرع.
٤. توجد إجراءات محددة لحماية المتبرعين القصر.
٥. أخذ موافقة المتبرع بالأنسجة/ الأعضاء وتسجيلها في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

PCC.11: الموافقة المبنية علي المعرفة؛ PCC.04: حقوق المريض والأسرة.

ADD.09: تقديم خدمات زراعة الأعضاء والأنسجة وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها السياسة المعتمدة للمؤسسة وأدلة العمل/ البروتوكولات الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات زراعة الأعضاء/ الأنسجة

الغرض:

في الوقت الراهن، يعتبر زرع الأعضاء أفضل علاج معترف به لإنقاذ الحياة عند فشل العضو في المرحلة الأخيرة وأنه غالبا العلاج الوحيد.

تشير أحدث البيانات الصادرة عن المرصد العالمي للتبرع بالأعضاء وزراعتها التابع لمنظمة الصحة العالمية (GODT) إلى أنه يتم إجراء أكثر من ١٣٠,٠٠٠ عملية زرع أعضاء في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من أن هذه البيانات تبدو مبهرة، إلا أنها تمثل أقل من ١٠٪ من الحاجة العالمية.

علاوة على ذلك، يوجد تباين كبير في توافر الخدمات وإمكانية الوصول إليها حيث تختلف معدلات التبرع بالأعضاء وزراعتها بشكل كبير بين أقاليم منظمة الصحة العالمية. وتؤدي حالة النقص الحاد في الأعضاء إلى ارتفاع معدلات الوفيات بين الأشخاص الموجودين على قوائم الانتظار أو تدفع الأفراد (عادةً الأغنياء) إلى الحصول على عضو من خلال مسارات غير قانونية وغير أخلاقية (عادةً من الفقراء والضعفاء).

يوجد بالمستشفى سياسة وإجراءات معتمدة تصف الآليات التي تتناول الحصول على الأعضاء والأنسجة الأخرى وزراعتها؛ وتتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

أ. معايير تحديد المتبرعين المحتملين بالأعضاء والأنسجة.
ب. معايير تقييم الأنسجة/ الأعضاء قبل الزرع والتي تشمل: الفحص المبدئي والفحوصات الكلية و المجهرية macro and microscopic tests عند الحاجة ومطابقة التوافق.
ج. الإقامة في المستشفى بعد الزرع وخطط الرعاية وخطط التعافي والإرشادات الصحية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يُقيم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أنشطة الحصول على الأعضاء/ الأنسجة وزراعتها أثناء عمليات التتبع المرور بالمستشفى ، ثم يلي ذلك مقابلة العاملين المشاركين في هذه العملية.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سياسة الحصول على/ زرع الأعضاء أو الأنسجة.
- قد يقوم مُراجع الهيئة بمراجعة سجل المريض الطبي لمستفيد من عملية زرع الأعضاء/ الأنسجة.

أدلة التطابق مع المعيار:

١. اعتمدت المستشفى وثيقة تتناول جميع النقاط المذكورة في الغرض من نقطة (أ) إلى نقطة (ج).
٢. جميع العاملين المشتركين في عمليات زرع الأعضاء/ الأنسجة على دراية بسياسة المستشفى.

٣. تطبيق معايير تقييم ما قبل الزرع على جميع المرضى وتسجيلها في سجل المريض الطبي.
٤. تسجيل خطط رعاية ما بعد الزرع والتعليمات الصحية في سجل المريض الطبي.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08: مسئولية رعاية المريض؛ ICD.14: خطة الرعاية؛ ICD.08: التقييمات الطبية للمرضى.

أنشطة عملية المراجعة والاستعداد لها

مقـدمـة:

- تتضمن عملية المراجعة التي تقوم بها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إجراء جولات في المباني، ملاحظة السجلات الطبية للمرضى وملفات العاملين وملفات مؤهلات العاملين، إجراء مقابلات مع العاملين والمرضى.
- عملية المراجعة عبارة عن نشاط جمع معلومات من أجل تحديد مدى تطابق المؤسسة مع معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

نصائح حول الجاهزية:

لتيسير إكمال عملية المراجعة في الوقت المحدد، يجب أن تكون جميع المعلومات والوثائق متاحة بسهولة للمُراجعين لمراجعتها أثناء عملية المراجعة.

في حالة تغيب أحد العاملين المعينين، فسيواصل الفريق إجراء عملية المراجعة. وقد يستطيع الانضمام إلي المراجعة عند تواجده .

قد تكون الملفات ورقية أو إلكترونية؛ ولكن يجب أن تكون المعلومات، في جميع الأوقات، آمنة ومُؤَمّنة من الحصول عليها بطريقة غير مصرح بها، كما يجب أن تكون محدثة ومتاحة بسهولة للعاملين المصرح لهم بذلك

م	النشـــــاط	الإطـــار الزمني	الموقـع في جـــدول أعمال عملية المراجعة
١	الوصول والتنسيق	٣٠- ٦٠ دقيقة	اليوم الأول، عند الوصول
٢	المؤتمر الافتتاحي	١٥ دقيقة	اليوم الأول، في أقرب وقت ممكن
٣	التعريف بالمستشفى	٣٠- ٦٠ دقيقة	اليوم الأول، في أقرب وقت ممكن
٤	تخطيط عملية المراجعة	٣٠- ٦٠ دقيقة	اليوم الأول، في أقرب وقت ممكن
٥	جلسة مراجعة الوثائق	٦٠- ١٨٠ دقيقة	
٦	تتبع رحلة المريض	٦٠- ١٢٠ دقيقة	يحدث نشاط تتبع الأفراد طوال عملية المراجعة؛ ويختلف عدد الأفراد الذين يتتبعهم المُراجعون بحسب المؤسسة.
٧	استراحة	٣٠ دقيقة	في وقت يتم التفاوض عليه مع المستشفي اجتماع الفريق/التخطيط بين المُراجعون.
٨	تقديم بيان موجز يوميا	١٥- ٣٠ دقيقة	بداية كل يوم من أيام عملية المراجعة باستثناء اليوم الأول؛ يمكن جدولته في أوقات أخرى حسب الضرورة.
٩	مراجعة ملفات العاملين	٣٠- ٦٠ دقيقة	بعد القيام ببعض أنشطة تتبع الأفراد؛ في وقت يتم التفاوض عليه مع المستشفى.
١٠	مراجعة خطط سلامة البيئة والمنشآت	٤٥- ٩٠ دقيقة	بعد القيام ببعض أنشطة تتبع الأفراد؛ في وقت يتم التفاوض عليه مع المستشفى.
١١	جولة تقييم بيئة الرعاية	٦٠- ٢٤٠ دقيقة	بعد مراجعة الوثائق
١٢	مقابلة القيادات	٦٠ دقيقة	خلال بداية أو منتصف عملية المراجعة
١٣	مراجعة الإشراف المالي	٦٠ دقيقة	بعد مقابلة القيادات
١٤	مراجعة سجل المريض الطبي	٦٠- ١٢٠ دقيقة	قرب نهاية عملية المراجعة
١٥	مراجعة إدارة الدواء	٦٠- ١٢٠ دقيقة	في منتصف عملية المراجعة
١٦	مراجعة مكافحة ومنع انتشار العدوى	٦٠- ١٢٠ دقيقة	في منتصف عملية المراجعة
١٧	مراجعة برنامج الجودة	٦٠ دقيقة	قرب نهاية عملية المراجعة
١٨	إعداد التقرير	٦٠- ١٢٠ دقيقة	اليوم الأخير من عملية المراجعة
١٩	التقرير التنفيذي	١٥ دقيقة	اليوم الأخير من عملية المراجعة
٢٠	مؤتمر الإنهاء	٣٠ دقيقة	اليوم الأخير، آخر نشاط من أنشطة عملية المراجعة

الوصول والتنسيق

لماذا سيحدث ذلك؟

لبدء عملية المراجعة في الوقت المحدد، يقوم مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية باستغلال الوقت في مراجعة ما تُركز عليه عملية المراجعة في ضوء الطلب المقدم.

ماذا سيحدث؟

يصل مُراجعي الهيئة إلى المستشفى، وربما يقدمون أنفسهم إلى مكتب استقبال أو أمن المستشفى. يكون منسق عملية المراجعة بالمستشفى متواجدا للترحيب بمُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

كيف تستعد؟

حدد مكانا يمكن أن ينتظر فيه المُراجعين ليستقبلهم فيه العاملين بالمستشفي ، وحدد مكانًا يمكن للمُراجعين اعتباره محطة عمل لهم طوال عملية المراجعة.

المدة المقترحة لهذه الخطوة تبلغ حوالي ٣٠ إلى ٦٠ دقيقة. يحتاج المُراجعون إلى مساحة عمل يمكنهم استخدامها كمكان للعمل المكتبي لهم طوال مدة عملية المراجعة. يجب أن تحتوي هذه المنطقة على مكتب أو طاولة، ونقطة اتصال بالإنترنت وتليفون، ومقبس كهرباء، إن أمكن. وعليك إعطاء المُراجعين اسم ورقم تليفون منسق عملية المراجعة.

من ينبغي أن يتعاون؟

يتضمن المشاركون المقترحون فريق عمل وقيادات المستشفى.

المؤتمر الافتتاحي

لماذا سيحدث ذلك؟

هذه فرصة لمشاركة فهم موحد لهيكل عملية المراجعة، والإجابة على الأسئلة حول أنشطة عملية المراجعة، وخلق توقعات مشتركة.

ماذا سيحدث؟

يقوم مُراجعي الهيئة بتقديم أنفسهم ووصف كل عنصر من عناصر جدول أعمال عملية المراجعة. وينبغي في هذا الوقت طرح أسئلة حول زيارة المراجعة وجدول الأنشطة وتوافر الوثائق أو الأشخاص الموجودين وأي موضوعات أخرى ذات صلة.

كيف تستعد؟

تخصيص غرفة أو مساحة تستوعب جميع المشاركين وتسمح بإجراء مناقشة تفاعلية.

من ينبغي أن يتعاون؟

يتضمن المشاركون المقترحون أعضاء الهيئة الحاكمة والقيادات العليا. يجب أن يكون الحاضرون قادرين على القيام بمسئوليات القيادة فيما يتعلق بالتخطيط وتخصيص الموارد والإدارة والإشراف وتحسين الأداء والمساعدة في تنفيذ رسالة المؤسسة وأهدافها الاستراتيجية.

التعريف بالمستشفى

لماذا سيحدث ذلك؟

يتعرف مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على المستشفى من خلال عرض تقديمي أو حوار تفاعلي من أجل المساعدة في تركيز أنشطة عملية المراجعة اللاحقة.

ماذا سيحدث؟

يقوم ممثل المستشفى (عادة مدير المستشفى أو من ينوب عنه) بتقديم معلومات عن المستشفى.

كيف تستعد؟

قـم بإعداد ملخص موجز (أو عرض تقديمي) عن المستشفى والذي يتضمن على الأقل معلومات عن:

- رسالة ورؤية المستشفى وأهدافها الاستراتيجية
- هيكل المستشفى وموقعها الجغرافي
- إدارة المعلومات وخاصة تنسيق وحفظ السجلات الطبية
- الخدمات المتعاقد عليها
- التطابق مع متطلبات السلامة الوطنية
- ملخص عن المشاركة المجتمعية
- فئات المرضي (أو منطقة الخدمة الطبية) بالمستشفى وأكثر خمسة تشخيصات شيوعا وأكثر خمسة إجراءات شيوعا
- إذا كان بالمستشفى أي أنشطة أكاديمية أو بحثية أو زراعة أعضاء
- إذا كانت المستشفى تقدم أي رعاية منزلية أو خدمات خارج حدود منشآت المستشفى
- الامتثال إلى تقارير وتوصيات الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال فترة زيارة ما قبل الاعتماد

من ينبغي أن يتعاون؟

المشاركون المقترحون من بينهم المشاركين في "المؤتمر الافتتاحي".

تخطيط عملية المراجعة

لماذا سيحدث ذلك؟

لضمان كفاءة إدارة وقت عملية المراجعة.

ماذا سيحدث؟

يبدأ المُراجعون في اختيار المرضى الذين سيتم تتبعهم بناءً على الرعاية والعلاج والخدمات التي تقدمها المستشفى.

كيف تستعد؟

يضمن منسق عملية المراجعة توفر المعلومات التالية للمُراجعين:

- قائمة بالأماكن التي يتم فيها استخدام التهدئة المتوسطة والعميقة
- قائمة بالأماكن التي يتم فيها استخدام مستوى عالي من التطهير والتعقيم
- قائمة بالأقسام/ الوحدات/ المناطق/ البرامج/ الخدمات داخل المستشفى إن أمكن
- قائمة المرضى التي تشمل: الاسم والمكان والعمر والتشخيص وفترة الإقامة وتاريخ ووحدة (أو نقطة) الدخول.
- قوائـم العمليـات الجراحيـة والإجـراءات الخاصـة المجدولـة مثـل: قسـطرة القلـب، معمـل المناظيـر، العـلاج بالصدمـات الكهربائيـة، العمليـات القيصريـة، ويشـمل ذلـك مـكان وموعـد الإجـراء.

من ينبغي أن يتعاون؟

مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فقط.

جلسة مراجعة الوثائق

لماذا سيحدث ذلك؟

لمساعدة مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على فهم عمليات المستشفى.

ماذا سيحدث؟

يقوم مُراجعي الهيئة بمراجعة السياسات المطلوبة (أو غيرها من وثائق نظام إدارة الجودة) ومكونات السياسة على أساس معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

كيف تستعد؟

يتأكد منسق عملية المراجعة من أن جميع وثائق نظام إدارة الجودة الحالية والسارية والمعتمدة متاحة للمراجعة إما في شكل ورقي أو إلكتروني (يجب أن تكون الموافقة مرئية وواضحة وأصلية).

يُنصح باستخدام العلامات المرجعية أو الملحوظات العثور للتيسير علي المراجعين إيجاد البنود التي يبحثون عنها .

- قائمة الاختصارات غير المعتمدة
- بيانات تحسين الأداء من آخر ١٢ شهر.
- وثائق مشروعات تحسين الأداء الجاري تنفيذها، وتتضمن أسباب تنفيذ المشاريع وما تحقق من تقدم يمكن قياسه (يمكن أن يكون هذا موثقاً في محاضر اجتماعات الهيئة الحاكمة أو غيرها من محاضر الاجتماعات).
- وثائق مسار حركة المرضى: لوحات المعلومات والتقارير الأخرى التي تراجعها قيادات المستشفى؛ ووثائق أي مشاريع مسار حركة المرضى التي يجري تنفيذها (تتضمن أسباب تنفيذ المشاريع)؛ وبيانات النتائج الداخلية التي يتم جمعها من قسم الطوارئ والأقسام الداخلية بالمستشفى والخدمات التشخيصية وخدمات الدعم مثل نقل المرضى. والفندقة
- التحليل الخاص بعملية عالية الخطورة.
- سياسة إدارة الطوارئ.
- بروتوكولات إدارة الطوارئ.
- تقييم المخاطر السنوي ومراجعة البرنامج السنوية.
- الأهداف ذات الأولوية والقائمة على التقييم.
- بيانات ترصد مكافحة العدوى من آخر ١٢ شهر.

من يتعاون؟

منسق عملية المراجعة والشركاء في وضع السياسة

تتبع رحلة المريض

لماذا سيحدث ذلك؟

يُعرف تتبع رحلة المريض بأنه "تقييم، يجريه المُراجعون الذين يتابعون عن كثب تسلسل خطوات لرعاية المريض الإكلينيكية، والعمليات في المستشفي التي توجه جودة وسلامة الرعاية المقدمة" (جرينفيلد وآخرون، ٢٠١٢أ: ٤٩٥). يتتبع مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مسار الرعاية والخدمات المقدمة إلى المريض لتقييم العلاقات بين التخصصات والمهام الهامة وتقييم أداء العمليات ذات الصلة بالفرد.

ماذا سيحدث؟

- تأخذ عملية التتبع المُراجعين عبر مجموعة متنوعة من الخدمات.
- تعتمد منهجية التتبع علي إجراء مناقشات وجهاً لوجه مع متخصصي الرعاية الصحية والعاملين والمرضى، إلى جانب مراجعة سجل المريض الطبي وملاحظات المُراجعين.
- وتعد جودة ودقة توقيت المدخلات وإمكانية قراءة ما يتم تسجيله في سجل المريض الطبي من الأمور الضرورية أيضًا لتقديم رعاية آمنة وفعالة نظراً لأن متخصصي الرعاية الصحية يعتمدون عليها في التواصل مع بعضهم البعض بشأن احتياجات وقرارات العلاج.

- يساعد ذلك في توجيه المُراجعين وهم يتتبعون تقدم المريض.
- يبدأ التتبع في المكان الذي يوجد فيه المريض وسجله الطبي. ويبدأ المُراجع التتبع بمراجعة ملف الرعاية مع الفرد المسئول عن الرعاية أوالعلاج أو الخدمات. ثم يبدأ المُراجع التتبع باتباع مسار الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة إلى المريض من قبل دخول المستشفى حتى بعد الخروج منها، وتقييم العلاقات المتبادلة بين التخصصات أو الأقسام أو البرامج أو الخدمات أو الوحدات (حيثما أمكن)، والوظائف المهمة في الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة والتي قد تؤدي إلى تحديد القضايا المتعلقة بعمليات الرعاية.
- يمكن مراجعة غالبية معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أثناء تتبع رحلة المريض، والتي ربما تشمل أيضًا إجراء مقابلات مع العاملين أو المرضى أو أفراد الأسرة.
  - ربما تُجرى مقابلة مع العاملين لتقييم عمليات المؤسسة التي تدعم أو قد تعوق علاج وخدمات المرضى، والاتصالات، والتنسيق مع العاملين الآخرين، وتخطيط الخروج من المستشفى، وغيرها من الموارد والعمليات ذات الصلة بالانتقالات المتاحة من خلال المستشفى، والوعي بالأدوار والمسئوليات المتعلقة بالسياسات المختلفة.
  - ربما تُجري مقابلات مع المرضى أو أفراد الأسرة لتقييم التنسيق ودقة توقيت الخدمات المقدمة والتوعية، ويشمل ذلك تعليمات الخروج من المستشفى وإدراك الرعاية أو العلاج أو الخدمات، وفهم التعليمات (على سبيل المثال: النظام الغذائي أو قيود الحركة، والأدوية، وتعليمات الخروج ومتابعة متخصص الرعاية الصحية) حيثما أمكن.

<u>كيف يتم الاستعداد؟</u>

- يجب بذل كل جهد ممكن لضمان سرية وخصوصية المرضى أثناء عمليات التتبع، بما في ذلك عدم تسجيل مقاطع فيديو أو تسجيل صوتي وعدم الازدحام.
- ربما يصل المُراجع إلى أحد الأقسام ويحتاج إلي أن ينتظر حتى يأتي العاملون. وإذا حدث ذلك، ربما يستغل المُراجع هذا الوقت في تقييم الأمور المتعلقة ببيئة الرعاية أو يقوم بملاحظة الرعاية أو العلاج أو الخدمات التي يتم تقييمها.
- ستُبذل كل الجهود لتجنب وجود العديد من المتتبعين أو الجولات في نفس المكان وفي نفس الوقت.

<u>من ينبغي أن يتعاون؟</u>

منسق عملية المراجعة وأحد العاملين (عند الحاجة).

استراحة

<u>لماذا سيحدث ذلك؟</u>

لإتاحة الوقت أمام المُراجعين والعاملين بالمستشفى لاستخدام المعلومات التي حصلوا عليها.

<u>ماذا سيحدث؟</u>

يجتمع مُراجعي الهيئة في مكان إجتماعهم وحدهم.

<u>كيف تستعد؟</u>

التأكد من أن المكان لن يُستخدم في غير فترة الاستراحة.

<u>من ينبغي أن يتعاون؟</u>

مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فقط.

تقديم بيان موجز يومياً

لماذا سيحدث ذلك؟

يلخص مُراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أحداث اليوم السابق وينقلوا الملاحظات حسب مجالات المعايير.

ماذا سيحدث؟

يلخص مُراجعي الهيئة بإيجاز أنشطة عملية المراجعة المنجزة في اليوم السابق.

يقدم مُراجعي الهيئة تعليقات عامة بشأن الأمور المهمة من اليوم السابق وملاحظة عدم التطابق مع المعايير المحتمل، مع التركيز على سلامة المرضى.

يخصص مُراجعي الهيئة بعض الوقت للحصول على المعلومات التي ربما فاتتهم أو التي طلبوها أثناء اليوم السابق خلال عملية المراجعة.

* ملاحظة: ربما يقدم العاملين بالمستشفى إلى المُراجعين المعلومات المتعلقة بالإجراءات التصحيحية التي يجري تنفيذها بشأن أي من الأمور التي تتعلق بعدم التطابق مع المعايير. وقد يستمر المُراجعين في تسجيل الملاحظات والنتائج.

كيف تستعد؟

يجب توفير غرفة لاستيعاب جميع الحاضرين.

من ينبغي أن يتعاون؟

يتضمن المشاركون المقترحون ممثل (ممثلين) من الإدارة، ومدير المستشفى، وقيادات المستشفى، والمسئولين عن تنسيق عملية المراجعة التي تجريها الهيئة، وغيرهم من العاملين وفقًا لتقدير قيادات المستشفى.

مراجعة ملفات العاملين

لماذا سيحدث ذلك؟

إن مراجعة الملفات، في حد ذاتها، ليست محور التركيز الأساسي لهذه الجلسة؛ ولكن يتحقق المراجع من المعلومات المتعلقة بالعملية من خلال المكتوب في ملفات العاملين. ويحدد المُراجع أحد العاملين الذين يفضل مراجعة ملفاتهم.

ماذا سيحدث؟

- ربما يضمن مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة عينة عشوائية من ملفات العاملين.
- الحد الأدنى لعدد سجلات العاملين المختارة للمراجعة هو خمسة ملفات.
- الحد الأدنى لعدد سجلات ملفات الحالة التي يجب على المراجع اختيارها ليتم مراجعتها لا يزيد عن ٥ (خمسة) سجلات.
- إذا تم الوصول إلى نتائج أثناء مراجعة الملفات، ربما يطلب فريق المراجعة عينات ملفات إضافية لإثبات النتائج المسجلة من العينة الأولية.
- طوال عملية المراجعة، إذا لوحظ عدد كبير من النتائج، ربما يوثق فريق المراجعة ما إذا كانت النتائج تشكل مستوى من عدم التطابق مع المعايير.
- يجب تسجيل إجمالي عدد التسجيلات خلال فترة ستة أشهر في استمارة المراجعة
- ربما يرتكز المُراجع على تعريف العاملين، المهام الوظيفية و/ أو المسئوليات الإكلينيكية، والخبرات، والتعليم، وتقييم القدرات، والتعليم والتدريب المستمران، وتقييم الأداء، والتحقق من صحة المؤهلات، ومنح الامتيازات، وتقييم الكفاءة.

كيف تستعد؟

تقدم المستشفى قائمة كاملة بجميع العاملين، وتشمل المتعاقد معهم من خارج المستشفى، والمتعاقدون، والعاملين الذين يعملون ، والزوار والمتطوعين وغيرهم.

من ينبغي أن يتعاون؟

ممثلون عن الإدارة الطبية وإدارة التمريض إدارة الموارد البشرية.

مراجعة خطط سلامة البيئة والمنشآت

لماذا سيحدث ذلك؟

ربما يُقيم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية درجة تطابق المستشفى مع المعايير ذات الصلة ويُحدد نقاط الضعف والقوة في خطط سلامة البيئة والمنشآت.

ماذا سيحدث؟

تُعقد مناقشة جماعية. المُراجعون ليسوا المتحدثين الأساسيين في هذا الوقت؛ فهم ينصتون إلى النقاش، ويقوم المُراجع بمراجعة تصنيف مخاطر بيئة الرعاية كما هو موضح في تقييم مخاطر المستشفى وتحليل بيانات السلامة والإجراءات التي اتخذتها المستشفى.

كيف تستعد؟

التأكد من أن المسئولين عن خطط سلامة البيئة والمنشآت متواجدون للمشاركة في المناقشة.

أيضًا، يجب أن تتاح الوثائق التالية:

- تراخيص المستشفى أو ما يعادلها.
- الهيكل التنظيمي.
- خريطة المستشفى، إن وجدت.
- قائمة بجميع الأماكن المؤهلة لإجراء عملية المراجعة.
- بيانات سلامة البيئة والمنشآت.
- خطط سلامة البيئة والمنشآت وتقييمات سلامة البيئة والمنشآت السنوية.
- محضر اجتماع فريق سلامة البيئة والمنشآت المتعدد التخصصات الذي عُقد قبل عملية المراجعة.
- خطة عمليات الطوارئ والمراجعة والتحديث السنوي المسجل، ومن ذلك خطط الاتصالات.
- التدريب السنوي.

من ينبغي أن يتعاون؟

العاملون المسئولون عن سلامة البيئة والمنشآت مثل منسق إدارة السلامة، ومنسق إدارة الأمن، ومدير المنشأة، ومدير نظم مرافق المباني، وممثل تكنولوجيا المعلومات، والشخص المسئول عن إدارة الطوارئ.

جولة تقييم بيئة الرعاية

لماذا سيحدث ذلك؟

يلاحظ ويُقيم مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الأداء الفعلي للمستشفى في إدارة مخاطر البيئة والمنشآت.

ماذا سيحدث؟

ربما يبدأ مُراجع الهيئة من مكان تواجد المخاطر، أو المكان الذي تحدث به لأول مرة، أو يتخذ نهج من أعلى إلى أسفل/ من أسفل إلى أعلى.

ربما يجري مُراجع الهيئة مقابلات مع العاملين لوصف أو توضيح أدوارهم ومسئولياتهم لتقليل المخاطر، وما الذي يجب عليهم فعله في حالة حدوث مشكلة أو حادث، وكيفية الإبلاغ عن المشكلة أو الحادث.

ربما يُقيم المُراجع أي ضوابط مادية لتقليل المخاطر (مثل: المعدات والإنذارات وخصائص المبنى)، وربما يُقيم خطة الطوارئ للاستجابة لتعطل أو خلل أنظمة المرافق (مثل: مصدر بديل للمرافق، وإخطار العاملين، وكيف ومتى يتم إجراء

التدخلات الإكلينيكية الطارئة عند تعطل أنظمة المرافق، وكيف ومتى يتم الحصول على خدمات الصيانة)، وربما يُقيم ما إذا كانت المعدات أو الإنذارات أو خصائص المبنى متوفرة للتحكم في أحد المخاطر المعينة، مع مراجعة تنفيذ إجراءات الفحص أو الاختبار أو الصيانة ذات الصلة.
ربما يُقيم المُراجع أيضًا إدارة المواد الخطرة، وإدارة النفايات، واجراءات السلامة أو الأمن.

كيف تستعد؟
التأكد من أن المفاتيح ووسائل وجهات الاتصال متاحة حتى يتمكن مُراجع الهيئة من الوصول إلى جميع مرافق المستشفى بسلاسة.

من ينبغي أن يتعاون؟
العاملون المسئولون عن سلامة البيئة والمنشآت مثل منسق إدارة السلامة، ومنسق إدارة الأمن، ومدير المنشأة، ومدير نظم مرافق المباني، وممثل تكنولوجيا المعلومات، والشخص المسئول عن إدارة الطوارئ.

مقابلة القيادات

لماذا سيحدث ذلك؟
سيتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على هيكل وعمليات الإدارة و الحوكمة بالمستشفي.

ماذا سيحدث؟
يتناول مُراجع الهيئة الأمور التالية:

- هيكل وتكوين الهيئة الحاكمة.
- أداء الهيئة الحاكمة ومشاركتها وإشراكها في الإشراف والتشغيل.
- فهم الهيئة الحاكمة لدورها بالمستشفي وتنفيذها لهذا الدور.
- فهم أعضاء الهيئة الحاكمة لنُهج وأساليب تحسين الأداء.
- معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بشأن القيادة والمتعلقة بالهيئة الحاكمة والتوجيهات والقيادة بالمستشفى، ومنها الثقافة التنظيمية.
- ربما يستكشف المُراجعون، من خلال أمثلة خاصة بالمستشفى، التزام القيادة بتحسين الجودة والسلامة، وخلق ثقافة السلامة، وتحسين العمليات النشطة، والملاحظات التي قد تكون مؤشرا على الإهتمام على مستوى النظام.

كيف تستعد؟
ربما يحتاج مُراجع الهيئة منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع قيادات المستشفى.
قد يتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- هيكل المستشفى
- خطة المستشفى الاستراتيجية
- الإطار الأخلاقي للمستشفى
- محاضر اجتماعات الهيئة الحاكمة أثناء آخر ١٢ شهر
- جولات السلامة التي تقوم بها القيادات
- تقييم ثقافة السلامة
- مبادرات تقديم رعاية متمركزة حول المريض
- قوانين وقواعد ولوائح الطاقم الطبي
- محاضر اجتماعات اللجنة الطبية التنفيذية
- عملية مراجعة الأقران ونتائجها

من ينبغي أن يتعاون؟

المشـاركون المطلوبـون يتضمنـون علـى الأقـل: مديـر المستشـفى، وممثـل الهيئـة الحاكمـة ، والقيـادات المسـئولة عـن الخدمـات الإكلينيكيـة، ومديـر إدارة المـوارد البشـرية، ومنسـق تحسـين الأداء.

مراجعة الإشراف المالي

لماذا سيحدث ذلك؟

سوف يتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على هيكل وعمليات الإشراف المالي بالمستشفى.

ماذا سيحدث؟

ربمـا يتنـاول مُراجـع الهيئـة الموضوعـات المتعلقـة بالإشـراف المالـي، مثـل الملاحظـات التـي اتخذهـا أثنـاء الجـولات والتتبـع بالمستشـفى، وعمليـة إعـداد الفواتيـر، وأداء المتعاقـد معهـم، وتوافـر العامليـن والمسـتلزمات والمعـدات.

كيف تستعد؟

ربما يحتاج مُراجع الهيئة منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع ممثلي الإشراف المالي.

ربما تُراجع الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- قائمة بجميع الخدمات المتعاقد عليها.
- الاتفاق مع مقدمي الخدمات الخارجية مثل خدمات مورد الدم ومعمل الإحالة والأشعة وغيرها من الخدمات.
- بيانات مراقبة المتعاقد معهم.
- تقارير التغذية الراجعة من الجهات التي تقوم بالدفع.
- مشاريع خفض التكاليف.
- جداول المراجعة المالية وما تركز عليه ونتائجها الرئيسية.

من ينبغي أن يتعاون؟

المشـاركون المطلوبـون يتضمنـون علـى الأقـل: مديـر المستشـفى، ومديـر المشـتريات، ومديـر الخدمـات الإكلينيكيـة، والمديـر المالـي.

مراجعة سجل المريض الطبي

لماذا سيحدث ذلك؟

إن مراجعـة الملفـات، فـي حـد ذاتهـا، ليسـت محـور التركيـز الأساسـي لهـذه الجلسـة؛ ولكـن يتحقـق المُراجـع مـن المعلومـات المتعلقـة بالعمليـة مـن خـلال تسـجيلها فـي السـجلات الطبيـة للمرضـي . وربمـا يحـدد المراجـع مرضـى معينيـن يـود أن يراجـع ملفاتهـم.

ماذا سيحدث؟

- قد يضمن مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة عينة عشوائية من سجلات المرضى الطبية.
- ينبغـي مراجعـة عينـة مـن السـجلات المفتوحـة والمغلقـة علـى حـد سـواء. وينبغـي أن تتضمـن مراجعـة السـجلات عينـة عشـوائية مـن كلا مـن الحـالات النشـطة والتـي خرجـت مـن المستشـفى.
- العينة المختارة تمثل نماذج مختلفة من الحالات التي تتعامل مع المستشفى.
- الحد الأدنى لعدد سجلات الحالات المطلوب من المُراجع اختيارها لمراجعتها لا يقل عن ٥ (خمسة) سجلات.
- إذا تـم الوصـول إلـى نتائـج أثنـاء مراجعـة عينـة السـجلات، ربمـا يطلـب فريـق المُراجعـون عينـات سـجلات إضافيـة لإثبـات النتائـج المسـجلة مـن العينـة الأوليـة.
- طـوال عمليـة المراجعـة، إذا لوحـظ عـدد كبيـر مـن النتائـج، ربمـا يوثـق فريـق المُراجعـون مـا إذا كانـت النتائـج تشـكل مسـتوى

مـن عـدم التطابـق مـع المعاييـر.

- يجب تسجيل إجمالي عدد السجلات خلال فترة الستة أشهر في نموذج المراجعة.

كيف تستعد؟

يجـب أن تقـدم المستشـفى دفتـر أو سـجل للحـالات المغلقـة أثنـاء فتـرة السـتة أشـهر السـابقة، وسـيختار المُراجـع عينـة مـن السـجلات الطبيـة لمراجعتهـا.

من ينبغي أن يتعاون؟

ممثلـون عـن الإدارة الطبيـة وإدارة التمريـض وغيرهـا مـن فـرق الرعايـة الصحيـة بالمستشـفى، بالإضافـة إلـى ممثلـي إدارة المعلومـات.

مراجعة إدارة الدواء

لماذا سيحدث ذلك؟

سيتعرف مُراجـع الهيئـة العامـة للاعتمـاد والرقابـة الصحيـة علـى تخطيـط وتنفيـذ وتقييـم برنامـج إدارة الـدواء، ويحـدد المسـئول عـن تنفيـذه يوميـا، ويُقيـم نتائجـه، ويفهـم العمليـات التـي تسـتخدمها المستشـفى لتقليـل الأخطـاء الدوائيـة وللإشـراف علـى المضـادات الحيوية.

ماذا سيحدث؟

سيُقيم مُراجـع الهيئـة أنظمـة إدارة الـدواء بالمستشـفى مـن خـلال تتبـع النظـام. المناقشـات فـي هـذه الجلسـة التفاعليـة مـع العامليـن تشـمل مـا يلـي:

- مسـار حركـة العمليـات، ومـن ذلـك تحديـد وإدارة نقـاط المخاطـر، وتكامـل الأنشـطة الرئيسـية، والتواصـل بيـن العامليـن/ الوحـدات المشـاركة فـي العمليـة مـع التركيـز علـى إدارة الأدويـة عاليـة الخطـورة، الأدويـة المتشـابهة فـي الشـكل والنطـق، والإلكتروليـات المركـزة، والأخطـاء الدوائيـة.
- نقـاط القـوة فـي العمليـات والإجـراءات التـي يمكـن اتخاذهـا فـي المجـالات التـي تحتـاج إلـى تحسـين؛ مـع التركيـز بشـكل خـاص علـى:
  - الإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات، ومـن ذلـك وجـود وثيقـة تصـف كيفيـة اسـتخدام المستشـفى برنامـج الإشـراف علـى المضـادات الحيويـة، وبروتوكـولات الإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات المعتمـدة مـن المستشـفى (علـى سـبيل المثـال: السياسـات أو الإجـراءات أو مجموعـات الطلبـات المقبولـة)، وفريـق متعـدد التخصصـات للإشـراف علـى مضـادات الميكروبـات.
  - عمليـة الإبـلاغ عـن الأخطـاء، وتعطـل الأنظمـة، والأخطـاء الوشـيكة أو التجـاوزات، وجمـع وتحليـل البيانـات، وتقييـم الأنظمـة، ومبـادرات تحسـين الأداء.

كيف تستعد؟

قـد يحتـاج مُراجـع الهيئـة منطقـة هادئـة لإجـراء مناقشـة تفاعليـة موجـزة مـع العامليـن الذيـن يشـرفون علـى برنامـج إدارة الـدواء. ثـم يمكـن قضـاء الوقـت فـي مـكان اسـتلام الـدواء أو تخزينـه أو صرفـه أو تحضيـره أو إعطائـه.

قد يتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- سياسات إدارة الدواء.
- العناصر الأساسية لبرامج الإشراف على المضادات الحيوية بالمستشفى.
- بيانات الإشراف على مضادات الميكروبات.
- تقارير الإشراف على مضادات الميكروبات التي توثق التحسين.

من ينبغي أن يتعاون؟

يشمل المشاركون المقترحون فريق العمل الإكلينيكي وفريق تقديم الدعم المسئولين عن عمليات إدارة الدواء.

مراجعة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى

لماذا سيحدث ذلك؟

يتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على تخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، ويحدد المسئول عن تنفيذه يوميا، ويُقيم نتائجه، ويفهم العمليات التي تستخدمها المستشفى للحد من العدوى.

ماذا سيحدث؟

سيُقيم مُراجع الهيئة نظم مكافحة ومنع انتشار العدوى بالمستشفى عن طريق تتبع النظام.

المناقشات في هذه الجلسة التفاعلية مع العاملين تشمل ما يلي:

- مسار حركة العمليات، ومن ذلك تحديد وإدارة نقاط المخاطر، وتكامل الأنشطة الرئيسية، والتواصل بين العاملين/ الوحدات المشاركة في العملية؛ مع التركيز على كيفية تحديد الأفراد المصابين بالعدوى، والاختبارات المعملية وعملية التأكد، إن وجدت، وأنشطة تعريف وتدريب العاملين، ونشاط الترصد الحالي والسابق.
- نقاط القوة في العمليات والإجراءات التي يمكن اتخاذها في المجالات التي تحتاج إلى تحسين؛ وتحليل بيانات مكافحة العدوى، ورفع تقرير عن بيانات مكافحة العدوى، وأنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى (على سبيل المثال: تدريب العاملين، وتطعيمات العاملين، والمتطلبات الأخرى المتعلقة بالصحة، وإجراءات الإشراف الداخلي، ونظافة اليدين الصحية على مستوى المؤسسة، وتعقيم الطعام وتخزين و/ أو تنظيف و/ أو تطهير و/ أو تعقيم و/ أو التخلص من المستلزمات والمعدات)، وتعرض العاملين للعدوى، وتغييرات المرافق المادية التي يمكن أن تؤثر على مكافحة العدوى، والإجراءات المتخذة نتيجة الترصد ونتائج تلك الإجراءات.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مُراجع الهيئة منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع العاملين الذين يشرفون على برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى. ثم يمكن قضاء الوقت في مكان تقديم الرعاية.

قد يتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- سياسات مكافحة ومنع انتشار العدوى.
- سجلات التدريب والتثقيف بشأن مكافحة العدوى.
- بيانات إجراءات مكافحة العدوى.

من ينبغي أن يتعاون؟

يشمل المشاركون المقترحون منسق مكافحة العدوى، وطبيب عضو في فريق مكافحة العدوى، ومتخصص رعاية صحية من المعمل، والعاملين بإدارة السلامة، وقيادات المستشفى، العاملين المشاركين في تقديم الرعاية أو العلاج أو الخدمات بشكل مباشر.

مراجعة برنامج الجودة

لماذا سيحدث ذلك؟

سيتعرف مُراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على تخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج إدارة الجودة، ويحدد المسئول عن تنفيذه يوميا، ويُقيم نتائجه، ويفهم العمليات التي تستخدمها المستشفى لتقليل المخاطر.

ماذا سيحدث؟

المناقشات في هذه الجلسة التفاعلية مع العاملين تشمل ما يلي:

- مسار حركة العمليات، ومن ذلك تحديد وإدارة نقاط المخاطر، وتكامل الأنشطة الرئيسية، والتواصل بين العاملين/ الوحدات المشاركة في العملية.
- نقاط القوة في العمليات والإجراءات التي يمكن اتخاذها في المجالات التي تحتاج إلى تحسين؛ واستخدام البيانات.
- الأمور التي تتطلب المزيد من الاستكشاف في أنشطة المراجعة الأخرى.
- تقييم أولي للتطابق مع المعايير تقيما أساسيا.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مُراجع الهيئة منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع العاملين الذين يشرفون على برنامج إدارة الجودة. ثم ربما يقضي الوقت في مكان تنفيذ التحسين.

قد يتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- برنامج إدارة الجودة.
- مشاريع تحسين الأداء.
- إجراءات إدارة الأداء
- مقاييس الأداء.
- سجلات وملفات ودفاتر إدارة المخاطر.

من ينبغي أن يتعاون؟

يشمل المشاركون المقترحون العاملين بإدارة الجودة، ومتخصصو الرعاية الصحية المشاركون في جمع وتجميع وتحليل البيانات، وفرق تحسين الأداء.

إعداد التقرير

لماذا سيحدث ذلك؟

لإتاحة الفرصة لتوضيح وتوحيد أي نتائج.

ماذا سيحدث؟

يستغل المُراجعون هذه الجلسة في تجميع وتحليل وتنظيم البيانات التي تم جمعها أثناء عملية المراجعة في تقرير يعكس مدي التطابق مع المعايير في المستشفي

قد يطلب المُراجعون أيضًا من ممثلي المستشفي الحصول على معلومات إضافية خلال هذه الجلسة.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مُراجعو الهيئة إلى غرفة تحتوي على طاولة اجتماعات ومقبس كهرباء وتليفون ونقطة اتصال بالإنترنت.

من ينبغي أن يتعاون؟

مُراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فقط.

التقرير التنفيذي

لماذا سيحدث ذلك؟

لإتاحة الفرصة لإيجاز نتائج عملية المراجعة الأكثر صلة بعملية المراجعة والمساعدة في تحديد أولويات أنشطة ما بعد الاعتماد.

ماذا سيحدث؟

سيقوم مُراجعو الهيئة بمراجعة نتائج عملية المراجعة مع كبار القيادات ويناقشون أي مخاوف بشأن التقرير.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مُراجع الهيئة إلى منطقة خاصة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع كبير القيادات.

من ينبغي أن يتعاون؟

كبير قيادات المستشفى وغيره حسب تقديره.

مؤتمر الإنهاء

لماذا سيحدث ذلك؟

لشكر فريق المستشفى على المشاركة في العمل ومشاركتهم النتائج الهامة في رحلة الاعتماد.

ماذا سيحدث؟

سيقوم المُراجعون مراجعة ملخص نتائج عملية المراجعة شفهياً إذا أعرب كبير القيادات عن رغبته في ذلك، ومراجعة الأمور المحددة المتعلقة بالتطابق مع المعايير.

كيف تستعد؟

قد يدعو كبير قيادات المستشفى العاملين للحضور، لذا يجب توفير منطقة يمكن أن تستوعب العاملين الحاضرين.

من ينبغي أن يتعاون؟

يشمل المشاركون المقترحون كبير قيادات المستشفى (أو من يكلفه) وكبار القيادات، والعاملين الذين حددهم كبير القيادات (أو من يكلفه).

قائمة بالمصطلحات

التحليل الثلاثي للاستهلاك (ABC) : تحليل الاستهلاك السنوي من الأدوية والتكلفة من أجل تحديد العناصر التي تمثل أكبر نسبة من الميزانية.
الالتزام بالدواء: درجة توافق سلوك الشخص مع توصيات متخصص الرعاية الصحية المتفق عليها.
ضرر عكسي للدواء: إصابة ناتجة عن تدخل دوائي.
التفاعل العكسي للدواء: الاستجابة للدواء والتي تكون ضارة وغير مقصودة، وتحدث في الجرعات العادية المستخدمة سواء من أجل الوقاية من المرض أو تشخيصه أو علاجه، أو من أجل التحكم في وظيفة فسيولوجية

(الأثر الضار أو الأثر السلبي): حدث طبي مرتبط مؤقتًا باستخدام منتج دوائي، ولكن ليس بالضرورة مرتبط سببيًا.
غرف عزل العدوى المنقولة عن طريق الهواء: (يُطلق عليها عادةً غرف الضغط السلبي) هي أماكن مخصصة لرعاية المرضى كلا بمفرده وذلك لعزل المرضى الذين يعانون من مسببات الأمراض المنقولة عن طريق الهواء.
مسببات العدوي ال منقولة عن طريق الهواء: جسيمات حجمها أقل من أو يساوي ٥ ميكرون تظل معلقة في الهواء تستطيع قطع مسافات طويلة.
الإشراف على مضادات الميكروبات: برنامج مُنسَق يعزز الاستخدام المناسب لمضادات الميكروبات (ومنها المضادات الحيوية)، ويحسن نتائج المرضى، ويقلل من مقاومة الميكروبات، ويقلل من انتشار العدوى التي تسببها الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.
مطهرات الجلد والأنسجة الحية: مواد تقلل أو توقف نمو الكائنات الحية الدقيقة الضارة على الجلد والأغشية المخاطية. أو المواد المضادة للميكروبات التي توضع على الجلد لتقليل عدد الميكروبات الصديقة.
عملية التوظيف : عملية المراجعة المبدئية لمؤهلات مقدم طلب التوظيف من أجل تحديد ما إذا كان مقدم الطلب مؤهلاً لتقديم خدمات رعاية المرضى التي يحتاجها مرضى المستشفى، والتي يمكن للمستشفى أن تدعمها بالعاملين المؤهلين والقدرات الفنية
الأساليب المانعة للتلوث: طريقة تهدف إلى تقليل مخاطر التلوث الميكروبي في أماكن الجسم الأكثر عرضة. وقد تتضمن إجراءات مثل تضميد جرح أو إجراء تدخلي مثل إدخال قسطرة بولية أو تحضير محلول وريدي.
تاريخ انتهاء المفعول: التاريخ أو الوقت الذي لا يجوز بعده تخزين أو نقل أو استخدام مستحضر مركب معقم أو مستحضر مركب غير معقم ويتم حسابه من تاريخ أو وقت التركيب.
ذات خطر بيولوجي: عامل بيولوجي أو حالة بيولوجية تنطوي على خطر على الإنسان أو البيئة.
منح شهادة: الإجراء الذي من خلاله تقوم جهة مصرح لها بتقييم وإصدار شهادة أن الشخص أو المؤسسة أو البرنامج استوفي المتطلبات.
الشخص الحاصل على شهادة: شخص اجتاز اختبارات من مؤسسة معتمدة فيما يتعلق بالعمل الذي يؤديه.
التنظيف: عملية إزالة المواد الغريبة (مثل الأتربة والمواد العضوية والكائنات الحية الدقيقة) من شيء.
المسار الاكلينيكي: نظام علاج متفق عليه يشمل جميع عناصر الرعاية.
الصيدلي الإكلينيكي: يعمل الصيادلة الإكلينيكيون مباشرة مع الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية والمرضى للتأكد من أن الأدوية الموصوفة للمرضى تساهم في تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة. ويمارس الصيادلة الإكلينيكيون عملهم في أماكن الرعاية الصحية حيث يمكنهم التفاعل المستمر والمنتظم مع الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية، مما يساهم في تحسين تنسيق الرعاية.
أدلة الممارسة الاكلينيكية: التعليمات التي تساعد متخصصي الرعاية الصحية والمرضى على اختيار الرعاية الصحية

المناسبة لحالات إكلينيكية محددة (على سبيل المثال: توصيات بشأن التعامل مع حالات الإسهال في الأطفال دون سن الخامسة). ويتم إرشاد متخصص الرعاية الصحية في جميع خطوات الاستشارة (الأسئلة التي يجب طرحها، والعلامات الجسدية التي يجب أن يبحث عنها، والفحوصات المعملية التي يجب طلبها، وتقييم الموقف، والعلاج الموصوف).

مرض معدي: مرض قادر على الانتشار من شخص إلى آخر من خلال مجموعة متنوعة من الطرق، منها التعامل مع الدم وسوائل الجسم، والتنفس، ...إلخ.

الكفاءة أو الجدارة: تحديد المعرفة الوظيفية والمهارات والسلوكيات للعاملين والتي تلبي التوقعات المحددة. والمعرفة هي فهم الحقائق والإجراءات. والمهارة هي القدرة على أداء إجراءات خاصة، والسلوكيات مثل القدرة على العمل في فريق، وغالبا ما تعد هذه العوامل جزءا من الكفاءة.

تلوث: وجود مادة أو كائن غير مرغوب فيه، مثل عامِل مُعْدِي أو بكتيريا أو طفيليات أو غيرها من الملوثات، التي تدخل بيئة أو سطح أو كائن أو مادة، مثل الماء أو الطعام أو المستلزمات الطبية المعقمة.

التحقق من صحة المؤهلات: عملية الحصول على مؤهلات الطبيب والتحقق منها وتقييمها والتصديق عليها. وتحدد هذه العملية إذا ما كان الطبيب يمكنه تقديم خدمات رعاية المرضى داخل مؤسسة الرعاية الصحية أو لصالحها. وتسمى عملية التحقق بشكل دوري من مؤهلات الطبيب إعادة التحقق من المؤهلات

المؤهلات: أدلة الكفاءة، والترخيص الحالي وذا الصلة، والتعليم، والتدريب، والخبرة. يمكن أن تضيف مؤسسة الرعاية الصحية معايير محددة أخرى.

الجرعة اليومية المحددة: متوسط الجرعة اليومية المفترضة للأدوية المستخدمة بسبب دواعي استعمالها الرئيسية عند البالغين.

قائمة الأدوية المرغوبة: الأدوية والمستلزمات المطلوبة والتي تحتل أقل درجة من الأهمية؛ وقد لا يشكل نقصها خطرا على صحة المرضى.

تقرير الخروج من المستشفى: قسم من سجل المريض الطبي يلخص أسباب دخول المستشفى، والنتائج المهمة، والإجراءات التي تم اتخاذها، والعلاج المقدم، وحالة المريض عند الخروج، وأي تعليمات محددة تُعطى للمريض أو الأسرة.

مطهرات: مواد توضع على أسطح الأشياء غير الحية من أجل تدمير الكائنات الحية الدقيقة ولكن ليس بالضرورة البكتيريا المتحوصلة.

التطهير: عملية تقليل عدد الكائنات الحية الدقيقة المسببة للأمراض، ولكن ليس بالضرورة البكتيريا المتحوصلة وذلك للوصول إلى مستوى غير ضار بالصحة. قد يكون التطهير عالي المستوى أو متوسط المستوى أو منخفض المستوى بناءً على مستوى الخطر المحتمل.

صرف الأدوية: تحضير وتغليف وإعطاء مريض أدوية للعلاج على أساس وصفة طبية.

رذاذ: عبارة عن جسيم تنفسي كبير ≤ ٥ ميكرون، والذي يصدر عند عطس أو سعال أو تحدث الشخص المصاب أو أثناء إجراءات مثل الشفط وتركيب أنابيب القصبة الهوائية وتحريض السعال عن طريق العلاج الطبيعي للصدر أو الإنعاش القلبي الرئوي؛ وقد تنتقل على مسافة مترين من مكان المريض.

لجنة الدواء والعلاج: اللجنة التي تُقيم الاستخدام الإكلينيكي للأدوية، وسياسات إدارة استخدام الأدوية وإعطائها، وتدير نظام قائمة الأدوية.

قائمة الأدوية: دليل يحتوي على ملخص للمعلومات الدوائية من الناحية الإكلينيكية حول عدد مختار من الأدوية. وربما يتضمن الدليل أيضًا معلومات إدارية وتنظيمية تتعلق بوصف وصرف الأدوية.

استدعاء الدواء: إجراء يُتخذ في أي وقت لاسترجاع أو إزالة منتج دوائي معيب أو ضار من السوق عند اكتشاف انتهاكه للقوانين واللوائح. ويتضمن ذلك الأدوية منتهية الصلاحية و/ أو القديمة و/ أو التالفة و/ أو المصروفة ولم تُستخدم و/ أو الملوثة.

نظام استدعاء الدواء: نظام محدد ينبه الأفراد المعنيين عندما تقوم شركة/ شركة مُصنِّعة باسترجاع منتج دوائي بسبب

وجـود خلـل فـي التصنيـع أو التلـوث أو اكتشـاف أنـه ينتهـك القوانيـن واللوائـح.

عدوى متوطنة: حدوث المرض بشكل اعتيادي في منطقة جغرافية أثناء فترة زمنية محددة.

عدوى وبائية: مستوى أعلى من المتوقع من العدوى بعامل مشترك في مجموعة سكانية محددة أثناء فترة محددة.

دواء منتهي الصلاحية: دواء تجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المدرج على العبوة الأصلية من الشركة المصنعة.

خارجي: يشير إلـى خـارج المؤسسـة، مثـل مقارنـة البيانـات مـع المؤسسـات الأخـرى أو المسـاهمة فـي قاعـدة البيانـات المطلوبـة فـي مصـر.

تحليل أنمـاط الفشـل وتأثيراتـه FMEA)): طريقـة منهجيـة لفحـص التصميـم بشـكل اسـتباقي للوقـوف علـى الطـرق المحتملـة لحـدوث الفشـل. ثـم تُرتـب طـرق حـدوث الفشـل المحتملـة حسـب الأولويـة لمسـاعدة المؤسسـات علـى وضـع التحسـينات التـي تشـمل أكبـر الفوائـد. وتفتـرض هـذه الأداة أنـه بغـض النظـر عـن مـدى معرفـة أو حـذر الأشـخاص، فـإن الأخطـاء تحـدث فـي بعـض المواقـف، وحتـى قـد يكـون مـن المرجـح حدوثهـا.

دليـل /كتيـب الأدويـة : هـو مجموعـة مـن (المعـادلات أو الصيـغ أو الاشـكال) لتركيـب واختبـار الـدواء (مصـدر أقـرب إلـي مـا يطلـق عليـه هـذه الأيـام، موسـوعة الأدويـة "فارماكوبيـا") ، وتعـد المهمـة الرئيسـية لدليـل /كتيـب وصـف الأدويـة هـذه الأيـام، هـو تحديـد الأدويـة المحـددة التـي حصلـت علـي موافقـة لوصفهـا فـي مؤسسـة محـددة ، وفـي نظـام صحـي محـدد ،أو بموجـب سياسـة تأميـن صحـي محـددة. ويكـون إعـداد دليل/كتيـب وصـف الأدويـة قائـم علـي كفـاءة وفاعليـة الـدواء، والسـلامة وفاعليـة التكلفـة الخاصـة بـه. وقـد يشـتمل الدليـل علـي معلومـات إكلينيكيـة آخـري مثـل الآثـار الجانبيـة وموانـع الاسـتعمال والجرعـات. ويجـب أن يتوافـق دليل/كتيـب وصـف الأدويـة مـع القائمـة الوطنيـة للأدويـة الأساسـية.

الهيئـة الحاكمـة: الفـرد (الأفـراد) أو المجموعـة التـي تتمتـع بالسـلطة والمسـئولية المطلقـة لوضـع السياسـة، والحفـاظ علـى جـودة الرعايـة، وإدارة المؤسسـة والتخطيـط لهـا.

نظافـة وتطهيـر الأيـدي: مصطلـح عـام ينطبـق علـى غسـل اليديـن أو غسـل اليديـن بمطهـر أو فـرك اليديـن بمطهـر أو التطهيـر الجراحـي لليديـن.

التسـليم والتسـلم: نقـل المسـئولية عـن المريـض ورعايتـه التـي تحـدث فـي مـكان تقديـم الرعايـة الصحيـة. علـى سـبيل المثـال: فـي المستشـفى مـن متخصـص رعايـة صحيـة إلـى آخـر، ومـن مسـتوى رعايـة إلـى مسـتوى آخـر، ومـن وحـدة للمرضـى المحجوزيـن بالمستشـفى إلـى وحـدة تشـخيصية أو وحـدة علاجيـة أخـرى، ومـن العامليـن بالمستشـفى إلـى المرضـى/ الأسـر عنـد الخـروج مـن المستشـفى.

خطـة المـواد والنفايـات الخطـرة: وثيقـة مكتوبـة بالمستشـفى تصـف العمليـة التـي يتـم تنفيذهـا لإدارة المـواد والنفايـات الخطـرة مـن مصدرهـا إلـى أن يتـم التخلـص منهـا. وتصـف الخطـة الأنشـطة التـي تختارهـا وتنفذهـا المستشـفى مـن أجـل تقييـم والتحكـم فـي المخاطـر المهنيـة والبيئيـة للمـواد والنفايـات (أي شـيء قـد يسـبب ضـررًا أو إصابـة أو اعتـلال الصحـة أو تلـف) التـي تتطلـب تعامـل خـاص . المـواد الخطـرة تشـمل المـواد المشـعة أو الكيميائيـة. والنفايـات الخطـرة تتضمـن النفايـات البيولوجيـة التـي قـد تنقـل الأمـراض (مثـل الـدم والأنسـجة)، والمـواد المشـعة، والمـواد الكيميائيـة السـامة، والنفايـات المعديـة مثـل الإبـر المسـتخدمة والضمـادات المسـتخدمة.

رئيـس قسـم: موظـف يديـر ويوجـه المجموعـات الفرعيـة للمؤسسـة، ويشـار إليهـا عـادة بالإقسـام أو الخدمـات أو الوحـدات أو الأجنحـة.

متخصـص رعايـة صحيـة: أي شـخص يعمـل فـي مستشـفى أو مركـز رعايـة صحيـة، سـواء كان طبيبًـا أو ممرضًـا أو فنيًـا أو موظـف إشـراف داخلـي أو إداريًـا ، ...إلـخ.

فلتـر هيبـا: مرشـح عالـي الكفـاءة لتنقيـة الهـواء مـن الجسـيمات، ويُعـرَّف بأنـه مرشـح بكفـاءة ٩٩,٩٧٪ فـي إزالـة الجسـيمات بحجـم ٠,٣ ميكـرون أو أكثـر، ممـا يجعلـه مناسـبًا للوقايـة مـن مسـببات الأمـراض المنقولـة عـن طريـق الهـواء.

دواء عالي الخطورة: الأدوية التي تزداد خطورة إحداثها ضرر كبير للمريض عند استخدامها عن طريق الخطأ.

مديـر المستشـفى (الرئيـس التنفيـذي للمؤسسـة): تنـدرج وظيفـة مثـل مديـر المستشـفى تحـت المسـار الوظيفـي الأوسـع الـذي يخطـط

أو يوجـه أو ينسـق الخدمـات الطبيـة والصحيـة فـي المستشـفيات أو العيـادات أو مؤسسـات الرعايـة الموجهـة أو وكالات الصحـة العامـة أو المؤسسـات المماثلـة.

العـدوى المكتسـبة مـن المستشـفى: أي عـدوى اكتسـبها المريـض أثنـاء تلقيـه الرعايـة أو الخدمـات فـي مؤسسـة رعايـة صحيـة. ومـن أشـهر أنـواع العـدوى المكتسـبة مـن المستشـفى: التهابـات عـدوى المسـالك البوليـة، والتهابـات عـدوى الجـروح الجراحيـة، والالتهـاب الرئـوي، والتهابـات عـدوى مجـرى الـدم.

النظافة الصحية: الممارسة التي تعمل على الحفاظ على الأشخاص والبيئات نظيفة وتمنع العدوى.

التطعيـم: العمليـة التـي تجعـل الشـخص محصنًـا أو مقاومًـا لمـرض معـدي، عـادةً عـن طريـق إعطـاء لقـاح (التطعيـم النشـط) أو مصـل يحتـوي علـى الأجسـام المضـادة المرغوبـة (التطعيـم السـلبي). وتعمـل اللقاحـات علـى تحفيـز جهـاز المناعـة فـي الجسـم لحمايـة الشـخص مـن العـدوى أو المـرض فيمـا بعـد.

برنامـج مكافحـة العـدوى: برنامـج منظـم مـن الخدمـات الموضوعـة لتلبيـة احتياجـات المستشـفى فيمـا يتعلـق بترصـد العـدوى والوقايـة منهـا ومكافحتهـا، والتـي تؤثـر علـى المرضـى و/أو العامليـن و/ أو الأطبـاء و/ أو الـزوار.

العدوى: انتقال الكائنات الدقيقة المسببة للأمراض.

رصيد المخازن من الأصناف: قائمة مكتوبة بجميع الأشياء أو الإمكانيات أو الأصول أو الموارد في مكان معين.

عقار تجريبي: مادة كيميائية أو بيولوجية اختبرت في المعمل واعتمد اختبارها على الأشخاص أثناء التجارب الإكلينيكية.

لجنـة مكافحـة ومنـع انتشـار العـدوى: لجنـة مكافحـة العـدوى تتكـون بشـكل عـام مـن أعضـاء مـن مجـالات متعـددة داخـل منشـأة الرعايـة الصحيـة؛ وتجمـع بيـن الأفـراد ذوي الخبـرة فـي مختلـف مجـالات الرعايـة الصحيـة.

مقاييس الأداء: هو مقياس كمي يستخدم لتقييم نجاح المستشفى، والموظف، ...إلخ.

القوانيـن واللوائـح: التعليمـات أو التوجيهـات التـي تحـدد القـرارات والإجـراءات المطلوبـة. عـادة مـا يتـم تقييـم العقوبـات، سـواء كانـت قانونيـة أو غيـر ذلـك، فـي حالـة عـدم اتبـاع القوانيـن واللوائـح.

قائـد: شـخص يضـع التوقعـات والخطـط وينفـذ الإجـراءات مـن أجـل تقييـم وتحسـين جـودة الحوكمـة والإدارة ودعـم العمليـات والوظائـف فـي المستشـفى.

سـهولة القـراءة: إمكانيـة القـراءة أو قـراءة الرمـوز. ويكـون خـط الكتابـة واضـح بحيـث لا يمكـن إسـاءة تفسـير أي حـرف أو رقـم. وتتحـق سـهولة القـراءة عندمـا يتمكـن أي فـرد مـن قـراءة الوثائـق المكتوبـة بخـط اليـد أو مـن قـراءة أمـر الطبيـب.

الأدويـة المتشـابهة فـي الشـكل والنطـق: هـي تلـك المتشـابهة بصريًـا فـي المظهـر أو العبـوة، وتلـك التـي يوجـد بيـن أسـمائها أوجـه تشـابه فـي التهجئـة و/ أو الصوتيـات.

اللوائـح الداخليـة للطاقـم الطبـي: اللوائـح و/ أو القواعـد التـي يتبناهـا الطاقـم الطبـي والهيئـة الحاكمـة بالمستشـفي مـن أجـل الحوكمـة، وتحديـد حقـوق والتزامـات مختلـف الفئـات سـواء الأطبـاء المقيميـن أو الأشـخاص أو المجموعـات داخـل هيـكل الطاقـم الطبـي.

الطاقم الطبي: طبيب مرخص وطبيب أسنان مرخص.

الـدواء: أي وصفـة طبيـة ويشـمل المخـدرات؛ والعلاجـات العشـبية؛ والفيتامينـات؛ والمغذيـات؛ والأدويـة التـي لا تسـتلزم وصفـة طبيـة؛ واللقاحـات؛ والعامـل البيولوجـي والتشـخيصي والصبغـات التـي تسـتخدم علـى أشـخاص أو تُعطـى للأشـخاص مـن أجـل تشـخيص أو عـلاج أو منـع مـرض أو حـالات غيـر طبيعيـة أخـرى؛ وكذلـك الأدويـة المشـعة؛ وعلاجـات المعالجـة التنفسـية؛ والتغذيـة الوريديـة؛ ومنتجـات الـدم؛ والمنتجـات التـي تحتـوي علـى أدويـة؛ والمحاليـل الوريديـة مـع الإلكتروليتـات و/ أو الأدويـة. وتعريـف الـدواء لا يشـمل محاليـل التغذيـة المعويـة (التـي تعتبـر منتجـات غذائيـة) والأكسـجين والغـازات الطبيـة الأخـرى مـا لـم يُذكـر ذلـك صراحـةً.

الخطـأ الدوائـي: أي حـدث يمكـن منعـه وقـد يتسـبب فـي اسـتخدام دواء غيـر مناسـب أو يعـرض سـلامة المرضـى للخطـر. ومـن أمثلـة ذلـك: المريـض الخطـأ والـدواء الخطـأ والجرعـة الخطـأ والوقـت الخطـأ وطريقـة الإعطـاء الخطـأ؛ و كذلـك طلـب أو صـرف أو نسـخ الـدواء بشـكل غيـر صحيـح؛ أو العلاجـات الفائتـة أو المتأخـرة. قـد يكـون أي متخصـص/ تخصـص/ موظـف يتعامـل مـع الأدويـة مشـاركاً فـي الخطـأ.

التوافق بين الأدوية: التوافق بين الأدوية هي عملية رسمية أثُبت أنها تحسن من استمرارية إدارة الأدوية.
عينة دواء: وحدة من دواء موصوف لا يُعتزم بيعها ويُقصد بها ترويج بيع الدواء. وتُعطى عينة الدواء للمريض في حالات محدودة للغاية ينبغي تحديدها في سياسة المستشفى.
عينات الأدوية: الأدوية التي تعبأها الشركة المصنعة أو الموزعة في شكل وحدة أو عدة وحدات من الجرعات وفقًا للقوانين واللوائح، وتقدمها شركة أدوية إلى ممارس مرخص مجانًا.
مشكلة متعلقة بالدواء: حدث أو ظرف يتضمن علاجًا دوائيًا يتعارض بالفعل أو يحتمل أن يتعارض مع النتائج الصحية المرغوبة.
قناع N95 : إنه جهاز حماية تنفسي مصمم ليكون شديد الإحكام بالوجه و يقوم بالترشيح الفعال للغاية للجزيئات المحمولة في الهواء. التسمية "N95" تعني أنه عند إخضاعه لاختبار دقيق، فإن القناع يمنع مرور ما لا يقل عن ٩٥ في المائة من الجزيئات الصغيرة جدًا (٠,٣ ميكرون).
خطأ وشيك Near miss: حدث غير مخطط له لم ينتج عنه إصابة أو مرض أو ضرر- ولكن كان يحتمل أن يتسبب في ذلك.
العاملون غير الإكلينيكيون: أولئك الذين يقدمون رعاية غير مباشرة للمرضى (اجراءات الحجز بالمستشفى، وخدمة الطعام، ...إلخ).
الإشعاع غير المؤين: الإشعاع غير المؤين هو أي نوع من الإشعاع في الطيف الكهرومغناطيسي الذي لا يملك طاقة كافية لإزالة الإلكترون من الذرة وتحويله إلى أيون ولذا يمكن للإشعاع غير المؤين توليد الحرارة.
طلب أدوية: توجيهات مكتوبة من ممارس يصف دواء معينًا لإعطائه إلى شخص. وربما يطلب الممارس الذي يعطي أمر دواء شفهي إلي شخص مرخص مثل الصيدلي أو الممرض/ة.
تفشي وباء: تجاوز المستوى المتوقع (المعتاد) للمرض داخل منطقة جغرافية؛ ومع ذلك، فإن إصابة حالة واحدة بمرض غير مألوف تعد وباء.
دواء منتهي المفعول: دواء تم فتحه وعادة ما يكون آمنًا وفعالًا للاستخدام لفترة قصيرة من الوقت بعد الفتح (مدة صلاحية المفعول).
مراجعة النظراء: هي عملية يتم بموجبها تقييم أداء المستشفى أو العاملين أو المجموعات بواسطة أعضاء من مؤسسات مماثلة أو من نفس المهنة أو من نفس التخصص والحالة مثل مقدمي الخدمات.
معدات الحماية الشخصية: معدات يتم ارتداؤها لتقليل التعرض للمخاطر التي تسبب إصابات و/ أو أمراض خطيرة في مكان العمل.
خطة الرعاية: خطة تحدد احتياجات المريض من الرعاية، تضع قائمة بالاستراتيجيات لتلبية تلك الاحتياجات، وتسجل أهداف العلاج وغاياته، وتضع معايير محددة لإنهاء التدخلات، وتسجل تقدم المريض من حيث تحقيق الأهداف والغايات المحددة. وتعتمد الخطة على البيانات التي تم جمعها أثناء تقييم المريض.
خطة: طريقة مفصلة، صيغت مسبقًا، وتحدد الاحتياجات، وتضع قائمة بالاستراتيجيات لتلبية تلك الاحتياجات، وتحدد الأهداف والغايات. وقد يتضمن شكل الخطة التعليمات والسياسات والإجراءات والبروتوكولات وأدلة عمل الممارسة والمسارات الإكلينيكية وخرائط الرعاية أو مزيجًا من ذلك.
سياسة: هي مبدأ إرشادي يستخدم لتحديد الاتجاه في مستشفى.
اجراءات وقائية بعد التعرض: علاج طبي وقائي يبدأ بعد التعرض إلى مسبب من مسببات الأمراض من أجل منع حدوث العدوى.
أدلة عمل الممارسة: الأدوات التي تصف العمليات التي تم التوصل، عن طريق التجارب الإكلينيكية أو عن طريق إجماع آراء الخبراء، إلى إنها الأكثر فاعلية في تقييم و/ أو علاج مريض يعاني من أعراض أو حالة أو تشخيص محدد أو في وصف إجراء محدد. المرادفات تشمل معيار الممارسة والبروتوكول ونمط الممارسة المفضلة و دليل العمل. راجع أيضًا

أدلـة العمـل المبنيـة علـى الأدلـة (العلميـة) وادلـة عمـل الممارسـة الإكلينيكيـة.
الطلبـات المطبوعـة مسبقًا: (مجموعـة طلبـات الأدويـة المطبوعـة مسبقًا) هـي سـجل رسـمي يتضمـن مجموعـة محـددة مـن طلبـات الأدويـة المقـررة مسبقًا والتـي تعمـل علـى توحيـد خيـارات التشـخيص والعـلاج المطبقـة علـى مجموعـة محـددة مـن المرضـى.
وصف الدواء: النصح والتصريح باستخدام دواء أو علاج لشخص ما، خاصةً عن طريق الكتابة.
منـح الامتيـازات: هـي العمليـة التـي بموجبهـا تصـرح المؤسسـة بنطـاق ومحتـوى محـدد مـن خدمـات رعايـة المرضـى (الامتيازات الإكلينيكيـة) لمتخصصـي الرعايـة الصحيـة، بنـاءً علـى تقييـم مؤهلات الطبيـب وأدائه.
PRN: الاختصـار اللاتينـي "Pro re nata" كثيرًا ما يستخدم للإشارة إلى "عند الضرورة" أو "حسب الحاجة".
الإجـراء: سلسـلة مـن الخطـوات التـي يجـب اتباعهـا كنهـج موحـد ومتكـرر بهـدف تحقيـق نتيجـة نهائيـة، وتضـع الإجـراءات القاعدة لتوحيـد التنفيـذ بهـدف الحـد مـن أداء العمليـات بطـرق مختلفـة، ممـا يزيـد مـن التحكـم فـي الإجـراء. ويعـد الحـد مـن الاختـلاف فـي العمليـات وسـيلة لتقليـل الهـدر إلـي أدنـي حـد وتحسـين الأداء.
عمليـة: سلسـلة مـن الإجـراءات (أو الأنشـطة) التـي تحـول المدخـلات (المـوارد) إلـى مخرجـات (خدمـات). علـى سـبيل المثـال: برنامـج التثقيـف الصحـي يتطلـب أن يضـع العاملـون اسـتراتيجية التثقيـف والمـواد التعليميـة ويقدمـون الـدورات التثقيفيـة.
المعالجـة: جميـع العمليـات التـي أجريـت علـى جهـاز ملـوث قابـل لإعـادة الاسـتخدام أو مخصـص للاسـتخدام مـرة واحـدة (يمكـن التخلـص منـه) لجعلـه جاهـزا مـرة أخـرى لأن يسـتخدمه المريـض. والخطـوات قـد تشـمل التنظيـف والتطهيـر/ التعقيـم. ويجـب علـى الجهـة المصنعـة للأجهـزة القابلـة لإعـادة الاسـتخدام والأجهـزة ذات الاسـتخدام الواحـد التـي توضـع عليهـا علامـة علـى أنهـا غيـر معقمـة أن تقـدم تعليمـات صحيحـة لإعـادة المعالجـة فـي الملصـق.
الشـراء/ التوريـد: عمليـة الحصـول علـى المسـتلزمات، ومنهـا المسـتلزمات التـي يتـم الحصـول عليهـا عـن طريـق الشـراء والتبـرع والتصنيـع. وهـي تنطـوي علـى بـذل جهـد لتحديـد كميـات المتطلبـات، واختيـار طـرق الشـراء المناسـبة، التأكـد المسـبق مـن تأهـل للمورديـن والمنتجـات. كمـا يتضمـن إدارة المناقصـات، ووضـع شـروط العقـد، وضمـان جـودة الأدويـة، والحصـول علـى أفضـل الأسـعار، وضمـان الالتـزام بشـروط العقـد.

برنامـج: خطـة عمـل تهـدف إلـى تحقيـق هـدف عمـل واضـح، مـع تفاصيـل عـن العمـل الـذي يتعيـن القيـام بـه، ومـن الـذي سـيقوم بـه، ومتـى يقـوم بـه، ومـا هـي الوسـائل أو المـوارد التـي سـيتم اسـتخدامها.
مشـروع: مجموعـة مخططـة مـن المهـام المترابطـة يتعيـن تنفيذهـا خـلال فتـرة زمنيـة محـددة وفـي حـدود تكاليـف وقيـود أخـرى معينـة.
بروتوكول: خطة علاج علمية مفصلة لاستخدام علاج نظام علاجي.
الإحالة: إرسال المريض من طبيب إلى طبيب أو أخصائي آخر، أو من مكان أو خدمة إلى مكان آخر أو خدمة آخري.
مـوارد موثوقـة: مـوارد شـراء الأدويـة/ اللـوازم الطبيـة/ الأجهـزة الصيدلانيـة مـن مصـادر مصـرح بهـا ومؤسسـات مهنيـة بمـا يسـاعد فـي ضمـان تجنـب المنتجـات المقلـدة أو المحولـة أو المسـروقة أو المغشوشـة عـن قصـد أو التـي أو تـم الحصـول عليهـا بالاحتيـال.
إعـادة التعبئـة: عمليـة أخـذ منتـج دوائـي مـن الحاويـة التـي يتـم توزيعـه فيهـا مـن الشـركة المصنعـة الأصليـة ووضعـه فـي حاويـة مختلفـة دون تغييـر آخـر بالـدواء.
النظافـة التنفسـية الصحيـة: تشـمل اجـراءات الوقايـة مـن العـدوى المصممـة للحـد مـن انتقـال مسـببات الأمـراض التنفسـية التـي تنتشـر عـن طريـق الـرذاذ أو عـن طريـق الهـواء.
تقييـم المخاطـر: تحديـد وتقييـم وتقديـر مسـتويات المخاطـر التـي ينطـوي عليـه الموقـف، ومقارنتهـا بالمقاييـس أو المعاييـر، وتحديـد المسـتوى المقبـول مـن المخاطـر.
تحليـل السـبب الجـذري: عمليـة تحديـد العامـل (العوامـل) الأساسـية التـي تتسـبب فـي تبايـن الأداء، ومـن ذلـك حـدوث أو احتمـال حـدوث خطـأ جسـيم.

الحقن الآمن: ممارسة تهدف إلى منع إصابات وخز الإبر وغيرها من احتمالات التلوث أثناء إعطاء حقنة للمريض؛ والهدف النهائي هو منع انتقال الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الدم بين مريض وآخر، أو بين المريض ومتخصص الرعاية الصحية.

نظام الصحة العامة : شرط يتعلق بالصحة العامة، لا سيما فيما يتعلق بتوفير مياه شرب نظيفة، والتخلص من مياه الصرف الصحي بطريقة ملائمة.

نطاق (الرعاية أو الخدمات): نطاق ونوع الخدمات التي تقدمها المستشفى وأي شروط أو حدود للتغطية بالخدمة.

نطاق الممارسة: مجموعة الأنشطة التي يؤديها متخصص الرعاية الصحية (طبيب، ممرض/ة) بالمؤسسة. يتم تحديد النطاق على أساس التدريب أو التقاليد أو القانون أو اللوائح أو عن طريق المؤسسة نفسها.

خطأ جسيم: حدث غير متوقع ينطوي على وفاة أو إصابة جسدية أو نفسية خطيرة أو مخاطر حدوث وفاة أو إصابة جسدية أو نفسية خطيرة.

أثر جانبي: التأثير الفارماكولوجي للدواء، الذي عادةً ما يكون ضارًا، و هو مختلف عن التأثير (التأثيرات) الموصوف من أجلها الدواء.

جهاز مخصص للاستخدام مرة واحدة (يشار أيضًا إليه باسم الجهاز الذي يمكن التخلص منه): جهاز مخصص للاستخدام على مريض واحد أثناء إجراء واحد. وهو لا يتم إعادة معالجته (تنظيفه وتطهيره أو تعقيمه) واستخدامه على مريض آخر. واستخدام الأجهزة التي يمكن التخلص منها يحسن سلامة المريض من خلال القضاء على خطر انتقال التلوث من مريض إلى آخر لأنه يتم التخلص منها وعدم استخدامها على مريض آخر (وفقًا إلى إدارة الغذاء والدواء).

الغسيل الصلب أو الملوث المفارش الصلبة أو الملوثة: الغسيل الذي أصبح صلبا هي المفارش التي أصبحت صلبة بسبب الدماء أو المواد المعدية الأخرى (تعريف إدارة السلامة والصحة المهنية).

تصنيف سبولدينج: طريقة تصنيف الأجهزة الطبية المختلفة بناءً على استخدام الجهاز وملامسة الجسم إلى ثلاث فئات، حرجة وشبه حرجة وغير حرجة بما تمليه مخاطر التعرض للعدوى التي ينطوي عليها استخدام هذه الأجهزة.

التعقيم: عملية خاضعة للرقابة تقضي على جميع الكائنات الدقيقة ومنها البكتيريا المتحوصلة.

المخزون: كمية من الأشياء المتراكمة ، للاستخدام المستقبلي، يتم الاحتفاظ بها بانتظام في المتناول للاستخدام أو البيع.

التخزين: نشاط الإمداد بمخزون من شيء أو عناصر.

المساحة التخزينية: مكان تخزين كمية مخزنة، أو عملية تخزينها والاحتفاظ بها في مكان خاص حتى يتم الاحتياج إليها.

الترصد: طريقة منهجية ومستمرة لجمع البيانات وعرضها وتحليلها، ثم إيصال تلك المعلومات لمن يستطيع تحسين النتائج.

التناقص التدريجي: يُعرَّف بأنه التوقف أو التخفيض التدريجي لجرعة علاجية من دواء معين على مدار فترة زمنية.

ازدواجية العلاج: شخص واحد يستخدم دواءين، عادة بشكل غير ضروري، من نفس الفئة العلاجية في نفس الوقت.

دقة التوقيت: الوقت بين وقوع الحدث وتوافر البيانات عن الحدث. وتتعلق دقة التوقيت باستخدام البيانات.

أوامر معايرة الدواء: طلبات يتم فيها زيادة جرعة الدواء أو تقليلها بشكل تدريجي استجابة لحالة المريض.

النسخ: النسخ المسوح به لمعلومات الوصفات الطبية من مصدر إلى آخر دون أي تعديلات أو إضافات.

مرض ساري: مرض له القدرة على الانتقال من شخص أو من كائن حي إلى آخر.

الاستخدام: استخدام أو أنماط استخدام أو معدلات استخدام خدمة رعاية صحية معينة. وفرط الاستخدام هو تقديم خدمة رعاية صحية في ظل ظروف يكون الضرر المحتمل من استخدام الخدمة يفوق الفائدة المحتملة. والاستخدام الناقص هو الفشل في استخدام خدمة رعاية صحية ضرورية كانت يمكن أن تؤدي إلى نتيجة إيجابية للمريض. ويحدث سوء الاستخدام عند اختيار خدمة مناسبة ولكن تحدث مضاعفات يمكن الوقاية منه. والثلاثة جميعهم يعكسوا مشكلة في جودة الرعاية الصحية. ويمكن أن يزيدوا من خطر الوفيات ويقللوا من جودة الحياة.

التباين/الاختلاف : الاختلافات في النتائج التي يتم الحصول عليها عند قياس الحدث نفسه أكثر من مرة. ويمكن تقسيم مصادر الاختلاف إلى فئتين رئيسيتين: الأسباب الشائعة والأسباب الخاصة. وغالبًا ما يؤدي التباين الشديد إلى الهدر

والخسـارة، مثـل حـدوث نتائـج صحيـة غيـر مرغـوب فيهـا للمريـض وزيـادة تكلفـة الخدمـات الصحيـة.

تحليـل "فيـن": طريقـة معروفـة للمسـاعدة فـي تحديـد أولويـات شـراء الأدويـة وحفـظ المخـزون. وتقسـم الأدويـة وفقًـا لتأثيرهـا الصحـي إلـى فئـات حيويـة وأساسـية وغيـر أساسـية. كمـا يسـمح بمقارنـة الأدويـة مختلفـة الفعاليـة والفائـدة.

المـــراجع

الإطار الأخلاقي المصري

١. الدستور المصري.
٢. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٦٤
٣. إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام عام ١٩٩٠
٤. إعلان القاهرة حول صحة المرأة
٥. لائحة أخلاقيات مهنة الطب المصرية ٢٠٠٣/٢٣٨
٦. لائحة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (مطبوعات نقابة التمريض)
٧. لائحة أخلاقيات وقواعد السلوك لموظفي الخدمة المدنية، ٢٠١٩
٨. لائحة أخلاقيات الصيادلة.

القوانين واللوائح المصرية

٩. قانون رقم ٢٠١٨/١٠ بشأن حقوق المعاقين
١٠. قانون ٢٠١٨/١٨١ بشأن حماية المستهلك المصري
١١. قانون ٢٠١٧/٢٠٦ بشأن الإعلان عن خدمات الرعاية الصحية
١٢. قوانين الإقرارات المصرية
١٣. معايير المحاسبة المصرية، ٢٠١٦/٦٠٩
١٤. القرار الرئاسي ٢٠١٩/١٥١ بشأن هيئة الدواء المصرية
١٥. قرار وزارة المالية ٢٠١٩/١٨ بشأن الدفع غير النقدي
١٦. قانون ٢٠١٨/٢ بشأن التأمين الصحي الشامل
١٧. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٧/١١٦
١٨. قانون ٢٠١٧/٢١٣ بشأن النقابات العمالية والحماية
١٩. القرار الرئاسي رقم ٢٠١٦/٣١٨٥
٢٠. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٥/٥٢٣ بشأن إعادة استخدام الأجهزة والأدوات ذات الاستخدام الواحد
٢١. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٥/٧٥٣ بشأن إدارة النفايات الطبية
٢٢. القرار الرئاسي رقم ٢٠١٤/١٤ بشأن تقييم الأداء
٢٣. قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٢٠١٤/١٠٦٣ بشأن إدارة حالات الطوارئ
٢٤. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٢/٢٤٥
٢٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٢/٣٦٨
٢٦. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠١٢/٣٩١
٢٧. لائحة رعاية المرضى النفسيين ٢٠١٠/١٢٨
٢٨. قانون ٢٠١٠/٥ بشأن زراعة الأعضاء في مصر
٢٩. قانون ٢٠٠٩/٧١ بشأن رعاية المرضى النفسيين
٣٠. قرار وزارة المالية ٢٠٠٩/٢٧٠: قائمة المحفوظات الحكومية
٣١. قانون ٢٠٠٩/٣١٠ بشأن بنوك العيون
٣٢. قانون ٢٠٠٨/١٢٦ بشأن الأطفال المصريين
٣٣. لوائح وزارة الصحة بشأن وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة ، ٢٠٠٧

٣٤. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٧/٤٥٨ بشأن مياه الشرب
٣٥. قرار وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات رقم ٢٠٠٥/١٠٩ بشأن التوقيع الإلكتروني
٣٦. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٥٣ بشأن الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي
٣٧. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٨٧ بشأن موظفي مكافحة العدوى
٣٨. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/٦٢ بشأن ترقية الأطباء
٣٩. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/٢٣٦ بشأن متطلبات خدمة التخدير
٤٠. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٤/١٥٣ بشأن الحد الأدنى لمتطلبات خدمات التخدير
٤١. توصيات لجنة سلامة المرضى أثناء الإجراء الجراحي ٢٠٠٣
٤٢. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٢/٩٩ بشأن تطوير إدارة الوقاية من العدوى ومكافحتها
٤٣. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٢/٢٥ بشأن المسئولية الطبية وتعليق الممارسة الطبية
٤٤. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٢/١٠٠ بشأن تطوير إدارات الوقاية من العدوى ومكافحتها
٤٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٢/٣٠٦ بشأن مساحات تخزين الأدوية
٤٦. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠١/٢٥٤ بشأن متطلبات تقرير الخروج من المستشفى
٤٧. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٨٦/ ٢٠٠١ بشأن إدارة حالات الطوارئ
٤٨. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠١/١٨٦ بشأن حق المريض في معرفة التكلفة المتوقعة للرعاية
٤٩. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠١/٢٤٤ بشأن كفاءات الجراحين
٥٠. قانون ٢٠٠١/١٩٢ بشأن إدارة النفايات الخطرة
٥١. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢٠٠٠/٢٩٣ بشأن ترقية الأطباء
٥٢. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٩٦/٧٠ بشأن الاستعانة بالخبراء الأجانب
٥٣. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢١٦ بشأن إجراءات التشغيل
٥٤. اللائحة التنفيذية لقانون المناقصات والمزايدات وقانون ٩٩٨/٨٩ ولائحته الصادرة بقرار وزير المالية رقم ١٩٩٨/١٣٦٧
٥٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٩٦/٧٠ بشأن عمل الخبراء الأجانب
٥٦. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٩٦/٦٣ بشأن وحدات غسيل الكلى
٥٧. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٩٤/٤٢٠ بشأن حوافز المتبرعين بالدم
٥٨. قانون ١٩٩٤/٤ بشأن البيئة المصرية
٥٩. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٨٥/٢٨٤ بشأن متطلبات غرفة العمليات
٦٠. قانون ١٩٨٥/٣ بشأن ممارسة مهنة العلاج الطبيعي
٦١. قانون ١٩٨٥/١٠٤ بشأن خدمات بنوك الدم
٦٢. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٨٥/٢٨٤ بشأن متطلبات غرفة العمليات
٦٣. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ٢١٦/ ١٩٨٢ بشأن تنظيم منشآت الرعاية الصحية
٦٤. قانون ١٤٠ لسنة ١٩٨١ بشأن ممارسة القبالة
٦٥. قرار وزارة الصحة والسكان رقم ١٩٧٥/٣٨٥ بشأن إدارة بنوك الدم
٦٦. قانون ٢٩١٥ لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
٦٧. قانون ١٩٦٠/٣٥ بشأن الإحصاء والتعداد الوطني
٦٨. قانون ١٩٦٠/٥٩ بشأن تنظيم أعمال التصوير التشخيصي الطبي
٩٦. قانون ١٩٦٠/١٧٨ بشأن تنظيم جمع ونقل وتخزين الدم
٧٠. قانون ١٩٥٥/١٢٧ بشأن ممارسة مهنة الصيدلة

٧١. قانون المعامل الوطني رقم ١٩٥٤/٣٦٧
٧٢. قانون ١٩٥٤/٤١٥ بشأن ممارسة مهنة الطب البشري
٧٣. قانون ١٩٥٤/٥٣٧ بشأن ممارسة مهنة طب الأسنان
٧٤. القانون الجنائي المصري رقم ١٩٣٧/٥٨
٧٥. مشروع القانون المصري لرعاية المسنين

أدلة العمل والأكواد والمراجع المصرية

٧٦. متطلبات موظفي بنك الدم، وزارة الصحة والسكان المصرية
٧٧. متطلبات ومعدات بنك الدم، وزارة الصحة والسكان المصرية
٧٨. متطلبات بنك الدم الفرعي، وزارة الصحة والسكان المصرية
٧٩. وزارة الصحة- الإدارة العامة للتفتيش الفني. الأداة الإدارية
٨٠. الكود المصري لتصميم منشآت الرعاية الصحية
٨١. الكود المصري للبناء للمعاقين
٨٢. نظام تصنيف الهرم الأخضر
٨٣. أدلة عمل وتعليمات الحماية المدنية
٨٤. رؤية مصر ٢٠٣٠، وزارة التخطيط
٨٥. الإساءات: أدلة عمل إدارة ضحايا الإساءة الاجتماعية- وزارة الصحة، صندوق الأمم المتحدة للسكان
٨٦. نقل الدم: السياسة الوطنية لنقل الدم، وزارة الصحة، ٢٠٠٧
٨٧. السرطان: أدلة العمل الوطنية لعلاج السرطان، اللجنة العليا للسرطان. وزارة الصحة المصرية والسكان
٨٨. السلامة البيئية: الاستراتيجية الوطنية لإدارة الكوارث
٨٩. السلامة البيئية: قواعد هيئة الطاقة الذرية
٩٠. السلامة البيئية: أدلة العمل المصرية بشأن نظام يقظة الأجهزة الطبية
٩١. الطوارئ: مطبوعات الإدارة المركزية للطوارئ والرعاية الحرجة، وزارة الصحة والسكان المصرية
٩٢. الطوارئ: بروتوكول إدارة الطوارئ الموحد، وزارة الصحة والسكان المصرية، قطاع الرعاية الحرجة والعلاجي
٣٩. أدلة عمل سلامة الأغذية المصرية
٤٩. مكافحة العدوى: أدلة العمل الوطنية لمكافحة العدوى
٥٩. التفتيش: متطلبات التفتيش وفقًا لقوانين ولوائح وزارة الصحة والسكان
٦٩. المعامل: دليل معامل الدرن، وزارة الصحة والسكان المصرية ٢٠١٥
٧٩. التمريض: مطبوعات نقابة التمريض- أدلة عمل التمريض
٨٩. الصيدلية: دور ونطاق خدمات الصيدلية المركزية
٩٩. الصيدلة: معايير الممارسة الصيدلية الإكلينيكية المصرية
١٠٠. الأشعة: برنامج الأشعة المصري السويسري، وزارة الصحة والسكان
١٠١. البحث: وزارة الصحة والسكان- أدلة عمل لجنة أخلاقيات البحث، ٢٠١٣
١٠٢. الجودة: دليل مؤشرات أداء المستشفى هيئة التأمين الصحي، ٢٠١٣
١٠٣. الخدمات الاجتماعية: نطاق ممارسة الخدمات الاجتماعية حسب موافقة وزارة الصحة والسكان
١٠٤. ٤=٧andandSectorCode=http://www.mohp.gov.eg/SectorServices.aspx?Deptcode
١٠٥. الخدمات الاجتماعية: قياس جودة أخصائي الخدمات الاجتماعية بمؤسسات الرعاية الصحية
١٠٦. الخدمات الاجتماعية: دور الخدمات الاجتماعية في مكافحة الأمراض المعدية

المراجع الدوليـــة

1. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) standards for 2019
2. Anatomic pathology and Microbiology checklists, CAP accreditation program, 2014
3. Guidance in environmental safety book – part 6
4. HIPAA— Health Insurance Portability and Accountability Act Regulations1996.
5. Institute for Safe Medication Practices (ISMP): List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Dose Designations
6. ISO 15189, 2012
7. Jeddah Declaration on Patient Safety 2019
8. WHO Surgical Safety Checklist
9. WHO five moments for Hand Hygiene
10. WHO Patient Safety Assessment Manual
11. WHO Core Medical equipment
12. WHO Early Warning Alert and Response Network in emergencies
13. WHO five moments for medication safety.
14. WHO Good clinical diagnostic practice, 2005
15. WHO guidelines on medication safety in a high-risk situation
16. WHO guidelines on medication safety in the transition of care
17. WHO International Health Regulation
18. WHO guidelines on medication safety in polypharmacy
19. WHO List of essential in-vitro diagnostic tests, 2018
20. WHO Lab quality management system, 2011
21. WHO Laboratory biosafety manual, 2007
22. WHO Transition of care, 2016
23. WHO Surgical Safety Resources
24. WHO Safe Childbirth Checklist
25. WHO/UNICEF Baby-friendly hospital initiative
26. WHO-ILO HealthWISE action manual
27. Planetree certification standards
28. US Department of Labor: Occupational Safety and Health Administration. (2016) Worker Safety in Hospitals: Caring for Our Caregivers. Retrieved from: https://www.osha.gov/dsg/hospitals/index.html
29. The Joint Commission: Improving Patient and Worker Safety. Retrieved from: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf
30. US Department of Labor: Occupational Safety and Health Administration. (2016) About OSHA. Retrieved from: https://www.osha.gov/about.html
31. US Department of Labor: Occupational Safety and Health Administration. (2016) Hospital eTools: Intensive Care Units. Https://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/icu/icu.html

32. Centers for Disease Control and Prevention (2016). Cases of Ebola Diagnosed in the United States. http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/united-states-imported-case.html
33. https://pdfs.semanticscholar.org/dce8/582215a272b0a1ee7d5fad43fb1e15a59e85.pdf
34. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Handbook, 6th Edition
35. ICD-10-PCS
36. Picker Institute. (1987). Principles of patient-centered care. Retrieved from http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/
37. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants
38. GMC Promoting excellence: standards for medical education and training https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/Promoting_excellence_standards_for_medical_education_and_training_0715.pdf_61939165.pdf
39. https://www.who.int/transplantation/donation/taskforce-transplantation/en/
40. https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2703-hospitals-don-t-burn-hospital-fire-prevention-and-evacuation-guide-1&category_slug=publications&Itemid=1179&lang=en

gahar.gov.eg

gaharegypt