



الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

دليل معايير اعتماد مستشفيات الصحة النفسية



الناشر

الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

إصدار 2022

الفهرس

4	الكلمة الافتتاحية
5	مقدمة
6	نطاق هذا الكتاب
7	الغرض
8	قراءة وتفسير الكتاب
0	اللغة والمفردات المستخدمة
2	نظرة عامة على الاعتماد
5	كيفية التقدم بطلب الاعتماد
6	مراجعة الفترة الزمنية السابقة
7	نظام حساب الدرجات
8	قواعد قرار الاعتماد
9	شكر وتقدير
11	الاختصارات
13	القسم 1: متطلبات وشروط الاعتماد
13	الالتزام بمتطلبات الاعتماد الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
15	علاقات شفافة وأخلاقية
20	القسم 2: المعايير المتمركزة حول المريض
23	متطلبات السلامة الوطنية
26	ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض
28	التخطيط لثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض وحمايتها
33	تمكين وإشراك المرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية
37	ضمان راحة المريض وكرامته
38	حماية متعلقات المريض وخصوصيته وسريته
40	الاستجابة لآراء المرضى والأسر ومقدمي الرعاية
43	الوصول إلى الرعاية واستمراريتها وطرق انتقالها
45	التدفق الآمن والفعال للمرضى داخل المستشفى
47	التدفق الآمن والفعال للمرضى داخل المستشفى
55	التدفق الآمن والفعال للمرضى خارج المستشفى
60	تقديم الرعاية المتكاملة
62	الحفاظ على توحيد الرعاية

63	ضمان خدمات آمنة قبل دخول المستشفى
65	الفحص والتقييم والرعاية الفعالة للمريض
69	عمليات الفحص والتقييم والرعاية المصممة خصيصاً للمريض
91	إشراك الأسر ومقدمي الرعاية في رعاية المرضى المصابين بأمراض نفسية
93	برنامج الكشف المبكر والوقاية للمرضى المعرضين لخطر إيذاء أنفسهم أو الآخرين
100	تعزيز الصحة النفسية ورفاهية المجتمع
102	خدمات صحة نفسية عن بعد بشكل آمن وفعال
105	الخدمات التشخيصية والمساعدة
107	التصوير الطبي
110	عمليات تشغيل آمنة وفعالة للتصوير الطبي
116	دراسات تصوير طبي آمنة
127	خدمات معمل آمنة
129	اختبارات فعالة عند نقطة الرعاية
131	إجراءات الصحة النفسية
133	خدمات التخدير والتهدئة
139	خدمات تهدئة آمنة وموحدة
151	إدارة وسلامة الدواء
170	الأحداث الدوائية الضارة، والأخطاء الدوائية، والأحداث الوشبكة
173	القسم 3: المعايير المتمركزة حول المنشأة
175	سلامة البيئة والمنشأة
183	خطة آمنة لإدارة المواد والنفايات الخطرة
185	خطة السلامة والأمن
187	برنامج الوقاية من العنف
193	خطة آمنة للمرافق
195	خطة آمنة للتأهب للطوارئ
198	مكافحة ومنع انتشار العدوى
204	ممارسة آمنة وفعالة للوقاية من العدوى
212	التطهير والتعقيم
216	خدمات غسيل آمنة ومنسوجات الرعاية الصحية
217	إدارة المرافق
217	الترصد الوبائي الفعال والمراقبة
224	الحوكمة والإدارة المؤسسية
225	هيئة حاکمة فعالة
227	توجيه فعال للمنشأة
234	إدارة فعالة لسلسلة الإمداد

238.....	دور القيادة في الجواة وسلامة المرضى
241.....	المشاركة الفعالة للعاملين وسلامتهم وصحتهم
244.....	إطار فعال حديث
248.....	إدارة المواد البشرية
250.....	التخطيط الفعال للموارد البشرية
254.....	التحقق من صحة المؤهلات وتقييمها
255.....	برنامج تعريفى فعال
257.....	التدريب والتعليم الفعال
258.....	تقييم عادل لأداء العاملين
260.....	هيكل فعال للطاخم الطبى
263.....	هيكل تمرىض منظم
265.....	بيئة تعليمية فعالة
269.....	إدارة وتكنولوجيا المعلومات
271.....	عمليات إدارة الوثائق الفعالة
275.....	ضمان سرية وسلامة وأمن المعلومات
276.....	عملية فعالة وآمنة للاحتفاظ بالوثائق
277.....	الإدارة والمراجعة الفعالة للسجل الطبى للمريض
279.....	اختيار وتنفيذ تكنولوجيا المعلومات الصحية
282.....	الجودة وتقييم الأداء
284.....	برنامج فعال لإدارة الجودة
285.....	إدارة فعالة للبيانات وقياس الأداء
286.....	تحديد وتحليل ومنع الأحداث الضارة
296	أنشطة المراجعة والاستعداد
312	مسرد المصطلحات
324	المراجع

"صدرت هذه المعايير باللغة الإنجليزية، وهذه النسخة العربية هي نسخة مترجمة. لذا، عند الاختلاف في فهم أو تفسير أيًا من محتويات هذه النسخة، يرجى الرجوع إلى النسخة الإنجليزية من الكتاب"

الكلمة الافتتاحية

يعتبر كتاب معايير اعتماد مستشفيات ومراكز الصحة النفسية الصادر عن الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية - إصدار 2022 خطوة أساسية نحو تطبيق إصلاح شامل للرعاية الصحية في مصر. يأتي هذا الإصدار استمرارًا للجهود التي بدأت في القرن الماضي لتحسين خدمات الرعاية الصحية في البلاد من خلال توحيد الخدمة. ويُعد تطوير هذه المعايير نتاجًا قيّمًا للجهود التعاونية لممثلين من مختلف القطاعات الصحية في مصر، بما في ذلك وزارة الصحة والسكان، والقطاع الخاص، وأساتذة الجامعات، والقطاعات العسكرية، والنقابات المهنية .

يتناول كتاب المعايير هذا تقديم الرعاية الصحية من منظورين رئيسيين: المنظور المتمركز حول المريض، والمنظور المتمركز حول المنشأة. يتم تناول كل منظور بشكل شامل في قسم منفصل، ويناقش بالتفصيل الحد الأدنى من المتطلبات لاعتماد المنشآت بناءً عليها. يناقش القسم الأول متطلبات وشروط الاعتماد. بينما يتناول القسم الثاني المعايير المتمركزة حول المريض، ويعتمد نموذج بيكر للرعاية المتمركزة حول المريض لضمان استجابة المنشآت لاحتياجات المرضى. أما القسم الثالث فيناقش المعايير المتمركزة حول المنشأة، ويسلط الضوء على العديد من الجوانب المطلوبة لملائمة بيئة العمل لتقديم رعاية صحية آمنة وفعالة، كما يتبنى مفاهيم برنامج Health WISE.

على الرغم من أن هذه المعايير قد تم تصميمها بعناية لتوجيه الوضع الحالي للرعاية الصحية المصرية نحو رؤية مصر 2030، فقد تمت مقارنتها بدقة بالمعايير الدولية ووجد أنها تلبي الغرض الأساسي منها الذي يتوافق مع القوانين واللوائح والثقافة المصرية. ومن المتوقع أن تكون هذه المعايير حافزًا لتطبيق التغيير والتحسين في ثقافة وممارسة الرعاية الصحية في مصر .

مقدمة

تُعرّف الرعاية المتمركزة حول المريض بأنها رعاية تحترم وتستجيب لتفضيلات المرضى والمستهلكين واحتياجاتهم وقيمهم. وتشمل الأبعاد المقبولة على نطاق واسع للرعاية المتمركزة حول المريض الاحترام، والدعم العاطفي، والراحة الجسدية، والمعلومات والتواصل، والاستمرارية والانتقال، وتنسيق الرعاية، ومشاركة الأسرة، والحصول على الرعاية. وتستند الاستبيانات التي تقيس تجربة المرضى في الرعاية الصحية عادةً إلى هذه المجالات. تُظهر الأبحاث أن الرعاية المتمركزة حول المريض تُحسن تجربة رعاية المرضى وتُنشئ قيمة عامة للخدمات. عندما يعمل مديرو الرعاية الصحية ومقدمو الخدمة والمرضى والأسر في شراكة، تتحسن جودة وسلامة الرعاية الصحية، وتتنخفض التكاليف، ويزداد رضا مقدمي الخدمة، وتتحقق تجربة رعاية المرضى بنجاح.

يمكن أن تؤثر الرعاية المتمركزة حول المريض إيجابًا على مقاييس الأعمال، مثل الجوانب المالية، والجودة، والسلامة، والرضا، والحصة السوقية. تُعد الرعاية المتمركزة حول المريض بُعدًا من أبعاد الرعاية الصحية عالية الجودة، وقد تم تحديدها في تقرير معهد الطب "عبور فجوة الجودة" كواحد من الأهداف الستة للجودة لتحسين الرعاية. في السنوات الأخيرة، برزت الاستراتيجيات المستخدمة عالميًا لتحسين جودة الرعاية الصحية الشاملة، مثل الإبلاغ العام والحوافز المالية، كعوامل دافعة على مستوى السياسات لتحسين الرعاية المتمركزة حول المريض.

يتطلب تطوير خدمات الصحة النفسية ذات الجودة العالية استخدام بروتوكولات وممارسات قائمة على الأدلة، بما في ذلك التدخل المبكر، ودمج مبادئ حقوق الإنسان، واحترام استقلالية الفرد، وحماية كرامة الأفراد.

المرضى ليسوا العملاء الوحيدين لأنظمة الرعاية الصحية. فمقدمو الرعاية الصحية والعاملون يواجهون مخاطر أيضًا. وعلى الرغم من استمرار الجدل حول ما إذا كان ينبغي اعتبار رفاهية العاملين جزءًا من مبادرات سلامة المرضى، فإن العديد من المنظمات ترى ذلك، بما في ذلك اللاعبون الرئيسيون في صناعة الرعاية الصحية عالميًا. وقد تؤثر ثلاثة جوانب رئيسية على رفاهية العاملين: السلامة، والضغط، والهيكل التنظيمي.

يحدد هذا الكتاب الحد الأدنى من المتطلبات لمنشآت الرعاية الصحية للائتمان لسلامة المرضى والتركيز على المريض مع الحفاظ على بيئة عمل آمنة ومنظمة وإيجابية.

نطاق هذا الكتاب

تتطبق هذه المعايير على مستشفيات الصحة النفسية التي تسعى للحصول على اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

المنشآت المشمولة:

تتطبق هذه المعايير على المنشآت المستقلة التالية:

- مستشفيات الصحة النفسية.
- مستشفيات علاج الإدمان.
- مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان.
- مراكز إعادة تأهيل الإدمان.
- مراكز إزالة السموم.

المنشآت المستثناة:

لا تتطبق هذه المعايير على:

- منشآت الرعاية الممتدة.

الغرض

تصف معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المستوى الكفء للرعاية في كل مرحلة من مراحل عملية رعاية المريض. تعكس هذه المعايير مستوى الأداء المرغوب والقابل للتحقيق والذي يمكن مقارنة الأداء الفعلي لمستشفى الصحة النفسية به. الغرض الرئيسي من هذه المعايير هو توجيه والحفاظ على ممارسات الرعاية الصحية الآمنة من خلال معايير الاعتماد.

تعمل هذه المعايير أيضًا على تعزيز وتوجيه إدارة المنشأة. فهي تساعد العاملين وفريق الإدارة ومستشفى الصحة النفسية ككل في تطوير ممارسات التوظيف الآمنة، وتفويض المهام للعاملين المرخصين وغير المرخصين، وضمان التوثيق الكافي، وحتى وضع سياسات للتقنيات الجديدة.

يضمن الالتزام بمعايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مساءلة مستشفى الصحة النفسية عن قراراته وإجراءاته. تتمركز العديد من المعايير حول المريض وتركز على السلامة لتعزيز أفضل النتائج الممكنة وتقليل التعرض لمخاطر الضرر. تشجع هذه المعايير العاملين بالمستشفى على تنمية قاعدة معارفهم باستمرار من خلال الخبرة، والتعليم المستمر، وأحدث الإرشادات. يمكن استخدام هذه المعايير لتحديد مجالات التحسين في الممارسة السريرية ومناطق العمل، وكذلك لتحسين سلامة المرضى ومكان العمل .

قراءة وتفسير الكتاب

- تقوم الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم هيكل المنظمات وعملياتها و/أو نتائجها من خلال وضع معايير تتناول هذه المفاهيم.
- ينقسم هذا الكتاب إلى أربعة أقسام، بالإضافة إلى الكلمة الافتتاحية والمقدمة ونطاق هذا الكتاب والغرض والاستخدام والشكر والاختصارات وأنشطة المراجعة والاستعداد لها، ومسرد المصطلحات، والمراجع.
- ينقسم كل قسم إلى فصول عند الاقتضاء.
- يحتوي كل فصل على:
 - مقدمة تتضمن الغرض العام.
 - أهداف تفصيلية تلي المقدمة، ولكل منها معيار أو أكثر في الفصل.
- المعيار هو مستوى من الجودة أو الإنجاز، خاصة المستوى الذي يُعتقد أنه مقبول؛ ويتكون من نص المعيار، والكلمات الرئيسية، والغرض، ودليل عملية المراجعة، وأدلة التطابق مع المعيار، وفقرات المعايير ذات الصلة.

مكونات المعيار

- نص المعيار:
 - في هذا الكتاب، يُكتب كل معيار كنص يسبقه كود.
 - يتبع كل معيار **عبارة مكتوبة بخط غير أسود** تصف بُعد (أو أبعاد) الجودة الأساسية التي يتناولها المعيار.
- الكلمات الرئيسية:
 - لمساعدة المنشآت على فهم العنصر الأكثر أهمية في نصوص المعايير، حيث إنها كلمات أو مفاهيم ذات أهمية كبيرة.
 - تجيب عن سؤال "ماذا" يهدف المعيار إلى قياسه.
- الغرض:
 - الغرض من المعيار هو مساعدة المنشآت على فهم المعنى الكامل للمعيار.
 - عادة ما ينقسم الغرض إلى جزأين:
 - معياري: يصف الغرض والأساس المنطقي للمعيار ويوفر شرحًا لكيفية تناسب المعيار مع البرنامج العام حيّجيب عن سؤال "لماذا" يجب تحقيق المعيار.
 - توضيحي: يهدف إلى مساعدة المنشآت على تحديد الاستراتيجية لتفسير وتنفيذ المعيار.
 - يجيب عن سؤال "كيف" سيتم تحقيق المعيار.
 - تتطلب بعض المعايير تطبيق الحد الأدنى من مكونات العمليات التي يجب توثيقها و/أو تنفيذها و/أو تسجيلها و/أو مراقبتها. وعادةً ما تسبق هذه المكونات عبارة "على الأقل ما يلي"، تليها قائمة

مرقمة/مرتبة بالحروف من المتطلبات. وبالتالي، تعتبر هذه العناصر أجزاء أساسية لا تتجزأ من الامتثال للحد الأدنى المقبول من المعيار.

- **أدلة التوافق مع المعيار:**

- تشير أدلة التوافق لمعيار ما إلى ما سيتم مراجعته وتخصيص درجة له خلال عملية المراجعة في الموقع.
- تحدد أدلة التوافق لكل معيار المتطلبات اللازمة للامتثال الكامل للمعيار، حيث يتم احتساب الدرجات بناءً على أدلة التوافق المستوفاة.

- **دليل عملية المراجعة:**

- يسهل ويساعد المراجعين في تقييم المعيار المطلوب بناءً على أدلة التوافق المطلوبة.

- **المعايير ذات الصلة:**

- نظرًا لأن الرعاية الصحية خدمة معقدة، يقيس كل معيار جزءًا صغيرًا منها. ولفهم معنى كل معيار في السياق العام لمعايير الرعاية الصحية، يجب مراعاة المعايير الأخرى أيضًا.

- **تُصنف المعايير وتُجمع في ثلاث مجموعات:**

- **الفصول،** حيث تُجمع المعايير وفقًا لهدف موحد.
- **أبعاد الجودة،** حيث يتناول كل معيار بُعدًا معينًا من أبعاد الجودة، والتصنيف الاستراتيجي للمعايير لتحليل خصائص جودتها.
- **متطلبات التوثيق،** حيث تتطلب بعض المعايير أنواعًا معينة من الوثائق.

اللغة والمفردات المستخدمة

يستخدم هذا الكتاب مواضيع ومفردات معينة لضمان الاتساق والوضوح؛ وهذه أهم المفردات التي ستساعد المستشفيات في

تفسير المعايير: العملية، السياسة، الإجراء، البرنامج، الخطة، الإرشادات، البروتوكول.

عندما تُستخدم كلمة 'عملية' في معيار ما، فإنها تشير إلى متطلب يجب اتباعه.

• 'العملية'

سلسلة من الإجراءات أو الخطوات المتخذة من أجل تحقيق غاية معينة.

• 'العملية الموثقة'

وثيقة تصف العملية ويمكن أن تكون في شكل سياسة، أو إجراء، أو برنامج، أو خطة، أو إرشادات، أو بروتوكول.

• السياسة:

- مبدأ عمل تتبناه المنشأة.

- عادةً ما تجيب عن سؤال ما هي العملية.

- هي أكثر صرامة من الإرشادات أو البروتوكولات.

- لا تتضمن أهدافاً يجب تحقيقها في إطار زمني معين.

• الإجراء:

- طريقة رسمية أو معتمدة لتنفيذ شيء ما.

- عادةً ما يجيب عن سؤال كيف تتم العملية.

- هو أكثر صرامة من الإرشادات أو البروتوكولات.

- لا يتضمن أهدافاً يجب تحقيقها في إطار زمني معين.

• الخطة:

- مقترح تفصيلي لتنفيذ أو تحقيق شيء ما.

- عادةً ما تجيب عن سؤال ما هو الهدف، ولماذا، وكيف سيتم تحقيقه، ومتى.

- تتضمن أهدافاً يجب تحقيقها في إطار زمني معين.

• الإرشادات:

- قاعدة عامة، أو مبدأ، أو توصية.

- عادةً ما تجيب عن سؤال ما هي العملية وكيف يجب أن تتم.

- عادةً ما تكون أكثر سراً من البروتوكول.

• برنامج الرعاية الإكلينيكية:

- نهج منظم ومنسق لتقديم خدمات الرعاية الصحية وإدارة رعاية المرضى أو الأفراد ذوي الحالات الطبية المحددة

وفقاً للإرشادات والبروتوكولات الإكلينيكية.

• البروتوكول:

- بروتوكول أفضل الممارسات لإدارة حالة معينة، والذي يتضمن خطة علاج مبنية على استراتيجيات قائمة على

الأدلة وبيانات توافقية.

- عادةً ما يحتوي على رسوم بيانية، مخططات انسيابية، خرائط ذهنية، وأشجار تفكير.

(1) الوثيقة مقابل السجل

- الوثيقة:
يتم إنشاؤها من خلال تخطيط ما نسعى إلى تنفيذه.
- السجل:
يتم إنشاؤه بعد تنفيذ شيء ما.

(2) الطبيب مقابل عضو الطاقم الطبي

- الطبيب:
متخصص يمارس الطب
- عضو الطاقم الطبي:
متخصص يمارس الطب وغيره من الممارسين المستقلين.

نظرة عامة على الاعتماد

- يهدف هذا الفصل إلى تحديد قواعد ومتطلبات الحصول على اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمستشفيات الصحة النفسية، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:
1. الالتزام بمتطلبات الترخيص لمستشفيات الصحة النفسية كما هو منصوص عليه في القوانين واللوائح والقرارات الوزارية التنظيمية.
 2. الالتزام بمتطلبات السلامة الوطنية لمستشفيات الصحة النفسية (المدرجة هنا)، لضمان سلامة المرضى، والأسر، والزوار، والعاملين.
 3. الالتزام بمتطلبات المعايير وفقاً لقواعد قرار الاعتماد في هذا الكتاب.

أ) القواعد العامة:

- يتم تحديد مجموعة أدلة الاعتماد التي تُطبق على منشأة المتقدم من خلال مطابقة نطاق الخدمات المقدمة في المنشأة. يجب إبلاغ الهيئة بأي تغيير في مجال الخدمات المقدمة (إضافة خدمة جديدة، أو إلغاء خدمة قائمة، أو زيادة حجم خدمة قائمة بأكثر من 15%) كتابياً إلى البريد الإلكتروني reg@gahar.gov.eg قبل شهر واحد على الأقل من التنفيذ الفعلي لهذا التغيير.
- يجب على المنشآت التي ترغب في الحصول على اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التقديم بدءاً من تاريخ دخول المحافظة في نطاق تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل، وذلك خلال فترة أقصاها ثلاث سنوات. أما بالنسبة للمنشآت في المحافظات التي لم تدخل بعد في نطاق تطبيق القانون، فيجب عليها التقديم خلال ثلاث سنوات من تاريخ تقديم الطلب.
- تضمن المنشأة صحة وسلامة الوثائق والبيانات المقدمة في جميع مراحل عملية الاعتماد. إذا ثبت عدم دقة الوثائق المقدمة، فإن المنشأة معرضة لرفض الاعتماد.
- لا يُسمح للمنشأة باستخدام شهادة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أو شعارها بطريقة مضللة.
- قد يتم سحب الاعتماد أو يكون معرضاً للرفض إذا ثبت أن المنشأة قد زورت أو حجبت أو ضللت عمداً المعلومات المقدمة إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
- تُبلغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المنشأة بقرار الاعتماد خلال فترة لا تتجاوز 15 يوم عمل من تاريخ الانتهاء من زيارة المراجعة.
- يحق للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية نشر نتائج زيارات المراجعة، وتعليق الاعتماد، أو رفضه، وفقاً لمتطلبات القانون رقم 2 لسنة 2018.
- يجب على المنشأة استكمال ما لا يقل عن 60% من خطة التوظيف الخاصة بها، وتسجيل ما لا يقل عن 60% من كل فئة من أعضاء متخصصي الرعاية الصحية قبل زيارة المراجعة، على أن يتم استكمال عملية التسجيل المتبقية في غضون ثلاثة أشهر من تاريخ الاعتماد.
- في حال وقوع حدث جسيم أو أي حدث سلبي خطير، يجب إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال 48 ساعة من التأكد من وقوعه عبر إشعار بالبريد الإلكتروني باستخدام الرابط التالي: reg@gahar.gov.eg. يجب تقديم تحليل السبب الجذري في موعد لا يتجاوز 45 يوماً من تاريخ وقوع الحدث أو الإبلاغ عنه مع خطة التصحيح

المناسبة لمنع/تقليل تكراره وفقاً لطبيعة الحدث. (يُرجى الرجوع إلى المعيار رقم (QPI.07 الأحداث الجسيمة) لمزيد من المعلومات).

(ب) الامتثال للقوانين واللوائح ومتطلبات التراخيص الحالية ذات الصلة وتحديثاتها كما يلي:

للمستشفيات الحكومية وغير الحكومية المتخصصة في الصحة النفسية:

- ترخيص المستشفى (للمستشفيات غير الحكومية).
- موافقة المجلس القومي للصحة النفسية.
- ترخيص التعامل مع النفايات الخطرة.
- شهادة المطابقة مع متطلبات الدفاع المدني.
- ترخيص المعمل.
- ترخيص أجهزة الإشعاع المؤين (إن وجدت).
- ترخيص الصيدلية (إن وجدت).
- ترخيص المصعد (إن وجد).
- ترخيص مولدات الكهرباء (وفقاً للمادة 2 والمادة 3 من القانون رقم 55 لسنة 1977 بشأن إقامة وإدارة الآلات الحرارية والمراجل البخارية).
- ترخيص العلاج الطبيعي (للمستشفيات غير الحكومية).

(ج) قد يتم تعليق الاعتماد (لمدة لا تتجاوز 6 أشهر) في الحالات التالية:

- فشل المنشأة في اجتياز المراجعة المفاجئة.
- فشل المنشأة في الامتثال لتعليمات الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عندما تكون سارية.
- عدم تطابق بيانات المنشأة في نموذج الطلب مع وضعها عند زيارة التقييم المفاجئة.
- الأحداث الجسيمة المتعلقة بسلامة المرضى، أو متخصصي الرعاية الصحية، أو الزوار التي لم يتم الإبلاغ عنها للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال 48 ساعة من وقوعها.
- عدم إخطار الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بأي تغييرات في نطاق الخدمات المقدمة (مثل إضافة خدمة جديدة، أو إلغاء خدمة قائمة، أو زيادة حجم خدمة قائمة بأكثر من 15%) قبل شهر واحد على الأقل من التنفيذ الفعلي لهذا التغيير.
- عدم تسجيل المنشأة ما لا يقل عن 60% من أعضائها من متخصصي الرعاية الطبية.
- فشل المنشأة في تقديم خطط الإجراءات التصحيحية في حال وجود دليل امتثال غير مستوفى واحد أو أكثر

(د) قد يتم سحب الاعتماد أو يكون معرضاً للرفض في الحالات التالية:

- فشل المنشأة في اجتياز زيارات المتابعة في حالة الاعتماد المشروط.
- اكتشاف فريق الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أي تزوير أو حجب أو تضليل متعمد للمعلومات المقدمة أثناء أو بعد زيارة المراجعة، أو ثبوت عدم دقة الوثائق المرفقة والمقدمة.

- منع المنشأة لفريق / مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من أداء واجباتهم، مثل رفض أو منعهم من مراجعة الوثائق والبيانات المتعلقة بنطاق مهامهم.
- رفض المنشأة مقابلة فريق المراجعين أو مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في زيارات التقييم المعلنه/المفاجئة.
- صدور وثيقة قانونية من جهة إدارية أو حكم من المحكمة العليا ضد المنشأة سواء بالإغلاق الدائم أو المؤقت.
- نقل المنشأة من مكانها الفعلي المذكور في نموذج الطلب، أو هدم المنشأة أو إعادة إنشائها أو إعادة بنائها دون إخطار مسبق للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
- تجاوز المدة المقررة لتعليق الاعتماد دون تصحيح أسباب هذا التعليق.

كيفية التقدم بطلب الاعتماد

تبدأ مستشفيات الصحة النفسية التي تسعى للحصول على اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالخطوات التالية:

- التقدم بطلب للانضمام إلى البرنامج عبر الموقع الإلكتروني www.gahar.gov.eg أو عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى reg@gahar.gov.eg
- تستجيب الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإرسال نموذج طلب مرفق بالبريد الإلكتروني. يكمل المستشفى الطلب ويحمل المستندات المطلوبة.
- تراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مستندات مستشفى الصحة النفسية.
- تحدد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الرسوم المالية للمراجعة، ويتم مشاركة تفاصيل الحساب البنكي.
- يقوم المستشفى بالدفع للبنك المركزي المصري على الحساب البنكي، ثم يرسل إيصال الدفع عبر البريد الإلكتروني.
- يتم تحديد موعد لزيارة المراجعة للمستشفى.
- يقوم فريق مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم المستشفى وفقاً لدليل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمعايير اعتماد مستشفيات الصحة النفسية.
- يتم تقديم تقرير المراجعة إلى لجنة الاعتماد للمراجعة واتخاذ القرار بناءً على قواعد القرار.
- يتم إخطار المستشفى بقرار لجنة الاعتماد. لدى المستشفى 15 يوماً لتقديم تظلم. إذا لم يتم تقديم تظلم، يوافق رئيس الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على القرار، ويتم إصدار الشهادة النهائية.

مراجعة الفترة الزمنية السابقة

- يُطلب من مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة متطلبات المعايير وتقييم التزام المنشأة بها خلال الفترة الزمنية السابقة.
- **الفترة الزمنية السابقة للمراجعة:** هي الفترة التي تسبق زيارة المراجعة والتي يجب على أي مستشفى للصحة النفسية خلالها الامتثال لمعايير اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. يؤثر عدم الامتثال لهذه القاعدة على قرار الاعتماد.
- تختلف الفترة الزمنية السابقة للمراجعة من مستشفى صحة نفسية لآخر، اعتمادًا على حالة اعتماد المستشفى.
- **مستشفى الصحة النفسية الذي يسعى للحصول على الاعتماد:**
 - يلتزم بكتاب الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية لمعايير اعتماد مستشفيات الصحة النفسية حسب الاقتضاء لمدة لا تقل عن أربعة أشهر قبل زيارة المراجعة الفعلية للاعتماد.
- **مستشفى الصحة النفسية الذي يسعى لإعادة الاعتماد:**
 - بالنسبة لمستشفيات الصحة النفسية المعتمدة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، الالتزام بكتاب لمعايير اعتماد مستشفيات الصحة النفسية من تاريخ استلام موافقة الاعتماد السابق حتى زيارة مراجعة الاعتماد التالية.

نظام حساب الدرجات

خلال زيارة المراجعة، يتم تقييم كل معيار بناءً على أدلة التطابق.

تعتمد هذه القواعد الرياضية على مجموع وحساب النسبة المئوية لدرجات كل دليل تطابق قابل للتطبيق على النحو التالي:

- **مطابق:** عندما يظهر مستشفى الصحة النفسية تطابقاً بنسبة 80% أو أكثر للمتطلبات خلال فترة المراجعة المطلوبة، مع حصوله على مجموع درجات 2.
- **مطابق جزئياً:** عندما يظهر مستشفى الصحة النفسية تطابقاً أقل من 80% ولكن يساوي أو يزيد عن 50% للمتطلبات خلال فترة المراجعة المطلوبة، مع حصوله على مجموع درجات 1.
- **غير مطابق:** عندما يظهر مستشفى الصحة النفسية تطابقاً أقل من 50% للمتطلبات خلال فترة المراجعة المطلوبة، مع حصوله على مجموع درجات 0.
- **غير قابل للتطبيق:** عندما يحدد المراجع أن متطلبات المعيار خارج نطاق المنشأة (يتم حذف النتيجة من البسط والمقام).
- على الرغم من أن معظم أدلة التطابق مستقلة، وهي وحدات قياس قائمة بذاتها تمثل الهيكل و/أو العملية و/أو النتيجة، فإن عددًا قليلاً من أدلة التطابق يعتمد على بعضها البعض. تعني الاعتمادية أنه لا يمكن تحقيق (أو تقييم) التطابق مع أحد أدلة التطابق دون ضمان التطابق مع أدلة أخرى.

حساب درجات كل معيار:

- **مطابق:** عندما يكون متوسط درجة أدلة التطابق مع المعيار القابلة للتطبيق لهذا المعيار 80% أو أكثر.
- **مطابق جزئياً:** عندما يكون متوسط درجة أدلة التطابق مع المعيار القابلة للتطبيق لهذا المعيار أقل من 80% ولكن ليس أقل من 50%.
- **غير مطابق:** عندما يكون متوسط درجة أدلة التطابق مع المعيار القابلة للتطبيق لهذا المعيار أقل من 50%.

حساب درجات كل فصل:

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

قواعد قرار الاعتماد

يمكن لمستشفيات الصحة النفسية الحصول على الاعتماد من خلال إثبات التطابق مع قواعد قرار اعتماد معينة. تُلزم هذه القواعد بتحقيق درجات معينة على مستوى المعيار، ومستوى الفصل، والمستوى العام، حيث يتكون قرار الاعتماد من أربع قرارات.

القرار الأول: حالة الاعتماد لمستشفى الصحة النفسية (3 سنوات)

- التطابق العام بنسبة 80% فأكثر.
- يجب ألا تقل درجة كل فصل عن 70%.
- لا يوجد معيار كامل واحد تم تقييمه "غير مطابق".

القرار الثاني: حالة الاعتماد المشروط لمستشفى الصحة النفسية (سنتان)

- التطابق العام من 70% إلى أقل من 80%.
- يجب ألا تقل درجة كل فصل عن 60%.
- معيار واحد كحد أقصى "غير مطابق" لكل فصل.
- لا يوجد معيار واحد من معايير السلامة الوطنية تم تقييمه "غير مطابق".

القرار الثالث: حالة الاعتماد المشروط لمستشفى الصحة النفسية (سنة واحدة)

- التطابق العام من 60% إلى أقل من 70%.
- يجب ألا تقل درجة كل فصل عن 50%.
- معياران كحد أقصى "غير مستوفى" لكل فصل.
- لا يوجد معيار واحد من معايير السلامة الوطنية تم تقييمه "غير مطابق".

القرار الرابع: رفض الاعتماد

- التطابق العام أقل من 60%.
- حصول فصل واحد على درجة أقل من 50%.
- أكثر من معيارين "غير مطابق" لكل فصل.
- معيار واحد من معايير السلامة الوطنية تم تقييمه "غير مطابق".

يُطلب من مستشفيات الصحة النفسية التي حصلت على حالة اعتماد أو اعتماد مشروط مع عناصر عدم التطابق ما يلي:

- تقديم خطة عمل تصحيحية لأدلة التطابق والمعايير غير المستوفاة في غضون 90 يومًا للقرار الأول، و 60 يومًا للقرار الثاني، و 30 يومًا للقرار الثالث، تُرسل إلى البريد الإلكتروني reg@gahar.gov.eg.
- التقديم لاجتياز مراجعة الاعتماد خلال سنتين للقرار الثاني وسنة واحدة للقرار الثالث.

شكر وتقدير

لجنة إعداد معايير اعتماد مستشفيات ومراكز الصحة النفسية

د. ناصر فتحي لوزة

رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية

د. عبد الناصر عمر

أستاذ الطب النفسي، جامعة عين شمس

د. حاتم ناجي حمادة

مدير عام مستشفى العباسية للصحة النفسية

د. سمير أبو المجد

أستاذ الطب النفسي، جامعة القاهرة

د. ماجد بهي الدين

لواء، وأستاذ الطب النفسي بالأكاديمية الطبية العسكرية

د. إيهاب حسن الباز

عميد، ومدير مستشفى الصحة النفسية بمجمع
المعادي العسكري

د. محمد عثمان زهدي

استشاري الطب النفسي، ومدير عام مستشفى
المعمورة للطب النفسي

إدارة أبحاث وتطوير المعايير

د. عزيزة شعير

عضو بالإدارة العامة لأبحاث وتطوير المعايير

د. حما سليمان

عضو بالإدارة العامة لأبحاث وتطوير
المعايير

د. ولاء أبو العلا

عضو بالإدارة العامة لأبحاث وتطوير المعايير

د. ريهام مجدي

عضو بالإدارة العامة لأبحاث
وتطوير المعايير

د. سمر صبري

عضو بالإدارة العامة لأبحاث وتطوير المعايير

د. محمود الغمراوي

عضو بالإدارة العامة لأبحاث وتطوير المعايير

د. رنا علام

مدير الإدارة

فريق التجربة الميدانية

د. إيهاب شهاد	د. متولي محمد
مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
د. مجدي يوسف	د. نهلة بدر
مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
د. إيمان درويش	ا. رفعت عبد المقصود
مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
م. مروة العيسوي	ا. أحمد عبد الستار
مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
ا. غادة رشاد	د. إسماعيل الفقي
مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	مراجع بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

شكر خاص للخبراء الخارجيين الذين شاركوا في عملية وضع المعايير والمنشآت التي تم فيها إجراء الاختبار الميداني.

المدير التنفيذي
د. حسام أبو ساطي

أعضاء مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

د. إسلام أبو يوسف	د. خالد عمران
نائب رئيس الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	عضو مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
د. سيد العقدة	د. نوران الغندور
عضو مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	عضو مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية
د. أحمد صفوت	
عضو مجلس إدارة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية	

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

الاختصارات

الكود	المعنى
APC	متطلبات وشروط الاعتماد
NSR	متطلبات السلامة الوطنية
PCC	ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض
ACT	الوصول إلى الرعاية واستمراريتها وانتقالها
ICD	تقديم الرعاية المتكاملة
STP	برنامج العلاج السلوكي التخصصي
DAS	الخدمات التشخيصية والمساعدة
MHP	إجراءات الصحة النفسية
MMS	إدارة وسلامة الدواء
EFS	سلامة البيئة والمنشأة
IPC	مكافحة ومنع انتشار العدوى
OGM	الحوكمة والإدارة المؤسسية
WFM	إدارة الموارد البشرية
IMT	إدارة المعلومات والتكنولوجيا
QPI	تحسين الجودة والأداء

القسم 1

متطلبات وشروط الاعتماد

القسم 1: متطلبات وشروط الاعتماد

الغرض من القسم:

يهدف هذا الفصل إلى توفير إطار عمل أخلاقي واضح يجب على المستشفى اتباعه للامتثال لعملية مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. يجب أن تكون درجات هذه المعايير مطابقة دائمًا لمواصلة عملية المراجعة. سيتم التعامل مع دليل تطابق واحد مطابق جزئيًا أو غير مطابق على مستوى لجنة اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وقد يؤدي إلى رفض الاعتماد أو تعليقه.

الالتزام بمتطلبات الاعتماد الخاصة بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية

APC.01 يحافظ المستشفى على مراقبة مستمرة ودقيقة للالتزام بمتطلبات السلامة الوطنية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

اللوائح الوطنية ومتطلبات الترخيص

الغرض:

تُعتبر اللوائح ومتطلبات الترخيص مطلبًا أساسيًا لضمان الحد الأدنى من التطابق لأي مستشفى صحة نفسية أو أي منشأة أخرى تقدم خدمات الرعاية الصحية وتهدف إلى الانضمام إلى نظام التأمين الصحي الشامل أو الحصول على الاعتماد من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. عندما تتقدم المنشأة بطلب الاعتماد، فمن المتوقع أن تحافظ على نفس مستوى الجودة الذي تم تسجيله خلال زيارة الاعتماد أو أن تحسنه. يجب أن تستوفي المنشأة متطلبات الترخيص وفقًا لنطاق الخدمات المقدمة.

الهدف من تطوير متطلبات السلامة الوطنية هو تعزيز السلامة الفردية في المستشفيات. وقد اختارت الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تلك المعايير التي تؤثر بشكل مباشر على سلامة الفرد، أو بعبارة أخرى، هي السبب الرئيسي للوفيات في المستشفيات. وقد تم وضع هذه المعايير كمتطلبات أساسية للمستشفيات التي تسعى للانضمام إلى نظام التأمين الصحي الشامل المصري.

يُتوقع من المستشفى تطوير أدوات ومعدلات متابعة للامتثال لمتطلبات السلامة الوطنية. ويمكن للمستشفى إثبات أن هذه الأدوات تُستخدم لمتابعة الامتثال بناءً على المعدلات المتفق عليها لضمان سلامة المرضى والعاملين والزوار طوال الوقت في المستشفى بأكمله.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مستشفى الصحة النفسية الخاصة بالتقييم الدوري للالتزام بمتطلبات السلامة الوطنية والمتطلبات التنظيمية، وقد يراجعون خطط الإجراءات التصحيحية ذات الصلة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى عملية واضحة للتقييم الدوري للالتزام بمتطلبات السلامة الوطنية واللوائح التنظيمية.

2. عند اكتشاف فجوة، يضع المستشفى خطة إجراءات تصحيحية تصف جميع الإجراءات اللازمة لتحسين الأداء والحفاظ على التطابق الكامل.
3. يبلغ المستشفى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بأي تحديات تؤثر على الالتزام بمتطلبات السلامة الوطنية واللوائح التنظيمية.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.09 استدامة التحسين، QPI.07 الأحداث الجسيمة.

APC.02 يضمن المستشفى توفير الرعاية الطبية الآمنة من خلال الالتزام بمتطلبات تسجيل متخصصي الرعاية الصحية بالهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

متطلبات تسجيل متخصصي الرعاية الصحية

الغرض:

تهدف عملية تسجيل متخصصي الرعاية الصحية إلى ضمان كفاءة هؤلاء المتخصصين من خلال مطابقة مؤهلاتهم وخبراتهم مع نطاق الخدمات الطبية المسجل أو المعتمد للمستشفى. وهذا بدوره سيحسن جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمجتمع. يُتوقع من المستشفى تسجيل 100% من جميع أعضاء المهن الصحية التالية:

- (أ) الأطباء البشريون.
- (ب) أطباء الأسنان.
- (ج) الصيادلة.
- (د) أخصائيو العلاج الطبيعي.
- (هـ) طاقم التمريض.
- (و) فنيو التمريض.
- (ز) فنيو الرعاية الصحية.
- (ح) الكيميائيون والفيزيائيون.
- (ط) الأطباء البيطريون (العاملون في المطبخ، أو معمل أبحاث المستشفى، أو مناطق أخرى).

يجب على المستشفى إنشاء عملية لتسجيل جميع أعضاء فريق العمل المعينين حديثاً والمنطبق عليهم ذلك خلال 1-3 أشهر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات تسجيل متخصصي الرعاية الصحية، بمن فيهم العاملون الحاليون والجدد.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى عملية معتمدة لتسجيل جميع أعضاء المهن الطبية المطلوبة.

2. يكلف المستشفى فريق عمل لضمان التسجيل الكامل وتحديد العاملين غير المسجلين خلال إطار زمني محدد.
3. تغطي العملية جميع عقود/اتفاقيات التوظيف بدوام كامل أو جزئي أو الزوار أو غيرها من الأنواع.
4. يبلغ المستشفى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية والنقابات المهنية المعنية بأي نتائج يمكن أن تؤثر على سلامة المرضى، مثل أوراق الاعتماد المزورة أو المضللة.

المعايير ذات الصلة:

APC.03 معلومات دقيقة وكاملة، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات، WFM.03 التوصيف الوظيفي.

علاقات شفافة وأخلاقية

APC.03 يزود المستشفى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمعلومات دقيقة وكاملة خلال جميع مراحل عملية الاعتماد.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

معلومات دقيقة وكاملة

الغرض:

خلال عمليتي التسجيل و/أو الاعتماد، هناك العديد من النقاط التي تطلب فيها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بيانات ومعلومات. عندما يتم تسجيل المستشفى، يقع ضمن نطاق الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أن يتم إبلاغها بأي تغييرات في المستشفى وأي تقارير من المقيمين الخارجيين. قد يقدم المستشفى المعلومات إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية شفويًا، من خلال الملاحظة المباشرة، أو مقابلة، أو طلب، أو أي نوع آخر من التواصل مع موظف الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. تُعلم سياسات وإجراءات الاعتماد ذات الصلة المستشفى بالبيانات و/أو المعلومات المطلوبة والفترة الزمنية لتقديمها. من المتوقع أن يقدم المستشفى معلومات دقيقة وكاملة وفي الوقت المناسب إلى الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فيما يتعلق بهيكله، ونطاق عمل المستشفى، والمبنى، والحوكمة، والتراخيص، وتقارير التقييم من قبل المقيمين الخارجيين. تشترط الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على كل مستشفى، سواء كان مسجلاً، أو معتمداً، أو مهتماً فقط بالمشاركة في عملية الاعتماد، أن يتعامل بصدق ونزاهة وشفافية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة تقارير الاعتماد الأخرى، والتراخيص، والتفتيش، وعمليات التدقيق، والشؤون القانونية، والأحداث الجسيمة الواجب الإبلاغ عنها، والمقاييس الواجب الإبلاغ عنها.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى الصدق والنزاهة والشفافية خلال عملية الاعتماد.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يقدم المستشفى معلومات دقيقة وكاملة للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال عمليتي التسجيل و/أو الاعتماد.

2. يبلغ المستشفى خلال 30 يوماً عن أي تغييرات هيكلية في نطاق عمل المستشفى تتعلق بإضافة أو حذف خدمات طبية بنسبة تزيد عن 15% (مثل الأسرة، والتخصصات، والعاملين)، أو توسعات المباني، أو الهدم.
3. يتيح المستشفى للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الوصول إلى نتائج التقييم وتقارير أي منظمة تقييم.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01 نظام إدارة الوثائق، APC.02 متطلبات تسجيل متخصصي الرعاية الصحية، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة ومسؤولياتها الواضحة.

APC.04 يستخدم المستشفى عملية الاعتماد لتحسين السلامة والفاعلية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

قيمة عملية الاعتماد

الغرض:

يعني اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أن المستشفى مكان يحافظ على معايير السلامة العالية. ستفترض الهيئات العامة والحكومية والعاملون وجهات الدفع الأخرى، المصادقية في عمليات المستشفى المعتمد. وبالتالي، يحق للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الحصول على أي معلومات لتأكيد الامتثال للمعايير وسياسة الاعتماد و/أو تقييم سلامة المرضى ومخاوف الجودة في أي وقت خلال جميع مراحل الاعتماد. عندما تقوم جهات خارجية أخرى غير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم المجالات المتعلقة بالسلامة والجودة مثل عمليات تفتيش السلامة من الحرائق، وتحقيقات الشرطة الجنائية، والتحقق من ادعاءات المحاكم، وعمليات تفتيش ظروف عمل العاملين، وتقييم حوادث السلامة أو شكاوى الجودة، فإن هذه التقييمات تكمل مراجعات الاعتماد ولكن قد يكون لها تركيز أو تأكيد مختلف. إن خلق ثقافة سلامة ليس بالمهمة السهلة؛ يتطلب الأمر أن يكون الجميع على دراية بقضايا السلامة وقادرين على الإبلاغ عنها. يحسن المستشفى سلامة العمليات من خلال تبادل المعرفة مع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية حول أي تحديات يتم تحديدها من خلال العمليات الداخلية أو الخارجية. يعكس الموقع الإلكتروني للمستشفى وإعلاناته وعروضه الترويجية والكتيبات والصحف وغيرها من المعلومات المتاحة للجمهور بدقة نطاق البرامج والخدمات المعتمدة من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أي تقارير تتعلق بمخاوف بشأن السلامة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين والمرضى المسؤولين للتحقق من وعيهم بآليات الإبلاغ عن مشكلات السلامة للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يسمح المستشفى للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء تقييمات ميدانية لمدى الالتزام بالمعايير والسياسات أو التحقق من المخاوف المتعلقة بالجودة والسلامة، والتقارير، أو أي عقوبات من السلطات التنظيمية.
2. يوضح المستشفى بدقة حالة الاعتماد ونطاق عمله.

3. يبلغ المستشفى العاملين والمرضى بآليات الإبلاغ عن مشكلات السلامة للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.09 استدامة التحسين، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

APC.05 يحافظ المستشفى على المعايير المهنية خلال المراجعة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

المعايير المهنية خلال المراجعة

الغرض:

يهدف المراجع إلى أداء واجباته ومسؤولياته وتحقيق أعلى مستويات الأداء وفقاً للمتطلبات الأخلاقية بشكل عام لتلبية المصلحة العامة والحفاظ على سمعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية. لتحقيق هذه الأهداف، يجب أن تُرسخ عملية المراجعة المصادقية، والكفاءة المهنية، وجودة الخدمة، والثقة. من المتوقع أن يحافظ المستشفى على المعايير المهنية في التعامل مع المراجعين. ويُتوقع من المستشفى إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إذا كان هناك تضارب في المصالح بين المراجع والمستشفى قد يؤثر على أي مما يلي:

أ) النزاهة

ب) الموضوعية

ج) الكفاءة المهنية

د) السرية

هـ) الاحترام

يضمن المستشفى عدم وجود مخاطر مباشرة على سلامة وأمن المراجعين. ويحترم المستشفى سرية وحساسية عملية المراجعة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية جميع جوانب السلامة، والأمن، والسرية، والخصوصية، والاحترام، والنزاهة، والموضوعية، وقيم الكفاءة المهنية، والتطبيق السليم للإدارة الأخلاقية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مباشرة بأي تضارب في المصالح مع تقديم الأدلة (إن وجدت).
2. يحافظ المستشفى على المعايير المهنية في التعامل مع المراجعين.
3. يتأكد المستشفى من أن البيئة لا تشكل أي مخاطر على سلامة أو أمن المراجعين خلال المراجعة.
4. لا يُسمح بالنشر على وسائل التواصل الاجتماعي دون موافقة مسبقة وإخطار من الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

المعايير ذات الصلة:

PCC.01 الدعاية لمستشفى الصحة النفسية، OGM.12 الإدارة الأخلاقية، OGM.03 قيادات مستشفيات الصحة النفسية

القسم 2

المعايير المتمركزة حول المريض

القسم 2: المعايير المتمركزة حول المريض

تمثل الرعاية المتمركزة حول المريض تحولاً جذرياً في كيفية تفكير المرضى والمتخصصين في الرعاية الصحية والمشاركين الآخرين في عمليات العلاج والشفاء. ويعرفها معهد الطب بأنها تقديم رعاية تحترم وتستجيب لتفضيلات واحتياجات وقيم المريض الفردية، وضمان أن قيم المريض توجه جميع القرارات الإكلينيكية. يمهّد صعود الرعاية المتمركزة حول المريض الطريق لنظام رعاية صحية مصمم لتحسين فاعلية وراحة أهم وأضعف الأشخاص في المعادلة: المرضى وعائلاتهم ومجتمعاتهم.

على مدى العقدين الماضيين، أصبحت الرعاية المتمركزة حول المريض معترفاً بها دولياً كبُعد من المفهوم الأوسع للرعاية الصحية عالية الجودة. في عام 2001، عرّف تقرير معهد الطب الأمريكي (IOM) نصف السنوي، "عبور فجوة الجودة: نظام صحي جديد للقرن الحادي والعشرين"، الرعاية عالية الجودة بأنها آمنة، وفعالة، ومتمركزة حول المريض، وفي الوقت المناسب، وكفؤة، وعادلة.

يضع التقرير عدة قواعد لإعادة تصميم وتحسين الرعاية المتمركزة حول المريض، بما في ذلك ضمان أن تكون الرعاية مبنية على علاقات شفاء مستمرة؛ وتخصيص الرعاية بناءً على احتياجات وقيم المرضى؛ وضمان أن يكون المريض مصدر التحكم؛ ومشاركة المعرفة والمعلومات بحرية؛ والحفاظ على الشفافية. حدد تقرير معهد الطب أربعة مستويات تعرّف بشكل أكبر الرعاية عالية الجودة ودور الرعاية المتمركزة حول المريض في كل مستوى:

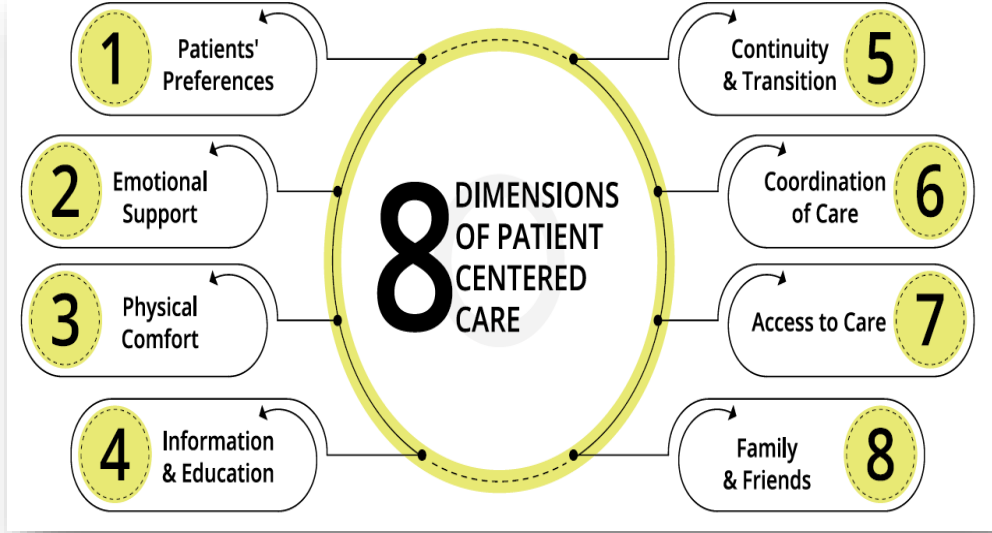
1. مستوى التجربة يشير إلى تجربة المريض الفردية لرعايته. يجب تقديم الرعاية بطريقة محترمة ومفيدة وداعمة لمشاركة المرضى وعائلاتهم.
2. مستوى النظام الإكلينيكي المصغر يشير إلى مستوى الخدمة أو القسم أو البرنامج للرعاية. يجب أن يشارك المرضى وعائلاتهم في التصميم الشامل للخدمة أو القسم أو البرنامج.
3. مستوى المستشفى يشير إلى المستشفى ككل. يجب أن يشارك المرضى وعائلاتهم كأعضاء كاملين في لجان المستشفى الرئيسية.
4. مستوى البيئة يشير إلى المستوى التنظيمي للنظام الصحي. يمكن للمرضى وعائلاتهم إبلاغ السلطات المحلية.

وفقاً لتشارمل وفرامبتون، يعزز تقرير معهد الطب الرعاية المتمركزة حول المريض ليس فقط كوسيلة لخلق تجربة مريض أكثر جاذبية، ولكن أيضاً كممارسة أساسية لتقديم رعاية عالية الجودة في الولايات المتحدة.

عملياً، يمكن للعديد من المستشفيات المصرية وضع سياسات السجل الطبي للمريض والموافقة المبنية على المعرفة بسهولة، لكن الكثير منها يجد صعوبة في تغيير طريقة تقديم الرعاية بشكل فعال، وكافح لإشراك المرضى والتعلم من تجاربهم. تشمل الاستراتيجيات الرئيسية من المنظمات الرائدة في الرعاية المتمركزة حول المريض عالمياً: إظهار قيادة عليا ملتزمة؛ والمتابعة والإبلاغ المنتظم عن بيانات تعليقات المرضى؛ وإشراك المرضى وعائلاتهم كشركاء؛ وتوفير الموارد لتحسين تقديم الرعاية والبيئة؛ وبناء قدرات الموظفين وبيئة عمل داعمة؛ وتأسيس المساءلة عن الأداء؛ ودعم ثقافة المنظمة المتعلمة.

على الصعيد الدولي، تستخدم خدمات الرعاية الصحية مجموعة من الاستراتيجيات لتعزيز الرعاية المتمركزة حول المريض، بما في ذلك تطوير الموظفين، والقيادة، وجمع وإبلاغ تعليقات المرضى، وإعادة تصميم وتصميم مشترك لتقديم الخدمة، وتنفيذ قوانين حقوق المرضى، وإشراك المرضى وعائلاتهم كشركاء في تحسين الرعاية.

هناك ثمانية مبادئ للرعاية المتمحورة حول المريض كما حددها معهد بيكر :



(1) تفضيلات المرضى

في كل خطوة، يجب تزويد المرضى بالمعلومات اللازمة لاتخاذ قرارات مدروسة حول رعايتهم. يجب دائماً مراعاة هذه التفضيلات عند تحديد أفضل مسار للعمل لذلك المريض. يجب أن تكمل خبرة وسلطة المتخصصين في الرعاية الصحية وتعزز منظور المريض. يجب أن يكون التقييم والرعاية بطريقة تحافظ على كرامة المرضى وتظهر مراعاة لقيمهم الثقافية. يحتاج المتخصصون في الرعاية الصحية إلى التركيز على جودة حياة الشخص، التي قد تتأثر بمرضهم وعلاجهم. الجميع دائماً في نفس الفريق، يعملون نحو نفس الهدف.

(2) الدعم العاطفي

يمكن أن تؤثر تحديات علاج وشفاء الجسد على العقل والقلب أيضاً. ممارسة الرعاية المتمركزة حول المريض تعني الاعتراف بالمريض كشخص كامل، يمر بتجربة إنسانية متعددة الأبعاد، متعطش للمعرفة والتواصل الإنساني، وقد يحتاج إلى مساعدة إضافية ومتخصصة في الحفاظ على روح التفاؤل. يساعد ذلك في تخفيف الخوف والقلق الذي قد يواجهه الشخص فيما يتعلق بحالته الصحية (الحالة الجسدية والعلاج والتشخيص)، وتأثير مرضه على نفسه والآخرين (العائلة ومقدمي الرعاية، إلخ)، والآثار المالية لمرضه.

(3) الراحة الجسدية

يجب على المرضى استحضار الشجاعة لمواجهة ظروف مخيفة ومؤلمة وصعبة. يمكن أن يكون لتخفيف الألم بشدة والوسادة الناعمة تأثير كبير. يجب أن يعمل المتخصصون في الرعاية الصحية على ضمان أن تفاصيل

بيئات المرضى تعمل لصالحهم، وليس ضدهم. يجب أن يظل المرضى آمنين ومرتاحين قدر الإمكان خلال الأوقات الصعبة، محاطين بأشخاص مؤهلين لرعايتهم.

(4) المعلومات والتعليم

تقديم المعلومات الكاملة للمرضى بخصوص حالتهم الإكلينيكية وتقديمهم وتشخيصهم؛ وعملية الرعاية؛ والمعلومات التي تساعد في ضمان استقلاليتهم وقدرتهم على الإدارة الذاتية وتعزيز صحتهم. عندما يكون المرضى على اطلاع كامل، ويُمنحون الثقة والاحترام الذي يأتي مع مشاركة جميع الحقائق ذات الصلة، سيشعرون بتمكن أكبر لتحمل مسؤولية عناصر رعايتهم التي تقع ضمن سيطرتهم.

(5) الاستمرارية وانتقال الرعاية

يجب أن يكون الانتقال من مرحلة رعاية إلى أخرى سلساً قدر الإمكان. يجب إبلاغ المرضى جيداً بما يمكن توقعه. يجب تحديد وفهم أنظمة العلاج، وخاصة أنظمة الأدوية، بوضوح. ويجب أن يكون الجميع قادرين على التخطيط وفهم علامات التحذير (والمؤشرات الإيجابية) التي يجب متابعتها.

(6) تنسيق الرعاية

يعتمد كل جانب من جوانب الرعاية على عمل كل جانب آخر بأكثر قدر ممكن من الكفاءة والفاعلية. يجب النظر إلى العلاج وتجربة المريض كوحدة متكاملة، مع عمل الأجزاء المختلفة المتحركة في تناغم لتقليل مشاعر الخوف والضعف. يجب أن يتعاون المتخصصون في الرعاية الصحية لمصلحة الرقاه العام للمريض.

(7) الوصول إلى الرعاية

بقدر الإمكان، يجب أن يتمتع المرضى بإمكانية الوصول إلى جميع الرعاية التي يحتاجون إليها، عندما يحتاجون إليها، بطريقة مريحة ولا تسبب الكثير من التوتر. يجب أن يكون من السهل تحديد المواعيد، والالتزام بأنظمة الأدوية، وممارسة الرعاية الذاتية.

(8) إشراك الأسرة والأصدقاء

تشجع الرعاية المتمركزة حول المريض على إبقاء المرضى مشاركين ومندمجين مع عائلاتهم ومجتمعاتهم وحياتهم اليومية من خلال:

- استيعاب الأفراد الذين يقدمون الدعم للشخص أثناء الرعاية.
- احترام دور المدافع عن الشخص في اتخاذ القرارات
- دعم أفراد العائلة والأصدقاء كمقدمي رعاية والاعتراف باحتياجاتهم.

متطلبات السلامة الوطنية

الغرض من الفصل:

تُعرّف منظمة الصحة العالمية سلامة المرضى بأنها تقليل وتخفيف الأفعال غير الآمنة داخل نظام الرعاية الصحية، وكذلك من خلال استخدام أفضل الممارسات التي ثبت أنها تؤدي إلى نتائج مثلى للمرضى. الرعاية الصحية بيئة معقدة حيث يمكن أن تؤدي الأخطاء إلى الإصابة أو الوفاة. عادةً ما تعمل الإجراءات الوقائية. ومع ذلك، فإن كل طبقة من طبقات الدفاع مثل أجهزة الإنذار والإجراءات الموحدة والمتخصصين الصحيين المدربين جيداً تحتوي على نقاط ضعف. لقد نما التقدم والالتزام بسلامة المرضى في جميع أنحاء العالم منذ أواخر التسعينيات، مما أدى إلى تحول ملحوظ في كيفية النظر إلى سلامة المرضى. عندما تحدث إخفاقات متعددة في النظام، فإن الأخطاء التي عادة ما يتم اكتشافها تمر مرور الكرام، والثمن الذي ندفعه عندما تحدث مثل هذه المواقف غالباً ما يكون باهظاً، على المستويين البشري ونظام الرعاية الصحية.

يُعد قياس مبادرات سلامة المرضى والأحداث السلبية أمراً ضرورياً عند مراقبة تقدم هذه الاستراتيجيات، وتتبع النجاح، والمساعدة في الإبلاغ عن المشكلات أو تحديد مجالات التحسين المحتملة. كجزء من عملية تسجيل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب على المستشفيات إظهار التزامها بسلامة المرضى. يتطلب ذلك الامتثال لكل من متطلبات السلامة الوطنية.

خلال المراجعات، يقوم المراجعون بتقييم الحفاظ على التنفيذ الآمن والفعال لكل من متطلبات السلامة الوطنية في جميع الممارسات ذات الصلة. يجب أن يتم تطبيق المعايير وفقاً للقوانين واللوائح المصرية المعمول بها.

الهدف من الفصل:

1. ناول جميع متطلبات السلامة الوطنية.
2. التأكد من أن المنشآت توفر وتحافظ على برنامج سلامة المرضى بفاعلية.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) الدستور المصري
- (2) مدونة الأخلاقيات الطبية المصرية 2003/238
- (3) مدونة أخلاقيات التمريض المصرية
- (4) إعلان جدة حول سلامة المرضى 2019
- (5) دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم سلامة المرضى
- (6) قائمة منظمة الصحة العالمية للسلامة الجراحية
- (7) مبادرات منظمة الصحة العالمية الملائمة لسلامة المرضى
- (8) القانون 2009/71 رعاية المرضى النفسيين

لا يتم تقييم أي معايير ضمن هذا الفصل؛ سيتم تقييم جميع متطلبات السلامة الوطنية في فصولها المقابلة.

الكود في هذا الكتاب	الكلمة الرئيسية	الكود
السلامة العامة للمريض		
ACT.02	تعريف المريض	NSR.01
IPC.05	نظافة اليدين	NSR.02
ICD.10	تقييم ومنع السقوط	NSR.03
ICD.11	قرح الفراش	NSR.04
ICD.12	الوقاية من الجلطات الوريدية	NSR.05
ACT.08	التواصل عند التسليم والتسلم	NSR.06
ICD.15	الأوامر الشفهية والهاثفية	NSR.07
ICD.16	النتائج الحرجة	NSR.08
ICD.18	التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له	NSR.09
ICD.20	الإنعاش القلبي الرئوي وحالات الطوارئ الطبية	NSR.10
ICD.17	التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب	NSR.11
البرنامج والعلاج السلوكي الخاص		
STP.02	التقييد والعزل السلوكي	NSR.12
STP.03	الخطر الوشيك على الذات أو الآخرين	NSR.13
STP.04	برنامج الوقاية من الانتحار	NSR.14
الخدمات التشخيصية والمساعدة		
DAS.08	برنامج السلامة من الإشعاع	NSR.15
DAS.16	برنامج السلامة في المعمل	NSR.16
إجراءات الصحة النفسية		
MHP.12	العلاج بالصدمات الكهربائية	NSR.17
MHP.13	عملية التحقق المسبق	NSR.18
MHP.14	الوقت المستقطع	NSR.19
إدارة وسلامة الدواء		
MMS.03	تخزين الأدوية، ملصقات تعريف الأدوية	NSR.20
MMS.05	الأدوية عالية الخطورة، المحاليل الإلكترونية المركزة	NSR.21
MMS.06	الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق	NSR.22
سلامة البيئة والمنشأة		
EFS.02	خطة السلامة من الحريق والدخان	NSR.23
EFS.04	تدريبات الإخلاء في حالات الحريق	NSR.24

EFS.05	التعامل مع المواد الخطرة وإدارة النفايات	NSR.25
EFS.08	برنامج الوقاية من العنف	NSR.26
EFS.10	خطة المعدات الطبية	NSR.27
EFS.11	الإنذارات الإكلينيكية	NSR.28
EFS.12	إدارة المرافق	NSR.29
إدارة وتكنولوجيا المعلومات		
IMT.03	الرموز والاختصارات الموحدة	NSR.30

ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض

الغرض من الفصل:

في الرعاية المتمركزة حول المريض، تُعد الاحتياجات الصحية الخاصة بالمريض والنتائج الصحية المرجوة هي القوة الدافعة وراء جميع قرارات الرعاية الصحية ومقاييس الجودة. وبما أن العديد من المرضى غير قادرين على تقييم مستوى المهارة الفنية أو التدريب لدى متخصص الرعاية الصحية، فإن معايير الحكم على خدمة معينة تكون غير فنية وشخصية، وتشمل جوانب مثل الراحة، والخدمة الودية، وتواصل متخصص الرعاية الصحية، والمهارات الشخصية، والجداول الزمنية المحددة. يتطلب هذا أن يطور متخصصو الرعاية الصحية مهارات تواصل جيدة وأن يلبيوا احتياجات المريض بفاعلية وفي الوقت المناسب. تتطلب الرعاية المتمركزة حول المريض أيضًا أن يصبح متخصص الرعاية الصحية مدافعًا عن المريض ويسعى جاهداً لتقديم رعاية ليست فعالة فحسب، بل آمنة أيضًا.

الهدف من الرعاية الصحية المتمركزة حول المريض هو إشراك وتمكين المرضى وأسرهم ليصبحوا مشاركين نشطين في رعايتهم ليس فقط من منظور إكلينيكي، ولكن أيضًا من منظور عاطفي ونفسي وروحي واجتماعي ومالي. على الصعيد العالمي، أكدت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على حق الإنسان في مستوى معيشي يكفي لصحته ورفاهيته هو وأسرته، والذي يشمل الرعاية الطبية والحق في الأمن في حالة المرض أو الإعاقة. في عام 1990، نص إعلان القاهرة لحقوق الإنسان في الإسلام بوضوح في المادة 20 على أنه لا يجوز أن يكون أي إنسان موضوعًا في البحوث الإكلينيكية دون موافقته شريطة ألا يلحق ضرر بصحة الشخص أو حياته.

على الصعيد المحلي، دعمت الأطر القانونية والأخلاقية المصرية الرعاية المتمركزة حول المريض أيضًا. فوفقًا للدستور المصري، الرعاية الصحية الشاملة والموحدة الجودة حق للمصريين. وقد أكدت مدونات الأخلاقيات المصرية للمهن الطبية، والتمريض، والصيدلة، وغيرها من متخصصي الرعاية الصحية على جوانب متعددة من حقوق المرضى والتزامات متخصصي الرعاية الصحية تجاه المرضى. وقد نظم القانون المصري 2009/71 الخاص برعاية المرضى النفسيين الممارسة المتمركزة حول المريض في مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان. وحددت هيئة حماية المستهلك (CPA) ممارسات وتعليمات متعددة للمرضى لمتبوعها خلال عمليات الرعاية الصحية الخاصة بهم. بالإضافة إلى ذلك، تصف القوانين المصرية بوضوح آلية الحصول على الموافقة القانونية. وخلال السنوات القليلة الماضية، ناقش البرلمان المصري بعض القوانين المتعلقة بحقوق بعض الفئات في المجتمع المصري، مثل النساء، والأطفال، وذوي الإعاقة، وكبار السن. وقد حددت الحكومة المصرية طرقًا متعددة للجمهور للتعبير عن الشكاوى من المستشفيات، بما في ذلك الخطوط الساخنة في وزارة الصحة والسكان.

من الناحية العملية، تحتاج المستشفيات إلى ضمان وجود بنية تحتية لسياسات وإجراءات الرعاية المتمركزة حول المريض الموحدة. يجب ألا تقتصر عمليات الرعاية المتمركزة حول المريض بالمنشأة على مجرد طباعة كتيبات حقوق المرضى ومسؤولياتهم وتسليمها للمرضى. يجب أن تحدد السياسات والإجراءات آليات لإنشاء ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض والحفاظ عليها. وهناك حاجة إلى التعليم والتقنيات لتشجيع سلوكيات الرعاية المتمركزة حول المريض.

خلال مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، يجب أن يكون المراجعون قادرين على قياس كيفية تعريف المنشآت

لثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض وعملها للحفاظ عليها من خلال مراجعة الوثائق المتعلقة بهذا الفصل، ومراجعة تنفيذ علاج المريض المباشر، وأثناء تتبع المرضى، وإجراء مقابلات مع العاملين. وقد تتناول جلسة مقابلة القيادات هذا الموضوع أيضًا.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي لهذا الفصل هو:

1. وصف ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض اللازمة للامتثال لمتطلبات الفصل.
2. وصف حقوق المريض ومسؤولياته الأساسية.
3. التأكيد على التقنيات والتغييرات الثقافية التي تحتاج المنشآت إلى معالجتها أثناء بناء ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- 1) الدستور المصري.
- 2) إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام، 1990.
- 3) القانون المصري لرعاية المرضى النفسيين، 2009/71.
- 4) القانون رقم 210/2020 المعدل لقانون رعاية المرضى النفسيين، 2009/71.
- 5) لوائح رعاية المرضى النفسيين، 2010/128.
- 6) لوائح رعاية المرضى النفسيين، 2021/55.
- 7) مدونة الأخلاقيات الطبية المصرية 2003/238.
- 8) قانون حماية الطفل المصري رقم 2008/126.
- 9) قانون حقوق ذوي الإعاقة، 2018/10.
- 10) قانون حماية المستهلك المصري، 2018/181.
- 11) القانون 1981/51 المعدل بالقانون 2004/153، تنظيم المنشآت الصحية.
- 12) قرار وزاري من وزارة الصحة والسكان بشأن حق المريض في معرفة التكلفة المتوقعة للرعاية رقم 2001/186.
- 13) قانون العقوبات المصري رقم 1937/58.
- 14) قانون الإعلان عن الخدمات الصحية، 2017/206.
- 15) مدونة أخلاقيات مهنة التمريض المصرية (منشورات نقابة التمريض).
- 16) لائحة أخلاقيات وقواعد السلوك لموظفي الخدمة المدنية، 2019.
- 17) قرار رئيس مجلس الوزراء بشأن إدارة حالات الطوارئ رقم 2014/1063.
- 18) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 1964.

التخطيط لثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض وحمايتها

PCC.01 تتسم إعلانات مستشفى الصحة النفسية بالوضوح وتتوافق مع القوانين واللوائح المعمول بها، ومدونات الأخلاقيات الخاصة بنقابات متخصصي الرعاية الصحية.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الدعاية لمستشفى الصحة النفسية

الغرض:

عادةً ما تستخدم مستشفيات الصحة النفسية الإعلانات كأداة مهمة لتحسين الاستفادة من الخدمات. تهدف الإعلانات الجيدة إلى مساعدة المجتمع على فهم أفضل للخدمات الصحية المتاحة. قد تستخدم مستشفيات الصحة النفسية الصحف، أو إعلانات التلفزيون، أو اللافتات، أو الكتيبات، أو المنشورات، أو المواقع الإلكترونية، أو صفحات التواصل الاجتماعي، أو مراكز الاتصال، أو الرسائل النصية القصيرة، أو رسائل البريد الإلكتروني الجماعية، أو غيرها من وسائل الإعلام للإعلان عن الخدمات المقدمة. وفقًا للقوانين واللوائح المصرية، يجب أن يتم الإعلان عن خدمات الرعاية الصحية بأمانة. وقد أكدت نقابات الأطباء، ونقابات التمريض، ونقابات الصيادلة، وغيرها من النقابات على الصدق والشفافية كقيم عليا في مدونات الأخلاقيات الخاصة بها. يجب أن يبدأ مستشفى الصحة النفسية في الامتثال لهذا المعيار من خلال استكشاف مدونات الأخلاقيات ذات الصلة ومعرفة كيفية تطبيقها على خطة الإعلان/التواصل الخاصة بمستشفى الصحة النفسية. يجب أن تكون المعلومات دقيقة، ومحدثة، ويتم توصيلها بوضوح حول أنواع الخدمات، ومتخصصي الرعاية الصحية، وتكلفة الخدمات، وساعات العمل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة إعلانات مستشفى الصحة النفسية في أي وقت بدءًا من استلام الطلب وتعيين المراجعين وحتى إرسال تقرير المراجعة. وقد يتم مطابقة الإعلانات مع معلومات الطلب ومع ملاحظات زيارة المراجعة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة/خطة الإعلانات والاتصالات الخاصة بالمستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد لدى مستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية تقديم إعلانات واضحة ومحدثة ودقيقة عن الخدمات.
2. تتم الإعلانات بما يتوافق مع المدونات الأخلاقية لنقابات متخصصي الرعاية الصحية.
3. يتلقى المرضى والأسر ومقدمو الرعاية معلومات واضحة ومحدثة ودقيقة حول خدمات المستشفى، ومتخصصي الرعاية الصحية، وساعات العمل.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدم الرعاية، **ACT.01** إتاحة الوصول، **OGM.12** الإدارة الأخلاقية، **OGM.04** نطاق الخدمات.

PCC.02 يتم إرساء ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض والحفاظ عليها من خلال التعاون متعدد التخصصات.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الرعاية المتمركزة حول المريض.

الغرض:

يتطلب إرساء ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض والمحافظة عليها تخطيطاً دقيقاً، وتطبيقاً مرناً، ومراقبة دقيقة. تتطلب رحلة تغيير/تحسين ثقافة المستشفى عملاً جماعياً تعاونياً من تخصصات متعددة. يجب إنشاء مجموعة مشتركة بين التخصصات على مستوى الموقع في شكل لجنة حماية حقوق المرضى للإشراف والمساعدة في تنفيذ والمحافظة على ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض من خلال توصيل هذه الرؤية إلى العديد من الأطراف المعنية والعاملين، وتحديد العقبات المحتملة والمقاومة، ثم العمل على إزالة هذه العقبات وتخفيف المقاومة. للجنة حماية حقوق المرضى اختصاصات تحدد بوضوح المسؤوليات والأنشطة وفقاً للقوانين واللوائح، ويتم تحليل أي انتهاكات لحقوق المرضى يتم الإبلاغ عنها إلى اللجنة وإدارتها من خلال عملية محددة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة المصطلح المرجعي للجنة واختصاصاتها، وقد يراجعون عينة من محاضر الاجتماعات.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين لتقييم الآليات المتخذة لتخطيط ومساعدة والحفاظ على الممارسات المتمركزة حول المريض.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بكيفية التعامل مع انتهاكات حقوق المرضى.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. للجنة حماية حقوق المرضى اختصاصات واضحة.
2. تجتمع اللجنة على فترات محددة مسبقاً وفقاً لاختصاصاتها.
3. يتم تسجيل اجتماعات اللجنة.
4. تقدم تقارير عمل اللجنة إلى مدير المستشفى لاتخاذ الإجراءات اللازمة.
5. يتم تحليل أي انتهاكات مبلغ عنها لحقوق المرضى والتعامل معها خلال إطار زمني محدد وفقاً لعملية المستشفى المعمول بها.

المعايير ذات الصلة:

- PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدم الرعاية، PCC.11 الشكاوى والمقترحات، STP.02 التقييد والعزل السلوكي، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، OGM.08 نظام إعداد الفواتير، PCC.10 آراء المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

PCC.03 تدعم مستشفى الصحة النفسية وتحترم حقوق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم في المشاركة في عملية الرعاية والخدمات.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المريض والأسرة ومقدم الرعاية

الغرض:

قد يكون السعي للحصول على الرعاية والعلاج وتلقيهما في مستشفيات الصحة النفسية أمرًا مرهقًا للمرضى، مما يجعل من الصعب عليهم ممارسة حقوقهم وفهم مسؤولياتهم في عملية الرعاية. يجب أن يكون المرضى قادرين على فهم حقوقهم ومعرفة كيفية ممارستها. إذا لم يتمكن المريض من فهم حقوقه لأي سبب من الأسباب، يلتزم مستشفى الصحة النفسية بمساعدته على اكتساب المعرفة اللازمة بحقوقه.

يقدم مستشفى الصحة النفسية التوجيه للعاملين فيما يتعلق بدورهم في حماية حقوق المرضى وأسرهم. يجب تلبية الاحتياجات العاطفية والدينية والروحية للمرضى، وغيرها من التفضيلات، والاعتراف بها. يتم توفير مرافق وخدمات منفصلة للنساء والرجال وفقًا لاحتياجاتهم الثقافية، كلما كان ذلك مناسبًا.

يضمن مستشفى الصحة النفسية تطبيق عملية للتعامل مع المرضى المشوشين أو الذين يفقدون إلى الأهلية لفهم هذه الحقوق عند دخولهم المستشفى، كما يضمن تقييم قدرتهم العقلية وتوثيقها في سجلهم الطبي (فيما يتعلق بشروط الحصول على موافقة دخول المريض). يجب تحديد حقوق المريض والأسرة وفقًا للقوانين واللوائح، ومدونات الأخلاقيات الخاصة بنقابات متخصصي الرعاية الصحية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان أن يكون جميع العاملين على دراية بمسائل حقوق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم ويستجيبون لها عند تفاعلهم مع المرضى وتقديم الرعاية لهم في جميع أنحاء المستشفى. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ. حق المريض في:

- (أ) الحصول على الرعاية التي يقدمها المستشفى بالمساواة ودون تمييز.
- (ب) معرفة اسم عضو الطاقم الطبي المعالج والمشرف والمسؤول، وبمن يتم الاتصال في حالات الطوارئ.
- (ج) احترام قيم المريض وتفضيلاته ومعتقداته.
- (د) رفض الرعاية ووقف العلاج (باستثناء حالات الدخول الإلزامي، وفقًا لقانون رعاية المريض النفسي).
- (هـ) التمتع بالأمن والخصوصية الشخصية والسرية والكرامة.
- (و) تقييم الألم وعلاجه.
- (ز) طلب رأي طبي ثانٍ سواء من داخل المستشفى أو من خارجه.
- (ح) المشاركة المجتمعية دون خوف من التمييز.
- (ط) التمتع بالحرية والأمان والحماية من التقييد أو القيود على الحرية ما لم تكن هناك أسباب قهرية تتوافق مع القوانين واللوائح.
- (ي) التمتع بخصوصية وسرية أي معلومات تتعلق بسجله الطبي، وعدم الكشف عن أي معلومات إلا إذا كانت ضرورية

للأغراض العلاجية ووفقاً للقوانين واللوائح.

ك) الحصول على خروج مؤقت مشروط وفقاً لخطة الرعاية المقررة.

ل) مغادرة المستشفى دون الحاجة إلى وجود أي من الأقارب بعد انتهاء فترة العلاج الخاصة بالدخول الإلزامي.

م) قبول أو رفض الاتصالات الشخصية والزوار والمراسلات ما لم يتعارض ذلك مع الخطة العلاجية للمستشفى.

ن) الحماية من التعذيب أو القسوة والاستغلال والإهمال والعنف والإيذاء والمعاملة أو العقوبة المهينة.

ii. حقوق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم في:

س) إطلاعهم والمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض (فيما يتعلق بنوع الدخول).

ع) تقديم شكوى أو اقتراح دون خوف من الانتقام أو التمييز.

ف) معرفة أسعار الخدمات والإجراءات بطريقة ولغة يفهمونها.

ص) الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي لإجراء أي بحث علمي وفقاً للقوانين واللوائح.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان حماية حقوق المريض والأسرة في الظروف النفسية الخاصة وفقاً للقوانين واللوائح،

مثل المرضى الخاضعين للدخول الإلزامي أو حالات الطوارئ التي تتطوي على خطر وشيك على النفس أو الآخرين.

دليل عملية المراجعة:

■ قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة حقوق المريض وإجراء مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم.

■ قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توفر بيانات حقوق المرضى في مستشفى الصحة النفسية، وقد يلاحظون أيضاً كيفية تلقي المرضى للمعلومات المتعلقة بحقوقهم، وقد يتحققون من الظروف التي تتم في ظلها حماية حقوق المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تحدد حقوق المريض والأسرة والقائمين على رعايتهم، كما هو مذكور في الغرض من أ) إلى ص).
2. جميع العاملين على دراية بحقوق المرضى وأسرهم.
3. تتوفر وثيقة معتمدة بحقوق المريض والأسرة والقائمين على رعايتهم، وتكون منشورة ومرئية في جميع المناطق العامة بالمستشفى.
4. تتم حماية حقوق المريض والأسرة والقائمين على رعايتهم في جميع المناطق وفي جميع الأوقات، مع مراعاة القوانين واللوائح الخاصة بالمريض النفسي.
5. يتم تقديم المعلومات المتعلقة بحقوق المريض كتابياً أو بأي طريقة أخرى يمكن للمرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم فهمها.

المعايير ذات الصلة:

PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.10 آراء المرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية، PCC.05 الموافقة على دخول المستشفى، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، ICD.13 خطة الرعاية، PCC.08 راحة المريض وكرامته، ACT.01 إتاحة الوصول، OGM.08 نظام إعداد الفواتير، OGM.17 حقوق المرضى المشاركين في الأبحاث.

PCC.04 يتم تمكين المرضى والأسر ومقدمي الرعاية من القيام بمسؤولياتهم

العدالة

الكلمات الرئيسية:

مسؤوليات المريض والأسرة ومقدم الرعاية

الغرض:

ينبغي أن يكون لدى المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم القدرة على تحمل مسؤولياتهم المتعلقة بعملية الرعاية. إذا لم يتمكن المرضى (أو من ينوب عنهم) من فهم مسؤولياتهم لأي سبب من الأسباب، يلتزم مستشفى الصحة النفسية بمساعدتهم على اكتساب المعرفة اللازمة. قد تؤثر عدم القدرة على القيام بهذه المسؤوليات على عمليات الرعاية أو إدارة المرضى أنفسهم أو أسرهم أو المرضى الآخرين أو العاملين. يلتزم مستشفى الصحة النفسية بجعل مسؤوليات المرضى مرئية للمرضى والأفراد الذين يتلقون الخدمة والعاملين في جميع الأوقات. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان وعي المرضى بمسؤولياتهم.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) تقع على عاتق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم مسؤولية تقديم معلومات واضحة ودقيقة عن المرض والحالة الراهنة والتاريخ الطبي السابق.
- ب) تقع على عاتق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم مسؤولية الالتزام بلوائح مستشفى الصحة النفسية.
- ج) تقع على عاتق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم مسؤولية الوفاء بالالتزامات المالية وفقاً للقوانين واللوائح وسياسة مستشفى الصحة النفسية.
- د) تقع على عاتق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم مسؤولية إظهار الاحترام للمرضى الآخرين ومتخصصي الرعاية الصحية.
- هـ) تقع على عاتق المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم مسؤولية اتباع خطة العلاج الموصى بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مسؤوليات المريض وإجراء مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توفر إعلانات مسؤوليات المرضى في مستشفى الصحة النفسية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أيضاً كيفية تلقي المرضى للمعلومات المتعلقة بمسؤولياتهم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تحدد مسؤوليات المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، كما هو مذكور في الغرض من أ) إلى هـ).
2. جميع العاملين على دراية بمسؤوليات المرضى والأسر ومقدمي الرعاية.
3. تتوفر وثيقة معتمدة بشأن مسؤوليات المرضى والأسر ومقدمي الرعاية، وتكون منشورة ومرئية في جميع المناطق العامة بمستشفى الصحة النفسية بحيث تكون مرئية للعاملين والمرضى والأسر ومقدمي الرعاية.
4. يتم تقديم المعلومات المتعلقة بمسؤوليات المريض كتابيًا وبطرق أخرى يمكن للمرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية فهمها.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، ICD.13 خطة الرعاية، MMS.09 التوافق بين الأدوية، STP.01 إشراك الأسرة

تمكين وإشراك المرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية

PCC.05 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة للحصول على الموافقة على دخول المستشفى.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الموافقة على دخول المستشفى

الغرض:

تمثل الموافقة على دخول المستشفى فهم المريض أو أسرته وموافقته على عملية الحجز بالمستشفى وعواقبها. قد تشمل هذه العواقب التكاليف المحتملة والمخاطر والالتزامات التي قد يتحملها المريض أثناء وجوده بالمستشفى. يتم الحصول على الموافقة على دخول المستشفى من المريض أو من ينوب عنه قانونًا قبل الدخول، وذلك بعد مناقشة احتياجات المريض والتزاماته وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة لتوجيه عملية الحصول على الموافقة على دخول المستشفى، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

أ) كيفية إعطاء المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم معلومات حول التكاليف المحتملة وعملية الحجز بالمستشفى والالتزامات، بلغة يفهمونها.

ب) طرق تقييم أهلية المريض لاتخاذ القرارات المتعلقة برعايته بدءًا من دخوله المستشفى.

ج) تقييم أهلية المريض (أو من ينوب عنه) لاتخاذ القرار:

أ. في حالة الدخول الطوعي:

- i. يوقع المريض على الموافقة على دخول المستشفى، إذا كان عمره فوق 18 عامًا ويتمتع بكامل الأهلية.
- ii. يوقع الوالد أو الوصي القانوني على الموافقة على دخول المستشفى، إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا أو فاقدًا للأهلية.

ب. في حالة الدخول الإلزامي:

- i. يوقع أقارب الدرجة الأولى أو الثانية على الموافقة على دخول المستشفى.

ii. يوقع الوصي القانوني على الموافقة على دخول المستشفى في حالة الوصاية القانونية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي توجه عملية الموافقة على دخول المريض.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتأكد من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالتحقق من استكمال موافقات الدخول من خلال مراجعة السجلات الطبية للمرضى.
- قد يتحقق مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من توزيع وتوافر نماذج الموافقة على الدخول في المناطق التي تشتد الحاجة إليها، مثل مكتب الدخول ومكتب الطوارئ ومحطات التمريض وغيرها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية الحصول على الموافقة على دخول المستشفى، وتتناول العناصر من أ) إلى ج) المذكورة في الغرض.
2. العاملون المسؤولون على دراية بالسياسة.
3. تتوفر نماذج الموافقة على دخول المستشفى في جميع المناطق ذات الصلة وفقاً لسياسة المستشفى.
4. يتم الحصول على الموافقة على دخول المستشفى بطريقة ولغة يفهمها المريض وولي أمره وأسرته.
5. يتم تسجيل الموافقة على دخول المستشفى وحفظها في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، STP.01 إشراك الأسرة، OGM.08 نظام إعداد الفواتير.

PCC.06 يضمن مستشفى الصحة النفسية تقديم التثقيف للمرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم بوضوح.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

الغرض:

يساعد تثقيف المريض وأسرته والقائمين على رعايته على فهم عملية الرعاية وتمكين المرضى والأسر من اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة. تشارك مختلف التخصصات في عملية تثقيف المرضى وأسرهم أثناء عمليات الرعاية. يجب أن تكون المواد التعليمية مناسبة لحالة المريض ومستواه التعليمي ولغته وثقافته.

يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتحديد عملية تثقيف المريض ومن ينوب عنه. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ) تحديد الاحتياجات التعليمية للمريض والأسرة والقائمين على رعايتهم واستعدادهم للتعليم، والتي قد تشمل:

i. التشخيص والحالة.

ii. خطة الرعاية والنتائج المتوقعة للرعاية، وبدائل خطة الرعاية.

iii. تعليمات الخروج.

ب) المسؤولية متعددة التخصصات لتثقيف المرضى والأسر والقائمين على رعايتهم.

ج) يتم تقديم طريقة التعليم وفقاً لقيم المريض والأسرة والقائمين على رعايته ومستوى تعلمهم، وكذلك بلغة وشكل يمكنهم فهمه.

د) عملية تسجيل أنشطة تثقيف المرضى.

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

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي تصف عملية تثقيف المريض والأسرة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتأكد من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق الأنشطة التثقيفية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توفر المواد التثقيفية للمرضى.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية تثقيف المريض والأسرة والقائمين على رعايته، وتتضمن على الأقل النقاط المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. العاملون المسؤولون على دراية بسياسات تثقيف المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم.
3. يتلقى المرضى وأسرهم والقائمون على رعايتهم تثقيفاً ذا صلة بحالة المريض.
4. يتم تسجيل أنشطة تثقيف المريض مثل احتياجاته التعليمية، ومسؤولية تقديم التثقيف، والطريقة المستخدمة في السجل الطبي للمريض.
5. تتوفر مواد تثقيفية مناسبة للمرضى وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.04 مسؤوليات المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.05 الموافقة على دخول المستشفى، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، STP.01 إشراك الأسرة، STP.09 خدمات الصحة النفسية عن بعد، ICD.13 خطة الرعاية، MMS.11 صرف الدواء، MHP.12 العلاج بالصدمات الكهربائية.

PCC.07 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة للحصول على الموافقة المبنيّة على المعرفة لعمليات معينة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الموافقة المبنيّة على المعرفة

الغرض:

تعد الموافقة المبنيّة على المعرفة (الموافقة المستنيرة) إحدى الركائز الأساسية لضمان مشاركة المرضى في قرارات الرعاية الخاصة بهم. للحصول على الموافقة، يجب إبلاغ المريض بالعديد من العوامل المتعلقة بالرعاية المخطط لها، فهذه العوامل ضرورية لاتخاذ قرار مبني على المعرفة. الموافقة المبنيّة على المعرفة هي عملية الحصول على إذن قبل إجراء أي تدخل صحي للفرد، أو للكشف عن معلومات شخصية. يجب أن تتضمن الموافقة المبنيّة على المعرفة احتمالية النجاح، ومخاطر عدم القيام بالإجراء أو التدخل، والفوائد، والبدائل لأداء هذا الإجراء الطبي المحدد. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لوصف كيفية وأماكن استخدام الموافقة المبنيّة على المعرفة. يجب أن تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) قائمة بالإجراءات الطبية التي تتطلب موافقة مبنيّة على المعرفة، ويجب أن تشمل هذه القائمة ما يلي:

- I. الإجراءات التداخلية، إن وجدت.
- II. التخدير، والتهدئة المعتدلة والعميقة.
- III. الإجراءات أو العلاجات عالية الخطورة مثل العلاج بالصدمات الكهربائية والوسائل المماثلة الأخرى.
- IV. أنشطة التصوير الفوتوغرافي والترويجي، والتي يمكن أن تكون الموافقة عليها لوقت أو غرض محدد.
- V. الأبحاث، (إن وجدت).
- VI. استخدام الدم والتبرع به، (إن وجد).

(ب) المواقف المحددة التي يمكن فيها الحصول على موافقة شخص آخر غير المريض، وآليات الحصول عليها وتسجيلها وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

(ج) رفض أو وقف خطوة أو خطوات في عملية الرعاية الطبية، حيث يجب استخدام موافقة الرفض المبني على المعرفة لتوثيق عملية الرفض وفقاً للقانون؛ على النحو التالي:

- i. يوقع المريض على إقرار الرفض المبني على المعرفة في حالة الدخول الطوعي فقط، بشرط أن تكون حالة المريض مستقرة ولديه الأهلية العقلية للقيام بذلك.
- ii. في حالة المرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً، يوقع أحد الوالدين أو الوصي القانوني على إقرار الرفض المبني على المعرفة، بشرط أن تكون حالة المريض مستقرة.
- iii. يجوز للطبيب النفسي رفض التوقيع على إقرار الرفض المبني على المعرفة بناءً على تقييم الحالة الراهنة للمريض ووفقاً لقانون ولوائح رعاية المريض النفسي.

(د) تحديد العاملين المصرح لهم بالحصول على الموافقة والتوقيع عليها.

(هـ) توفر نماذج الإقرارات في جميع المواقع ذات الصلة المعمول بها.

(و) متطلبات سريان الموافقة المبنيّة على المعرفة وفقاً لقانون ولوائح رعاية المريض النفسي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه عملية موافقة المريض، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق الموافقة المبينة على المعرفة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توفر وتوزيع نماذج الموافقة المبينة على المعرفة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية الموافقة المبينة على المعرفة، وتتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. العاملون المسؤولون على دراية بعملية الموافقة.
3. تتوفر نماذج الموافقة المبينة على المعرفة في جميع المناطق ذات الصلة وفقاً لسياسة المستشفى.
4. يتم الحصول على الموافقة المبينة على المعرفة بطريقة ولغة يفهمها المريض ومن ينوب عنه.
5. يوقع الطاقم الطبي المصرح له بالحصول على الموافقة المبينة على المعرفة على النموذج مع المريض.
6. يتم تسجيل الموافقة المبينة على المعرفة وحفظها في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

- PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.04 مسؤوليات المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، STP.01 إشراك الأسرة، MHP.09 المقابلة بمساعدة العقاقير، MHP.12 العلاج بالصددمات الكهربائية، OGM.16 الموافقة على البحث الإكلينيكي، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة.

ضمان راحة المريض وكرامته

- PCC.08 يضمن مستشفى الصحة النفسية الراحة المثلى للمريض وكرامته أثناء فترة الإقامة بالمستشفى.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

راحة المريض وكرامته

الغرض:

يُقصد بحيز رعاية المريض أي مكان داخل منشأة الرعاية الصحية يتم فيه فحص المرضى أو علاجهم. وقد ربطت أكثر من 600 دراسة بين البيئة المبنية في المستشفى وعوامل مثل رضا المرضى، والتوتر، والنتائج الصحية، وجودة الرعاية الصحية بشكل عام، كما نقلت جمعية المستشفيات الأمريكية. تشمل العوامل الشاملة في بيئة مستشفى الرعاية الصحية مستويات الضوضاء، والتعامل مع المرضى والألم، والعوامل البيئية التي تمنع أو تسهل التواصل؛ كل هذه العوامل مرتبطة ببعضها البعض. عندما تكون البيئة صاخبة جداً، قد يجد المرضى صعوبة في النوم أو الشعور بالراحة، مما يمنع قدرتهم على التعافي. وقد يجد هذا أيضاً من التواصل.

يجب على المستشفى ضمان أن تكون إقامة المريض مريحة، مع الحفاظ على السلامة اللازمة لطبيعة الحالة النفسية، ومناسبة لاحتياجات المريض والأسرة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية توفير بيئة تشتمل على الأقل على ما يلي:

- (أ) جو مريح؛
- (ب) مساحة كافية مع إمكانية الوصول إلى مساحة معيشة شخصية؛
- (ج) أثاث ومعدات مناسبة ومريحة في جميع المناطق تضمن سلامة المريض وتكون ملائمة لحالته العقلية؛
- (د) تحكم مناسب في درجة الحرارة والتهوية؛
- (هـ) توفر الموارد التي قد تكون مطلوبة لتلبية الاحتياجات الروحية والثقافية والجنسانية للمرضى؛
- (و) التواصل بشأن تحديد الغرف وزملاء الغرفة أو تغييراتهم؛
- (ز) احترام راحة وسلامة المرضى والعاملين من الضوضاء الصوتية خاصة أثناء تفعيل أكواد المستشفى والإنذارات.

يمكن تحقيق الإقامة المريحة في مستشفى الصحة النفسية من خلال طرق وأساليب عديدة مثل إتاحة الوصول إلى الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي، وإتاحة الوصول إلى مساحة خارجية آمنة كل يوم تخضع لتقييم المخاطر، و/أو إجراء واستقبال مكالمات هاتفية خاصة بما يتماشى مع السياسة المحلية، واتباع نظام غذائي صحي، وتوفير ساعات زيارة مناسبة.

يجب على العاملين ضمان وعيهم التام بكيفية الحفاظ على خصوصية مرضاهم وراحتهم وكرامتهم وحمايتهم، ومعرفة كيفية إدارة الموقف عند انتهاكها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بزيارة غرف المرضى المختلفة من مختلف الفئات الاقتصادية لتقييم مدى راحتهم.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المرضى والعاملين للاستعلام عن ساعات الزيارة، وتوفير الطعام الصحي، والإقامة المريحة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوفر مستشفى الصحة النفسية بيئة آمنة ومريحة تغطي العناصر من (أ) إلى (ز) المذكورة في الغرض.
2. العاملون على دراية بكيفية الحفاظ على خصوصية مرضاهم وراحتهم وكرامتهم وحمايتهم.
3. تتوفر مساحات ومعدات مريحة لاستخدام المرضى.
4. يتوفر طعام صحي للمرضى ويمكنهم الحصول عليه عند الحاجة.
5. ساعات الزيارة مناسبة للمرضى وأسرتهم.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.07 الخطة الأمنية، EFS.06 خطة إدارة السلامة.

حماية متعلقات المريض وخصوصيته وسريته

PCC.09 مسؤولية مستشفى الصحة النفسية تجاه ممتلكات المريض محددة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

متعلقات المريض

الغرض:

قد تشمل متعلقات المريض الملابس، وأطقم الأسنان، والمعينات السمعية، والنظارات أو العدسات اللاصقة، أو الأشياء الثمينة مثل المجوهرات والأجهزة الإلكترونية والنقود وبطاقات الائتمان/الخصم. يجب على المستشفى قبول عهدة ممتلكات المريض لما فيه مصلحة المريض خاصة إذا كان المريض غير قادر على تحمل مسؤولية متعلقاته، ولم تكن الأسرة متاحة لتسلم عهدة متعلقاتهم. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لإدارة متعلقات المرضى، تتبع السياسة المحلية للتعرف على المرضى وتتناول على الأقل ما يلي:

أ. توضيح مساءلة العاملين المسؤولين عن إدارة متعلقات المرضى.

ب. الإجراءات الآمنة والمناسبة لإدارة متعلقات المرضى.

ج. تحديد عملية للتعامل مع الأشياء المفقودة والمعثور عليها، حيث يجب تسجيل المواد المفقودة والمعثور عليها وحمايتها وإعادتها عند الإمكان؛ ويجب على المستشفى تحديد عملية واضحة يجب اتباعها عند عدم إعادة المواد خلال إطار زمني محدد.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى المتعلقة بإدارة متعلقات المرضى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بسياسة مستشفى الصحة النفسية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات الأمن، وغيرها من السجلات، والخزائن التي يتم فيها حفظ وتسجيل ممتلكات المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه مسؤوليات المستشفى تجاه متعلقات المرضى، بما في ذلك العناصر الموجودة في الغرض من أ) إلى ج).
2. العاملون المسؤولون على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم تسجيل المواد المفقودة والمعثور عليها وحمايتها وإعادتها عند الإمكان.
4. السجلات المستخدمة لإدارة متعلقات المرضى متاحة ومطابقة لمحتويات الخزائن.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.04 مسؤوليات المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.11

الشكاوى والمقترحات، EFS.07 الخطة الأمنية.

الاستجابة لآراء المرضى والأسر ومقدمي الرعاية

PCC.10 يعمل مستشفى الصحة النفسية على تحسين الخدمات التي يقدمها بناءً على قياس آراء المرضى والأسر ومقدمي الرعاية.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

آراء المرضى والأسر ومقدمي الرعاية

الغرض:

يمكن أن تتضمن آراء المرضى والأسر المخاوف، والإطراءات، والشكاوى الرسمية من خلال استطلاعات الرأي التي قد تساعد مستشفى الصحة النفسية على تحديد طرق تحسين الأداء الإكلينيكي وغير الإكلينيكي. يمكن للمستشفى التماس آراء المرضى والقائمين على رعايتهم بعدة طرق مثل: استطلاعات الرأي عبر الهاتف، أو استطلاعات الرأي المكتوبة، أو مجموعات النقاش المركزة، أو المقابلات الشخصية. يجب على العديد من المستشفيات استخدام استطلاعات الرأي المكتوبة، والتي تميل إلى أن تكون النهج الأكثر فاعلية من حيث التكلفة والموثوقية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التعامل مع آراء المرضى والأسر/القائمين على رعايتهم.

يجب على المستشفى تحديد ما إذا كانت العملية تتناول قياس تجربة المريض أو رضا المريض. بالنسبة لتجربة المريض، يجب على مستشفى الصحة النفسية تقييم ما إذا كان الشيء الذي يجب أن يحدث في إطار الرعاية الصحية (مثل التواصل الواضح مع متخصصي الرعاية الصحية) قد حدث بالفعل أو إلى متى حدث. بينما بالنسبة لرضا المريض، يجب على المستشفى قياس ما إذا كانت توقعات المريض أو أسرته بشأن لقاء صحي قد تحققت أم لا. يمكن لشخصين تلقياً نفس الرعاية تماماً، ولكن لديهما توقعات مختلفة لكيفية تقديم هذه الرعاية، أن يعطيا تقييمات رضا مختلفة بسبب اختلاف توقعاتهما. القياس وحده لا يكفي. يحتاج المستشفى إلى تحليل وتفسير المعلومات التي تم الحصول عليها من الآراء المقاسة وتحديد مشاريع التحسين المحتملة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة آراء المرضى والأسر.
- قد يقيم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية الاستفادة من آراء المرضى والأسر في تحسين الأداء.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية قياس آراء المرضى والأسر.
2. يوجد دليل على أن المستشفى يتلقى، ويحلل، ويفسر آراء المرضى والأسر.
3. يتم توصيل الآراء المفسرة إلى العاملين المعنيين.
4. يوجد دليل على أن آراء المرضى والأسر تُستخدم لتحسين جودة الخدمة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.11 الشكاوى والمقترحات، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين.

PCC.11 يمكن للمرضى والأسر وجميع الأفراد الذين يتلقون الخدمة من المستشفى تقديم شكاوى أو اقتراحات شفوية أو مكتوبة من خلال عملية محددة.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الشكاوى والمقترحات

الغرض:

يجب أن تكون مستشفيات الصحة النفسية قادرة على قياس واستخدام آراء المرضى والقائمين على رعايتهم بشكل استباقي، وقد يرغب المرضى والأسر أيضًا في تقديم شكاوى أو اقتراحات شفوية أو مجهولة المصدر حول رعايتهم ومراجعة تلك الشكاوى أو الاقتراحات والتصرف بناءً عليها.

يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لإنشاء نظام موحد للتعامل مع الشكاوى والاقتراحات المختلفة من مختلف الأفراد الذين يخدمهم المستشفى مثل المرضى وأسرهم والقائمين على رعايتهم، لتسهيل المتابعة والرصد والتعلم من الممارسات.

يجب أن تتناول سياسة المستشفى على الأقل ما يلي:

- أ) آليات لتعريف المرضى والأسر بقنوات الاتصال للتعبير عن شكاواهم ومقترحاتهم.
- ب) عملية التعامل مع الشكاوى وفقًا للإطار القانوني لقوانين ولوائح رعاية المريض النفسي.
- ج) عمليات تتبع شكاوى واقتراحات المرضى والأسر.
- د) مسؤولية لجنة حماية حقوق المرضى عن التحقيق في شكاوى واقتراحات المرضى والرد عليها.
- هـ) الإطار الزمني لتقديم الردود للمرضى والأسر حول الشكاوى أو الاقتراحات المقدمة وفقًا لقوانين ولوائح المرضى النفسيين ومستوى إلحاح الشكاوى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة إدارة شكاوى واقتراحات المرضى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجل الشكاوى.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية إدارة الشكاوى والاقتراحات من جميع الأفراد الذين يتم خدمتهم، كما هو مذكور في الغرض من أ) إلى هـ).

2. يتيح المستشفى عملية تقديم الشكاوى والاقتراحات لتكون متاحة للجمهور .
3. يُسمح للمرضى والأسر والقائمين على رعايتهم بتقديم الاقتراحات والشكاوى.
4. يتم التحقيق في الشكاوى وتحليلها وحلها في إطار زمني معتمد.
5. يتلقى المرضى والأسر ملاحظات حول شكاواهم أو اقتراحاتهم في غضون الأطر الزمنية المعتمدة ووفقاً لمستوى أولوية الشكاوى.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.02 ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض، PCC.09 متعلقات المريض، STP.01 إشراك الأسرة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

الوصول إلى الرعاية واستمراريتها وطرق انتقالها

الغرض من الفصل:

إتاحة الوصول هي العملية التي يمكن للمريض من خلالها البدء في تلقي خدمات الرعاية الصحية. ويعنى تسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية بمساعدة الأشخاص على الحصول على موارد الرعاية الصحية المناسبة، من أجل الحفاظ على صحتهم أو تحسينها. يعد الوصول مفهومًا معقدًا، وتتطلب أربعة جوانب على الأقل التقييم: التوفر، والقدرة على تحمل التكاليف، والقبول، وسهولة الوصول المادي.

تزداد أهمية استمرارية الرعاية للمرضى مع تقدم عمر المجتمع وتطور الأمراض المتعددة والمشكلات المعقدة أو شمولها لعدد أكبر من المرضى الذين يعانون من ضعف اجتماعي أو نفسي.

يشير انتقال الرعاية إلى تنسيق واستمرارية الرعاية الصحية أثناء الانتقال من بيئة رعاية صحية إلى أخرى أو إلى المنزل، وبين متخصصي الرعاية الصحية وبيئات الرعاية مع تغير حالتهم واحتياجاتهم من الرعاية أثناء المرض المزمن أو الحاد.

على الصعيد العالمي، قدمت منظمة الصحة العالمية الإطار العالمي للحصول على الرعاية معلنة أن جميع الناس يتمتعون بفرص متساوية في الحصول على خدمات صحية جيدة يتم إنتاجها بشكل مشترك بطريقة تلبي احتياجات مسار حياتهم، ومنسقة عبر سلسلة الرعاية، وشاملة وآمنة وفعالة وفي الوقت المناسب وذات كفاءة ومقبولة؛ وجميع مقدمي الرعاية لديهم الدافع والمهارة ويعملون في بيئة داعمة.

على الصعيد المحلي، يركز الدستور المصري على أهمية منح جميع المصريين إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية مع التركيز بشكل خاص على توفير الرعاية الطارئة المنقذة للحياة، حددت القوانين المصرية لإنشاء مستشفيات الصحة النفسية الحد الأدنى من متطلبات الترخيص ومسارات الوصول. حددت مدونة آداب مهنة الطب إطار مسؤوليات الأطباء تجاه المرضى. بالإضافة إلى ذلك، أعلنت الحكومة المصرية عن مبادرة كبرى لتحويل خدمات الرعاية الصحية في مصر، حيث يتم فصل جهات الدفع عن متخصصي الرعاية الصحية، وتقوم هيئة الاعتماد بقياس جودة الخدمات المقدمة. كل هذا يجب أن يكون تحت مظلة التأمين الصحي الشامل، حيث يتم تحديد معايير الأهلية للوصول المرضى، وإنشاء آليات الإحالة.

من الناحية العملية، تحتاج مستشفيات الصحة النفسية إلى النظر في جميع سبل الوصول إلى الخدمات، حتى على مستوى ما قبل المستشفى، عند الاقتضاء. من المهم أيضًا بناء ثقافة الطبيب الأكثر مسؤولية. يساعد وضع سياسات تنظيمية بشأن تدفق المرضى ودراسة اختناقات التدفق المنشآت على استخدام الموارد المتاحة بشكل أفضل والتعامل مع رحلات المرضى بأمان.

أثناء مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، سيقوم مراجعو الهيئة بتقييم التدفق السلس للمرضى من وإلى مستشفى الصحة النفسية وتقييم العملية وتنفيذها. بالإضافة إلى ذلك، سيقومون بإجراء مقابلات مع العاملين ومراجعة الوثائق المتعلقة بالمعايير للتأكد من وجود عملية تتسم بالإنصاف، والفاعلية، والكفاءة.

الهدف من الفصل:

الأهداف الرئيسية لهذا الفصل هي:

1. التأكد من أن مستشفيات الصحة النفسية توفر وتحافظ على الوصول العادل والفعال لخدمات رعاية المرضى بطريقة آمنة وفعالة.
2. وصف رحلة المريض من بدء الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية إما من خلال غرفة الطوارئ أو قسم العيادات الخارجية أو مكتب الدخول أو وحدة الرعاية النهارية أو مكاتب التسجيل / الدخول.
3. ضمان إسناد المسؤولية عن خطة رعاية المريض طوال رحلة المريض.
4. وضع عملية لتجنب المخاطر التي قد تنشأ عندما يحتاج المرضى إلى النقل الجسدي من مكان إلى آخر مما قد ينطوي على مخاطر سوء التعامل وفقدان بعض المعلومات.
5. توثيق معلومات واضحة، عند الخروج أو النقل أو الإحالة إلى خدمة خارج مستشفى الصحة النفسية.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدايلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) الدستور المصري
- (2) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (3) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (4) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010
- (5) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021
- (6) قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018
- (7) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 1063 لسنة 2014 بشأن إدارة الحالات الطارئة
- (8) قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 10 لسنة 2018
- (9) الكود المصري للبناء الخاص بالأشخاص ذوي الإعاقة
- (10) إصدارات نقابة التمريض - الإرشادات التمريضية
- (11) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004
- (12) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 254 لسنة 2001 بشأن متطلبات ملخص الخروج
- (13) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 187 لسنة 2001 بشأن لوائح التقارير الطبية
- (14) الرعاية الانتقالية، منظمة الصحة العالمية، 2016

التدقيق الآمن والفعال للمرضى داخل المستشفى

ACT.01 يتيح مستشفى الصحة النفسية للمرضى إمكانية الوصول إلى خدماته وفقاً لمعايير الأهلية المحددة مسبقاً.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

إتاحة الوصول

الغرض:

يجب أن تكون الخدمات المتاحة ملائمة وفعالة للسكان الذين تخدمهم للحصول على نتائج صحية مُرضية. يجب مراعاة مدى توفر الخدمات، وعوائق الوصول إليها، في سياق وجهات النظر المختلفة، والاحتياجات الصحية، والأوضاع المادية والثقافية لمختلف فئات المجتمع. يجب أن تتوفر معايير محددة مسبقاً للمسؤولين عن منح المرضى إمكانية الوصول. من أجل تحسين إمكانية الوصول إلى خدمات مستشفى الصحة النفسية، يجب إعلام المرضى والأسر جيداً بالخدمات المتاحة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية منح المريض إمكانية الوصول. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ) يعتمد توفر الخدمات على أنواع دخول المرضى ووفقاً لقوانين ولوائح رعاية المرضى النفسيين (على سبيل المثال، إلزامي - طوعي).

ب) تهدف عملية الفحص العام غير المحدد للمرضى إلى تحديد ما إذا كان نطاق خدمات مستشفى الصحة النفسية يمكنه تلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بهم.

ج) كيفية إعلام المرضى بطرق الوصول المتاحة.

د) الإجراءات التي يجب اتخاذها إذا كانت احتياجات المريض لا تتوافق مع نطاق خدمة مستشفى الصحة النفسية.

دليل عملية المراجعة:

■ قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي توجه عملية إتاحة الوصول للمريض، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.

■ قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية إبلاغ المرضى بمعايير إتاحة الوصول عند نقطة الاتصال الأولى في مستشفى الصحة النفسية (مثل مكاتب الخدمة، ومكاتب الاستقبال، ومراكز الاتصال، وغرف الطوارئ، ومناطق العيادات الخارجية)

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لإتاحة وصول المرضى تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ إلى د).
2. العاملون ذوو الصلة على دراية بسياسة مستشفى الصحة النفسية لإتاحة الوصول.
3. يتم إحالة و/أو نقل المرضى إلى منظمات رعاية صحية أخرى عندما لا تتطابق احتياجات الرعاية الصحية مع نطاق خدمة مستشفى الصحة النفسية.

المعايير ذات الصلة:

PCC.01 إعلانات مستشفى الصحة النفسية، ACT.05 تدفق المرضى والوصول الموحد، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، OGM.04 نطاق الخدمات، ACT.03 الوصول المادي والراحة، ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض.

ACT.02 NSR.01 التحديد الدقيق لهوية المريض باستخدام معرفين فريدين على الأقل لتعريف المريض وجميع العناصر المرتبطة بخطة رعايته.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تعريف المريض

الغرض:

من الجدير بالذكر أن التعرف الصحيح على المرضى هو الضمان لتقديم العلاج للشخص المناسب، لأنه يمنع مخاطر الحوادث ويقلل من فرص الأخطاء، التي يمكن أن تحدث في أي وقت أثناء الإقامة في مستشفى الصحة النفسية. ومع ذلك، في سياق الطب النفسي، توجد صعوبات في التطبيق العملي لما تقترحه إرشادات برامج سلامة المرضى، ومن الضروري اعتماد طريقة وأداة تحديد مبتكرة ومحددة مثل السوار الفوتوغرافي.

يعد استخدام وسيلتي تعريف لكل مريض هو المحرك الرئيسي لتقليل مثل هذه الأخطاء التي يمكن الوقاية منها، وهو أمر مهم بشكل خاص عند إعطاء الأدوية عالية الخطورة أو إجراء العمليات عالية الخطورة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التعرف على المريض. يجب أن نتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. وسيلتي تعريف فريدتان (شخصيتان).
- ب. العناصر المرتبطة بالرعاية مثل الأدوية، والعينات الإكلينيكية، وتقديم أي علاجات أو إجراءات أخرى.
- ج. الحالات التي يلزم فيها التحقق من هوية المريض.
- د. الطريقة/الأداة المستخدمة للتعرف على المريض والتي تكون ملائمة لحالته الطبية الحالية.
- هـ. المعايير المستبعدة للتعرف على المريض مثل رقم سرير المريض، ورقم غرفة المريض، وغيرها.
- و. المواقف الخاصة التي قد لا يتبع فيها التعرف على المريض نفس العملية، مثل المرضى مجهولي الهوية والمرضى في حالة هياج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة تعريف المريض للتأكد من أنها تشمل جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية والتحقق من صحة تعريف المريض في كل ورقة وفقاً لسياسة مستشفى الصحة النفسية.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية طرق/أدوات تعريف المريض باستخدام وسيلتي تعريف وملاحظة عملية تعريف المريض قبل أي إجراءات أو رعاية مخطط لها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لتعريف المريض، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض (من أ) إلى و).
2. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية تامة بسياسة تعريف المريض.
3. يتم تسجيل معرفات المريض في كل ورقة من السجل الطبي للمريض.
4. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتنسيق وجمع وتحليل وإبلاغ البيانات الخاصة بامتنال العاملين لعملية التعرف على المريض.
5. يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية وفقًا لنتائج عملية مراقبة الالتزام بوسائل تعريف المريض.

المعايير ذات الصلة:

MHP.14 الوقت المستقطع، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، MMS.08 الطلب الآمن للدواء ووصفه ونسخه، DAS.04 عملية ما قبل الفحص للتصوير الطبي، DAS.11 عملية ما قبل الفحص واستلام العينات وتتبعها وتخزينها، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين.

التدفق الآمن والفعال للمرضى داخل المستشفى

ACT.03 يعمل مستشفى الصحة النفسية بالتعاون مع الجهات المعنية الأخرى في المجتمع لتوفير الراحة الجسدية وسهولة الوصول المادي.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الوصول المادي والراحة

الغرض:

كثيرًا ما يواجه أفراد المجتمع عوائق أمام الرعاية الصحية تحد من قدرتهم على الحصول على الرعاية التي يحتاجون إليها. من أجل الحصول على وصول كافٍ، يجب أن تكون خدمات الرعاية الصحية الضرورية والمناسبة متاحة ويمكن الحصول عليها في إطار زمني محدد. حتى عندما يوجد عرض كافٍ من خدمات الرعاية الصحية في المجتمع، هناك عوامل أخرى يجب مراعاتها من حيث الوصول إلى الرعاية الصحية. على سبيل المثال، للحصول على وصول جيد للرعاية الصحية، يجب أن يكون لدى المريض أيضًا وسائل للوصول إلى الخدمات واستخدامها، مثل النقل إلى الخدمات التي قد تكون موجودة على مسافة. قد يعمل مستشفى الصحة النفسية الذي يهدف إلى الحصول على الاعتماد مع السلطات أو الوكالات المجتمعية الخارجية لضمان توفر وسائل النقل العام، والمنحدرات، والمسارات للكراسي المتحركة والتروولي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إمكانية الوصول إلى مستشفى الصحة النفسية، وتحديد العوائق المحتملة للوصول مثل عدم وجود وسائل نقل عام قريبة، أو وجود حاجز مادي مثل قناة، أو حتى عدم وجود لافتات واضحة لتوجيه المرضى للدخول.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توفر تدابير مثل المنحدرات والكراسي المتحركة والتروولي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة توجه الوصول المادي الآمن من خلال وسائل النقل المتعددة، سواء كانت خاصة أو عامة أو كليهما.
2. خدمات مستشفى الصحة النفسية متاحة للمرضى، وخاصة ذوي الإعاقة.
3. تتوفر تدابير مثل المنحدرات والكراسي المتحركة والتروولي للمرضى الذين يتم خدمتهم.
4. يتم تحديد عوائق الوصول إلى خدمات المستشفى واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة.

المعايير ذات الصلة:

ACT.01 إتاحة الوصول، ACT.05 تدفق المرضى والوصول الموحد، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية.

ACT.04 تُستخدم لافتات إرشادية مناسبة وواضحة لمساعدة المرضى والأسر/القائمين على رعايتهم في الوصول إلى وجهتهم داخل مستشفى الصحة النفسية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

اللافتات الإرشادية

الغرض:

تهدف أنظمة اللافتات الإرشادية إلى مساعدة مستشفى الصحة النفسية على تقليل توتر المرضى من خلال توفير لافتات سهلة المتابعة واتجاهات واضحة لوجهاتهم. اللافتات الإرشادية مهمة للمرضى المحتملين حيث يحتاجون إلى إيجاد طريقهم ويجب أن يكون تصميمها مناسباً لجميع أنواع المرضى، والإضاءة الجيدة مهمة جداً. يجب أن تكون اللافتات قابلة للقراءة في ظروف الإضاءة المختلفة والطقس المختلف (إذا تم استخدام اللافتات في الهواء الطلق). في بعض الأماكن، يتم تقليل الاعتماد على اللافتات النصية، وتعتمد الأنظمة بشكل كبير على اللافتات غير النصية مثل الألوان والرموز.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إمكانية قراءة اللافتات الإرشادية ووضوحها وقبولها. وقد تشمل اللافتات الإرشادية جميع تلك اللافتات التي يواجهها المرضى أثناء رحلتهم في مستشفى الصحة النفسية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تُستخدم لافتات إرشادية واضحة ومقروءة ومضاءة في جميع الأماكن والمناطق ذات الصلة خلال ساعات العمل لتقليل ارتباك المريض والأسرة.
2. عند استخدام لافتات ذات دلالة لونية، يجب أن تتوفر تعليمات واضحة حول معنى كل لون.
3. العاملون على دراية تامة باللافتات الإرشادية المستخدمة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.05 تدفق المرضى والوصول الموحد، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية.

ACT.05 تم تصميم تدفق المرضى في مستشفى الصحة النفسية لضمان توفير رعاية فعالة ووصول موحد بناءً على احتياجات المريض.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

تدفق المرضى والوصول الموحد

الغرض:

يُعرّف تدفق المرضى بأنه حركة المرضى بين الأقسام، ومجموعات العاملين في مستشفى الصحة النفسية كجزء من مسار رعاية المريض. يجب إدارة تدفق المرضى بشكل جيد حتى تكون مستشفيات الصحة النفسية فعالة. على سبيل المثال، المرضى الذين لديهم موعد أو ليس لديهم موعد، أو المرضى الذين يعانون من مرض وربما يكونون معيدين للمرضى الآخرين والعاملين، أو المرضى الذين لديهم احتياجات طارئة تتطلب استقرارًا ونقلًا، كلهم بحاجة إلى إدارة فعالة. إذا كان على موظفي الاستقبال/التسجيل اتخاذ قرارات متسقة وسريعة، فيجب دعمهم بمعايير اتخاذ القرار وأدوات أخرى لإدارة هؤلاء المرضى في الوقت المناسب وبطريقة فعالة. نظرًا لأن موظفي الاستقبال/التسجيل غالبًا ما يكونون أول الأشخاص الذين يواجههم المرضى، فإن المعايير البسيطة مفيدة لتحديد المرضى الذين قد يحتاجون إلى مساعدة فورية ومتى يجب إخطار الطاقم الطبي. عندما يكون هناك تأخير في الرعاية أو العلاج، أو توجد فترات انتظار طويلة معروفة لخدمات التشخيص و/أو العلاج التي تتطلب وضع المريض في قائمة الانتظار، يتم إبلاغ المريض بأسباب التأخير أو الانتظار وإبلاغه بالبدائل المتاحة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية تسجيل المرضى.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للسؤال عن كيفية إبلاغ المرضى بأسباب التأخير أو الانتظار.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد عملية موحدة لتسجيل المرضى بناءً على نطاق الخدمات المقدمة.
2. تتم إدارة عملية التسجيل لإعطاء الأولوية للمرضى ذوي الاحتياجات العاجلة.
3. عندما يكون هناك تأخير في الرعاية و/أو العلاج، يتم إبلاغ المريض بأسباب التأخير أو الانتظار.
4. يتم تزويد المرضى بمعلومات عن البدائل المتاحة بما يتفق مع احتياجاتهم الإكلينيكية.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.01 إتاحة الوصول، ACT.03 الوصول المادي والراحة، ACT.04 اللافات الإرشادية، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ACT.09 نقل المرضى، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية.

ACT.06 يقوم مستشفى الصحة النفسية بتصميم وتنفيذ عمليات لضمان استمرارية خدمات رعاية المرضى.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

تنسيق واستمرارية الرعاية

الغرض:

خلال جميع مراحل الوصول إلى الرعاية واستمراريتها، تتم مطابقة احتياجات المريض مع الموارد المطلوبة داخل مستشفى الصحة النفسية أو خارجه عند الضرورة. يتم تعزيز الاستمرارية عندما يحصل متخصصو الرعاية الصحية على المعلومات المطلوبة من المرضى حول الوضع الحالي والتاريخ السابق الذي سيساعد في تشخيص المريض واتخاذ القرار. لكي تبدو رعاية المريض سلسلة، يحتاج مستشفى الصحة النفسية إلى تصميم وتنفيذ عمليات لاستمرارية وتنسيق الرعاية، وتحديد أولويات الاحتياجات الإكلينيكية للمريض، ووضع معايير لإنهاء رعاية المريض أو عملية النقل/الإحالة.

يعمل العاملون المسؤولون معًا لتصميم وتنفيذ عمليات تنسيق الرعاية واستمراريتها. وقد يتم دعم هذه العمليات باستخدام أدوات مثل الإرشادات، والمسارات الإكلينيكية، وخطط الرعاية، ونماذج الإحالة، وقوائم المراجعة.

يجب على مستشفيات الصحة النفسية تقديم الرعاية للمرضى الذين يمكن تلبية احتياجاتهم في حدود قدرات العاملين في المستشفى ونطاق الخدمات. يجب أن تستند ملاءمة الرعاية إلى تقييمات المريض وإعادة التقييمات والنتائج المرجوة. يجب أن تكون الرعاية المقدمة موحدة لجميع الأعمار بغض النظر عن الأصل القومي أو العرقي أو الوضع الاقتصادي أو نمط الحياة أو المعتقدات.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة تتناول جميع مكونات استمرارية الرعاية المذكورة أعلاه، بما في ذلك إحالات المرضى عندما لا تتناسب احتياجاتهم مع نطاق خدمات المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة تنسيق واستمرارية الرعاية التي تصف مكونات استمرارية الرعاية، بما في ذلك إحالات المرضى عندما لا تتناسب احتياجاتهم مع نطاق خدمات المستشفى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى لتقييم توثيق جميع مراحل رعاية المريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع مكونات تنسيق واستمرارية الرعاية.
2. يوجد دليل على استمرارية وتنسيق الرعاية وتوثيقها خلال جميع مراحل رعاية المريض.
3. السجل الطبي للمريض متاح ومصنف ليشمل ويوثق جميع مراحل رعاية المريض.

المعايير ذات الصلة:

ACT.01 إتاحة الوصول، ACT.05 تدفق المرضى والوصول الموحد، ACT.08 تواصل تسليم وتسليم الرعاية، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، ACT.10 خروج المريض، ICD.01 توفير رعاية موحدة، STP.01 إشراك الأسرة، ICD.13 خطة الرعاية.

ACT.07 يضمن مستشفى الصحة النفسية تحديد مسؤوليات آمنة وفعالة وواضحة لرعاية المريض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

مسؤولية رعاية المريض

الغرض:

غالبًا ما يحتاج المرضى إلى رعاية متزامنة من أكثر من متخصص في الرعاية الصحية في مستشفيات الصحة النفسية والمؤسسات الصحية. يشير مصطلح الطبيب الأكثر مسؤولية (MRP) في مستشفيات الصحة النفسية إلى الطبيب النفسي المرخص الذي يتحمل المسؤولية الشاملة عن توجيه وتنسيق رعاية وإدارة مريض فردي في نقطة زمنية محددة. قد يؤدي سوء الفهم حول المسؤول عن رعاية المريض بين فريق الرعاية الصحية إلى تعريض تلك الرعاية للخطر، وقد يؤدي إلى وقوع حدث ضار وزيادة المخاطر الطبية القانونية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد الطبيب الأكثر مسؤولية الذي يجب أن يدير عمليات تسليم الرعاية بشكل صحيح لتقليل المخاطر الطبية القانونية المحتملة التي قد تنشأ، ولمنع الفجوات المحتملة في سلسلة التواصل بين المرضى

ومقدمي الرعاية الصحية. يجب تحديد هوية من سيعمل كطبيب أكثر مسؤولية للمريض في وقت مبكر وبناءً على الظروف الخاصة بكل حالة. يجب أن يكون واضحاً في السجل الطبي للمريض أن الطبيب قد تم تعيينه كالتبيب الأكثر مسؤولية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية إسناد مسؤولية رعاية المريض. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) يتم إسناد كل مريض محجوز في مستشفى الصحة النفسية إلى طبيب واحد هو الأكثر مسؤولية (MRP) بما يتناسب مع حالة المريض الإكلينيكية ومع احترام تفضيلات المريض.
- ب) شروط طلب ومنح نقل مسؤولية الرعاية.
- ج) كيفية نقل المعلومات المتعلقة بالتقييم وخطة الرعاية، بما في ذلك الخطوات المعقدة، من الطبيب الأول الأكثر مسؤولية إلى الطبيب التالي (تسليم الرعاية).
- د) العملية التي تضمن التحديد الواضح للمسؤولية بين الأطراف عند نقل المسؤولية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة إسناد مسؤولية رعاية المريض.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية نقل مسؤولية الرعاية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للتحقق من أن عملية إسناد مسؤولية رعاية المريض قد استوفت سياسة المستشفى.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لإسناد مسؤولية الرعاية، تغطي جميع المكونات المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. يحدد السجل الطبي للمريض الطبيب الأكثر مسؤولية الذي يتحمل المسؤولية الشاملة عن توجيه وتنسيق رعاية المريض وإدارتها.
3. في حالات نقل مسؤولية الرعاية، يتم توقيع تسليم واضح للرعاية من قبل الطبيب الأكثر مسؤولية وتوثيقه في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ACT.08 التواصل لتسليم وتسليم الرعاية، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، WFM.03 التوصيف الوظيفي، IMT.01 نظام إدارة الوثائق.

ACT.08 NSR.06 يضمن مستشفى الصحة النفسية عملية تواصل موحدة ودقيقة وكاملة لتسليم وتسليم الرعاية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التواصل لتسليم وتسليم الرعاية

الغرض:

الهدف الأساسي من "تسليم وتسلم الرعاية" هو النقل المباشر لمعلومات رعاية المرضى الدقيقة بين العاملين لضمان استمرارية الرعاية. علاوة على ذلك، فإنه يوفر فرصة للتوضيح، مما يقلل لاحقاً من الأخطاء الطبية. يحدث تسليم وتسلم رعاية المرضى داخل مستشفى الصحة النفسية في الحالات التالية:

أولاً: بين متخصصي الرعاية الصحية (على سبيل المثال، من طبيب إلى طبيب، وهكذا)؛

ثانياً: بين مستويات الرعاية المختلفة (على سبيل المثال، عند نقل مريض من مستشفى الصحة النفسية إلى المستشفى العام)؛

ثالثاً: من قسم إلى آخر.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التواصل لتسليم وتسلم الرعاية. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ) استخدام أساليب أو نماذج أو أدوات موحدة لتسهيل عمليات تسليم وتسلم رعاية المرضى بشكل متسق وكامل؛ مثل SBAR، و ISOBAR، و PASS the BATON، وغيرها.

ب) المواقف التي تتطلب تنفيذ عملية وأدوات تسليم وتسلم الرعاية.

ج) إسناد مسؤوليات العاملين.

د) الأدوات المستخدمة لتوثيق وتسجيل عملية تسليم وتسلم الرعاية، مثل سجل التسليم، ونموذج الإقرار، وأدوات التسليم الإلكترونية، و/أو طرق أخرى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة التواصل لتسليم وتسلم الرعاية والتحقق من تنفيذ العملية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية، وسجلات التسليم، ونماذج الإقرار، و/أو طرق أخرى كدليل على التنفيذ.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بسياسة وإجراءات تسليم وتسلم الرعاية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. جميع متخصصي الرعاية الصحية على دراية بكيفية تطبيق سياسة تسليم وتسلم الرعاية.
3. سجلات التواصل لتسليم وتسلم الرعاية متاحة وفقاً لسياسة المستشفى.
4. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع، وجمع، وتحليل، وإبلاغ البيانات الخاصة بعملية التواصل لتسليم وتسلم الرعاية.
5. يتصرف مستشفى الصحة النفسية بناءً على النتائج المحددة في عملية التواصل لتسليم وتسلم الرعاية ويستخدمها في فرص التحسين.

المعايير ذات الصلة:

ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، ICD.01 توفير رعاية موحدة، ICD.15 الأوامر الشفهية والهاتفية، ICD.16 النتائج الحرجة.

ACT.09 يضمن مستشفى الصحة النفسية أن خدمات النقل المقدمة تفي بمتطلبات الجودة والنقل الآمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نقل المريض

الغرض:

النقل يعني التعامل الآمن مع المرضى سواء داخل المنشأة أو بين المنشآت. وقد يشمل نقل المرضى داخل نفس المنشأة لأي إجراء تشخيصي أو النقل إلى منشأة أخرى ذات رعاية أكثر تقدماً. يجب على مستشفى الصحة النفسية تنسيق نقل المرضى بين أقسام وخدمات المستشفى وبينه وبين المرافق الأخرى. يتم تسهيل وتنسيق نقل المرضى في إطار الخدمات والموارد المتاحة لتلبية احتياجات المرضى في إطار زمني معتمد.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لإدارة نقل المرضى. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) عملية التعامل الآمن مع المرضى، وخاصة المرضى في حالة هياج والمرضى بعد جلسات العلاج بالصدمات الكهربائية.

(ب) تدابير للحفاظ على سلامة العاملين أثناء التعامل مع المرضى، وخاصة المرضى في حالة هياج.

(ج) آلية تنسيق لضمان النقل الآمن في الإطار الزمني المعتمد، وخاصة في الحالات الحرجة.

(د) كفاءة العاملين المسؤولين أثناء نقل المرضى.

(هـ) معايير محددة لتحديد مدى ملاءمة وسائل النقل داخل أو خارج مستشفى الصحة النفسية.

(و) الحالات التي تستدعي وجود مرافقين/أفراد من الأسرة أو مقدم الرعاية أثناء نقل المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تدير عملية نقل المرضى، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وسائل النقل المختلفة والآليات المستخدمة لرفع المريض.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لنقل المرضى، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).
2. جميع العاملين المشاركين في نقل المرضى على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. العاملون المسؤولون عن مراقبة المريض أثناء النقل مؤهلون وفقاً لنوع المريض الذي يتم نقله.
4. يتم تحديد وسائل النقل بناءً على احتياجات المريض، وتفضيلاته، وظروفه الحالية.

5. جميع الوثائق المستخدمة أثناء نقل المرضى (خاصة في الحالات الحرجة) يتم تسجيلها في الوقت المناسب في السجلات الطبية للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، ACT.05 تدفق المرضى والوصول الموحد، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، ACT.03 الوصول المادي والراحة.

التدفق الآمن والفعال للمرضى خارج المستشفى

ACT.10 يضمن مستشفى الصحة النفسية أن خروج المرضى آمن ومناسب لحالاتهم الراهنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خروج المريض

الغرض:

خروج المريض من مستشفى الصحة النفسية هو النقطة التي يغادر فيها المريض المستشفى ويعود إلى منزله. تنطبق أنواع الخروج على جميع أنواع المرضى النفسيين، سواء كانوا مرضى تحت التحفظ أو غيرهم. الخروج الكامل أو التام هو خروج المرضى غير الخاضعين للتحفظ بشكل كامل، دون شروط أو مسؤولية استدعاء، بينما يبدأ الخروج المشروط عندما يقرر مقدم الرعاية الصحية النفسية أنه يمكن خروج المريض من منشأة الرعاية الصحية النفسية مع مراعاة الشروط التي يجب الالتزام بها وفقاً لقانون رعاية المريض النفسي.

قد يحتاج بعض المرضى إلى إجازة قصيرة ومشاركة مجتمعية أثناء رعايتهم (خاصة إذا كانوا يخضعون لقواعد الدخول الإلزامي)، وبالتالي، قد تمنح مستشفيات الصحة النفسية خروجاً مؤقتاً مشروطاً للمرضى إلى الحد الممكن بشكل معقول ودون المساس بجودة الرعاية الصحية المقدمة والنتائج المرجوة. الخروج المشروط غير محدد بوقت. هذا يعني أن الشروط ستظل سارية ما لم ينجح الشخص في الحصول على خروج تام.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسات وإجراءات لإدارة خروج المرضى. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. الالتزامات التي تحدد نوع خروج المريض بما يتوافق مع القانون الوطني لرعاية المريض النفسي.
- ب. الحالات التي يُفضل فيها خروج المريض ولا يشكل تهديداً للآخرين.
- ج. الحاجة إلى وجود شخص مرافق/مقدم رعاية قبل طلب الخروج.
- د. الحالات التي تكون فيها موافقة الخروج من الشخص المرافق مطلوبة أو إلزامية بموجب قانون الصحة النفسية الوطني.
- هـ. الوثائق المطلوبة لأمر خروج دقيق وساري المفعول، وتشمل على الأقل ما يلي:
 1. توقيع الموظف المؤهل المصرح له بإصدار أمر الخروج.
 2. أسباب ونوع الخروج.
 3. تاريخ ووقت بدء الخروج ومدته.
 4. اسم وتفاصيل الاتصال بالشخص المرافق (فرد من العائلة، مقدم رعاية، إلخ) المسؤول عن المريض بعد الخروج.

5. وجهة المريض في حالة الخروج المؤقت المشروط.
6. التعليمات والاحتياطات التي يجب اتخاذها أثناء الخروج المؤقت.
7. خطة المشاركة المجتمعية للمريض وزيارات المتابعة.
- و. تثقيف فعال وكامل للمريض والأسرة/مقدم الرعاية قبل خروج المريض وعواقب عدم العودة.
- ز. الإجراءات التي يجب اتخاذها إذا تخلف المريض عن موعد زيارة المتابعة أو لم يعد إلى المستشفى بعد الخروج المؤقت المشروط، مع مراعاة القوانين واللوائح ذات الصلة ومخاطر واحتياجات المريض الفردية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الخروج، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى لتقييم اكتمال توثيق أوامر الخروج.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم العملية المتخذة لضمان عودة المريض الآمنة والالتزام بموعد المتابعة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. جميع العاملين المعنيين على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم تسجيل جميع متطلبات توثيق أوامر الخروج في السجل الطبي للمريض.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لضمان عودة المريض الآمنة والالتزام الكامل بمواعيد المتابعة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، ACT.09 نقل المرضى، STP.01 إشراك الأسرة، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.13 خطة الرعاية.

ACT.11 يضمن مستشفى الصحة النفسية أن نقل وإحالة المرضى يلبي احتياجاتهم ويضمن استمرارية الرعاية المقدمة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نقل وإحالة المريض

الغرض:

الإحالة هي عندما يغادر المريض مستشفى الصحة النفسية للحصول على رعاية طبية إضافية مؤقتاً في مؤسسة أخرى. أما النقل فهو عندما يغادر المريض مستشفى الصحة النفسية ويتم نقله إلى مؤسسة أخرى، مثل مؤسسة رعاية تالنية، أو مركز إعادة تأهيل، أو دار رعاية. تتضمن الإحالة والنقل التعليمات الطبية التي سيحتاجها المريض للتعايش تماماً.

بالنسبة لمستشفيات الصحة النفسية، يعد نظام إحالة المرضى الفعال وسيلة أساسية لضمان تلقي المرضى للرعاية المثلى في الوقت المناسب والمستوى المناسب، بالإضافة إلى ترسيخ العلاقات المهنية في جميع أنحاء مجتمع الرعاية الصحية. يتضمن تسجيل ملاحظات الإحالة والاستجابة لها استمرارية الرعاية ويكمل دورة الإحالة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان إحالة ونقل المريض بشكل مناسب في إطار زمني معتمد، والذي يعتمد على احتياجات المريض المحددة ويهتدي بالإرشادات/البروتوكولات الإكلينيكية.

تتناول سياسة الإحالة و/أو النقل على الأقل ما يلي:

أ. الحالات التي يُسمح فيها بالنقل و/أو الإحالة أو الإشارة إليها، بناءً على نطاق الخدمة المعتمد في المستشفى واحتياجات المريض للرعاية المستمرة.

ب. تحديد المسؤول عن المريض أثناء النقل و/أو الإحالة.

ج. الإجراءات التي يجب اتخاذها عندما لا يكون النقل و/أو الإحالة ممكنًا.

د. متطلبات توثيق عملية الإحالة/النقل، وتشمل على الأقل ما يلي:

1. سبب الإحالة/النقل.

2. المعلومات التي تم جمعها من خلال التقييمات والرعاية.

3. الأدوية والعلاجات المقدمة.

4. وسائل النقل والمراقبة المطلوبة.

5. الحالة عند الإحالة/النقل.

6. الوجهة عند الإحالة/النقل.

7. اسم وتوقيع عضو الطاقم الطبي الذي قرر إحالة/نقل المريض وعضو الطاقم الطبي المسؤول عن مراقبة

المريض أثناء النقل و/أو الإحالة.

8. أي تعليمات خاصة للمريض.

9. تفاصيل الاتصال بالمريض والشخص المرافق له.

10. تاريخ ووقت الإحالة/النقل.

11. أي ظروف خاصة حدثت أثناء إحالة و/أو نقل المريض.

هـ. مؤهلات الأفراد المسؤولين عن طلب وتنفيذ ومراقبة إحالة و/أو نقل المرضى للخارج.

و. التنسيق مع وكالات النقل/الإحالة، إن وجدت، ومستويات الخدمة الصحية الأخرى، والمؤسسات الأخرى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة النقل/الإحالة، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى لتقييم اكتمال توثيق عملية النقل/الإحالة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).

2. العاملون ذوو الصلة على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يوجد دليل موثق على وجود ترتيب مع المنظمة المستقبلية، قبل نقل المريض و/أو إحالته.
4. يتم تسجيل أمر الإحالة و/أو النقل للخارج بوضوح في السجل الطبي للمريض باستخدام جميع العناصر المطلوبة من الأول إلى الحادي عشر.
5. تتم مراجعة ملاحظات الإحالة و/أو النقل وتوقيعها وتسجيلها في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ACT.05 تدفق المرضى والوصول الموحد، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، ACT.09 نقل المرضى، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية.

ACT.12 يوفر مستشفى الصحة النفسية ملخصًا مكتوبًا للحالات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية للمرضى والرعاية المقدمة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

ملخص خروج.

الغرض:

لضمان استمرارية الرعاية والخدمات، يتم نقل معلومات المريض معه كلما أمكن ذلك. عندما يقوم مستشفى الصحة النفسية بترتيب عملية النقل، يتم تزويد المنظمة المستقبلية بنسخة من ملخص إكلينيكي وغير إكلينيكي مكتوب مع المريض أو من ينوب عنه، ويتم الاحتفاظ بنسخة ثانية من ملخص الخروج في السجل الطبي للمريض. يتم إعداد هذا الملخص من قبل متخصص في الرعاية الصحية في ختام الإقامة في مستشفى الصحة النفسية أو سلسلة من العلاجات. وغالبًا ما يكون الوسيلة الأساسية للتواصل بين فريق رعاية مستشفى الصحة النفسية ومتخصصي الرعاية الصحية بعد الرعاية. إنه يعتبر وثيقة قانونية، ومن المحتمل أن يعرض رعاية المريض للخطر في حالة حدوث أخطاء. يجب أن يتضمن ملخص الخروج على الأقل ما يلي:

(أ) سبب الدخول إلى مستشفى الصحة النفسية.

(ب) التشخيص المبدئي و/أو النهائي.

(ج) الفحوصات.

(د) النتائج الهامة.

(هـ) الإجراءات التي تم إجراؤها.

(و) الأدوية (قبل/أثناء وبعد الإقامة في مستشفى الصحة النفسية) والحساسية.

(ز) حالة المريض ووضعه عند النقل أو الإحالة أو الخروج.

(ح) تعليمات للمريض، بما في ذلك النظام الغذائي والأدوية وتعليمات المتابعة.

(ط) اسم عضو الطاقم الطبي الذي قام بنقل أو إحالة أو خروج المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء مراجعة للسجلات الطبية المغلقة للمرضى الذين خرجوا لتقييم اكتمال ملخص الخروج.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أيضًا مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتضمن ملخص الخروج جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ط).
2. العاملون المعنيون على دراية بكيفية الحصول على ملخص الخروج.
3. يتم الاحتفاظ بنسخة من ملخص الخروج في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية.

تقديم الرعاية المتكاملة

الغرض من الفصل:

الفحص هو استراتيجية تستخدم في مجموعة سكانية لتحديد الوجود المحتمل لمرض لم يتم تشخيصه بعد في المرضى الذين ليس لديهم علامات أو أعراض، وذلك من خلال إجراء تقييم عالي المستوى للمرضى لتحديد ما إذا كان هناك حاجة إلى تقييم أعمق إضافي. وهي خطوة حاسمة لتوفير الموارد والوقت.

التقييم هو عملية عميقة منظمة يتم فيها فحص المريض بشكل كلي من خلال الاستماع إلى شكاوى المريض، والحصول على مزيد من المعلومات حول تاريخ المرض، وأداء الملاحظة. يجب استخدام الحكم الإكلينيكي لتحديد مدى التقييم المطلوب. تحدد مستشفيات الصحة النفسية الحد الأدنى لمحتويات التقييمات الأولية واللاحقة. تبدأ هذه العملية بجمع معلومات كافية ذات صلة للسماح لمختصي الرعاية الصحية بالتوصل إلى استنتاجات ذات صلة حول نقاط القوة لدى المريض، ونقاط العجز، والمخاطر، والمشكلات. بالإضافة إلى فهم معنى العلامات والأعراض، يميز متخصصو الرعاية الصحية بين المشكلات الحقيقية والاختلافات الطبيعية، ويحددون الحاجة إلى تحليل وتدخّل إضافيين، ويميزون ويربطون بين الأسباب والنتائج الجسدية والوظيفية والنفسية والاجتماعية للمرض والخلل الوظيفي، ويحددون قيم المريض وأهدافه ورغباته وتوقعات سير المرض. مجتمعة، تمكن هذه المعلومات من وضع خطط رعاية وتدخلات فردية ذات صلة.

يتم وضع خطط الرعاية الفردية من قبل تخصصات متعددة بعد جمع احتياجات المرضى. تظهر الأدبيات أن هذا المفهوم يساعد على تنسيق الرعاية، وتحسين استخدام خدمات الرعاية الصحية، وخفض التكاليف في المستشفيات. كما أنه يحسن من رضا ومشاركة المريض والأسرة ومقدمي الرعاية.

قد يختلف تقييم وإدارة فئات معينة من المرضى في محتوهم ونطاقهم عن العمليات العادية. يجب على مستشفيات الصحة النفسية تحديد وتقييم وإدارة هذه الفئات من المرضى بوضوح وفقاً لذلك. لمكافحة تعاطي المخدرات والإدمان، يلزم إجراء تقييم محدد لضمان وجود خطة رعاية مناسبة تساعد المرضى بشكل فردي في رحلتهم نحو الرفاهية الاجتماعية والنفسية.

أعلنت الحكومة المصرية عن مبادرة كبرى لتحويل صناعة الرعاية الصحية في مصر، حيث يتم فصل جهات الدفع عن مقدمي الخدمة، وتقوم هيئة الاعتماد بقياس جودة الخدمات المقدمة. كل هذا يجب أن يكون تحت مظلة التأمين الصحي الشامل، حيث يتم تحديد معايير الأهلية المحددة للمرضى، ويجب تطوير آليات الوصول والإحالة.

تحتاج مستشفيات الصحة النفسية إلى الامتثال للقوانين واللوائح الوطنية التي تحافظ على وتنظم مبادرة الرعاية الصحية الجديدة.

الهدف من الفصل:

1. التأكيد على توحيد الرعاية من خلال وصف الفحص البسيط والتقييم والرعاية المقدمة للمريض عند نقطة الاتصال الأولى بمستشفى الصحة النفسية.
2. وصف عمليات الفحص الأساسية والتقييم وإعادة التقييم والرعاية.

3. تسليط الضوء على الحاجة إلى أشكال خاصة من التقييمات وعمليات الرعاية بناءً على احتياجات المريض أو مخاطره.
4. وصف المواقف التي تحتاج إلى تغييرات في خطة الرعاية أو طلب مزيد من الاستشارة والعملية الواضحة التي يجب اتباعها.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) الدستور المصري
- (2) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية 2003/238 (إصدارات نقابة الأطباء)
- (3) ميثاق أخلاقيات مهنة التمريض المصري (إصدارات نقابة التمريض)
- (4) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (5) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (6) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010
- (7) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021
- (8) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004
- (9) قانون الطفل المصري رقم 126 لسنة 2008
- (10) قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 10 لسنة 2018
- (11) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 1063 لسنة 2014 بشأن التعامل مع الحالات الطارئة
- (12) البروتوكول الموحد لأقسام الطوارئ، قطاع الرعاية العلاجية والعاجلة بوزارة الصحة والسكان المصرية
- (13) الإرشادات الخاصة بالتعامل مع ضحايا الإيذاء الاجتماعي - وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2014
- (14) المعايير الأساسية لوحدات الرعاية المركزة 2013
- (15) معايير الرعاية للجمعية الأمريكية لطب الإدمان: للطبيب المتخصص في علاج الإدمان، 2014
- (16) المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات 2017/2020، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
- (17) الدليل الشامل للاعتماد في الرعاية الصحية السلوكية (CAMBHC) 2018
- (18) معايير خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين، الإصدار الثالث، 2019. الكلية الملكية للأطباء النفسيين

الحفاظ على توحيد الرعاية

ICD.01 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية موحدة لتقديم الرعاية والعلاج.

العدالة

الكلمات الرئيسية:

تقديم الرعاية الموحدة

الغرض:

يعالج مستشفى الصحة النفسية المرضى المتشابهين بشكل مماثل بغض النظر عن خلفياتهم المختلفة (مثل الدين، والطبقة الاقتصادية، ومستوى التعليم، والعرق، واللغة، وما إلى ذلك)، وبغض النظر عن الموقع أو الوقت الذي يتلقى فيه المرضى رعايتهم. من المتوقع ألا تميز مستشفيات الصحة النفسية بين المرضى وأن تزودهم برعاية طبية موحدة وفقًا لمتطلباتهم الإكلينيكية. يمكن لمستشفيات الصحة النفسية إظهار مستوى مماثل من الامتثال في جميع الأقسام والخدمات.

يجب على مستشفيات الصحة النفسية إظهار عملية موحدة عند تقديم الخدمة في قسم تحت إشراف قسم آخر (مثل الامتثال لبروتوكولات التخدير حتى لو تم تقديم خدمات التخدير خارج الوحدات المحددة).

لتنفيذ مبدأ الرعاية الموحدة ينبغي أن يخطط قادة المستشفى وينسقوا توفير الرعاية وتوحيد عمليات الرعاية. ولضمان ذلك، يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة تحدد ما يشكل الرعاية الموحدة والممارسات التي يمكن اتباعها لضمان عدم التمييز بين المرضى على أساس خلفيتهم أو فئة إقامتهم. وصف عملية واضحة لمعالجة والإبلاغ عن التمييز والتحرش، إن وجد.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية لتقديم الرعاية الموحدة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ ويقيم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توحيد الرعاية المماثلة في الأماكن المختلفة في مستشفى الصحة النفسية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لعملية توفير الرعاية الموحدة.
2. عندما يتم تقديم رعاية مماثلة في أكثر من مكان في المنظمة أو أكثر من موقع، يكون تقديم الرعاية موحدًا.
3. توجد عملية واضحة تشرح خيارات معالجة التمييز و/أو التحرش وتصف طرق التحقيق والإبلاغ، إن وجدت.
4. جميع العاملين المشاركين في رعاية المرضى على دراية بسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.09 متعلقات المريض، ACT.01 إتاحة الوصول، PCC.11 الشكاوى والمقترحات، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية.

ضمان خدمات آمنة قبل دخول المستشفى

ICD.02 يضمن مستشفى الصحة النفسية أن خدمات ما قبل دخول المستشفى آمنة، وتتوافق مع القوانين واللوائح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات ما قبل دخول المستشفى

الغرض:

تشير حالة الطوارئ النفسية إلى أي اضطرابات في تفكير المريض أو عواطفه أو سلوكه تتطلب تدخلاً فورياً مثل الميول الانتحارية، والنوبات الذهانية، واضطراب الاكتئاب الشديد، واضطرابات تعاطي الكحول والمخدرات، واضطراب المزاج ثنائي القطب، والمرضى الذين لديهم ميول للقتل أو العدوانية. عادة ما يضع هذا الاضطراب المرضى في ظروف حرجية، مما قد يعرضهم وأسرهم والأشخاص من حولهم للخطر. هناك زيادة ملحوظة في الحاجة إلى توفير خدمة آمنة ومتاحة لنقل المرضى إلى مستشفيات الصحة النفسية.

يجب أن تكون رعاية ما قبل دخول المستشفى آمنة وأن يتم تقديمها وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها. أثناء رعاية ما قبل دخول المستشفى، يتم فحص العلامات الحيوية للمريض وأدلة الاضطرابات التي تهدد الحياة. يمكن أن يؤدي ضعف الحكم ونقص التعاون لدى المرضى النفسيين إلى تفاقم الوضع. يتم توفير رعاية ما قبل دخول المستشفى من قبل المستجيبين الطبيين في حالات الطوارئ، وهم أول متخصصي الرعاية الصحية الذين يتصلون بالمريض قبل نقله إلى المستشفى. قد تمتلك مستشفيات الصحة النفسية سيارات إسعاف أو تتعاقد مع منظمة أخرى لتوفير خدمات الإسعاف. لا ينطبق هذا على نظام الإسعاف الوطني. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لرعاية ما قبل دخول المستشفى.

يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) توفير خدمات الإسعاف أو تشغيلها أو الاستعانة بمصادر خارجية لها.
- ب) الاستعداد المستمر.
- ج) الإطار الزمني لتلقي المكالمات، وإرسال المركبات، والوصول إلى المرضى.
- د) فحص وتقييم وإعادة تقييم المرضى.
- هـ) بروتوكولات رعاية المرضى في مكان الحادث وأثناء النقل.
- و) الأشخاص المسؤولون عن اكتمال نماذج الطلب.
- ز) التدريب العملي ومعدله.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة برعاية ما قبل دخول المستشفى.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض والسجل لتقييم اكتمالهما.

أدلة التتابق مع المعيار :

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تغطي جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. العاملون في قسم الطوارئ على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم إجراء التدريبات على أساس منتظم لضمان الاستعداد المستمر، ويتم تحديد معدل التدريب في سياسة المستشفى.
4. يتم استكمال سجلات رعاية ما قبل دخول المستشفى والاحتفاظ بها في السجل الطبي للمريض.
5. يتم تسجيل ومراقبة وقت الاستجابة، ويتم التصرف فورًا بناءً على النتائج ذات الصلة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ICD.21 خدمات الطوارئ، EFS.13 خطة التأهب للطوارئ، ICD.20 الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية.

اختيار إرشادات الممارسة الإكلينيكية وتطويرها واستخدامها

ICD.03 يضمن مستشفى الصحة النفسية أن عملية اختيار إرشادات الممارسة الإكلينيكية وتطويرها واستخدامها المتسق يتم اتباعها وتنفيذها بدقة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

إرشادات الممارسة الإكلينيكية

الغرض:

إرشادات الممارسة الإكلينيكية هي بيانات تتضمن توصيات تهدف إلى تحسين رعاية المرضى وتقليل اختلافات العمليات. يمثل تعزيز استيعاب واستخدام إرشادات الممارسة الإكلينيكية عند نقطة تقديم الرعاية عقبة أخيرة في تحويل النتائج العلمية إلى الممارسة. يجب على مستشفى الصحة النفسية اختيار إرشادات الممارسة من بين تلك المطبقة على الخدمات والسكان المرضى؛ ويجب أن تتم الموافقة عليها أو اعتمادها رسميًا من مصدر موثوق. ويجب إدراج أي إرشادات وطنية إلزامية في هذه العملية، وإذا وجدت، يجب على قادة مستشفى الصحة النفسية قياس الاستخدام المتسق وفاعلية الإرشادات المطبقة بشكل دوري. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات لتكييف واعتماد إرشادات الممارسة الإكلينيكية.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) معايير اختيار إرشادات الممارسة الإكلينيكية.
- ب) كيفية مراقبة وتقييم تنفيذ الإرشادات/البروتوكولات الإكلينيكية.
- ج) تدريب العاملين مطلوب لتطبيق الإرشادات أو المسارات أو البروتوكولات المختارة.
- د) التحديث الدوري لإرشادات الممارسة الإكلينيكية بناءً على التغييرات في الأدلة وتقييم العمليات والنتائج.

معياري الرعاية الإكلينيكية هو عدد صغير من بيانات الجودة التي تصف كيفية تقديم رعاية المرضى من قبل متخصصي الرعاية الصحية لحالة إكلينيكية معينة أو مسار إكلينيكي محدد بما يتماشى مع أفضل الأدلة الحالية. يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان استخدام معايير الرعاية الإكلينيكية عند الإشارة إليها وتحديد قائمة معايير الرعاية الإكلينيكية المطبقة ووضع معايير معينة لمراقبة تنفيذها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية تليها مقابلة العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للتحقق من تنفيذ إرشادات الممارسة الإكلينيكية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين للتحقق من سجلات التدريب.

أدلة التوافق مع المعيار:

- 1 يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لإرشادات الممارسة الإكلينيكية، توجه جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
- 2 يتم تدريب العاملين المسؤولين على تنفيذ الإرشادات الإكلينيكية المعتمدة ذات الصلة.
- 3 القائمة المعتمدة لمعايير الرعاية الإكلينيكية متاحة، ويمكن الوصول إليها بسهولة عند الحاجة.
- 4 يرتبط الالتزام بالإرشادات الإكلينيكية بعمليات تقييم أداء العاملين وتقديرهم.

المعايير ذات الصلة:

ICD.01 توفير رعاية موحدة، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

الفحص والتقييم والرعاية الفعالة للمريض

ICD.04 يتم تحديد احتياجات الرعاية الصحية للمرضى وفقاً لعمليات الفحص المحددة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض

الغرض:

الفحص بشكل عام هو إجراء تقييم بسيط للغاية وسريع وعالي المستوى للمريض لتحديد ما إذا كان المريض يظهر خطراً قد يشير إلى الحاجة إلى تقييم أكثر تعمقاً. ويتم تطوير معايير الفحص من قبل أفراد مؤهلين قادرين على الإحالة لمزيد من التقييم. يساعد الفحص الطبي و/أو التمريضي الأولي في تحديد الحاجة إلى مزيد من التقييم المتعمق أم لا مثل تقييمات الاحتياجات الغذائية والوظيفية والخاصة.

يجب على فرد مؤهل إجراء الفحوصات، وعندما يتم تحديد الحاجة إلى تقييمات متخصصة إضافية، يجب إحالة المرضى داخل المستشفى أو إلى الخدمات الخارجية في المجتمع مع ملاحظات الإحالة للمتابعة المناسبة.

بالإضافة إلى ذلك، قد يساعد الفحص النفسي والاجتماعي والاقتصادي في التعرف المبكر على أي مشكلات سلوكية ومحددات اجتماعية للصحة، ويجب على مستشفى الصحة النفسية أن يأخذ في الاعتبار الأنواع الرئيسية والدرجة لعملية الفحص على النحو الموصى به في أفضل الممارسات، والتي يجب أن تشمل على الأقل ما يلي:

- i. حالة الأهلية العقلية
- ii. مخاطر الانتحار
- iii. علامات تعاطي المخدرات
- iv. علامات الإيذاء والإهمال
- v. السكان ذوو الاحتياجات الخاصة
- vi. الحالة الغذائية
- vii. الحالة الوظيفية
- viii. الحالة الاجتماعية والاقتصادية

علاوة على ذلك، يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لتوجيه عملية الفحص؛ وتتناول سياسة الفحص على الأقل ما يلي:

- أ) تحديد معايير الفحص لتقييم احتياجات المريض.
- ب) تحديد المسؤول عن إجراء الفحوصات والتقييمات الإضافية ذات الصلة، عند الحاجة.
- ج) الإطار الزمني لإكمال فحص المريض.
- د) تحديد العملية عند الحاجة إلى مزيد من التقييم من قبل تخصص أو تخصص فرعي معين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية لفحص احتياجات الرعاية الصحية، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال توثيق الفحص.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة فحص معتمدة توجه فحص احتياجات المرضى، بما في ذلك العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. جميع العاملين الذين يقومون بعملية الفحص مؤهلون ومدربون للقيام بذلك.
3. يتم استكمال جميع سجلات الفحص وتوثيقها في إطار زمني معتمد وفقاً لسياسة المستشفى.
4. يتم استكمال إحالات المرضى لمزيد من التقييم من قبل التخصص أو التخصص الفرعي المحدد وتوثيقها في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ACT.01 إتاحة الوصول، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ICD.08 فئات المرضى الخاصة، STP.01 إشراك الأسرة، WFM.03 التوصيف الوظيفي، ICD.10 فحص السقوط والوقاية منه، ICD.07 فحص وتقييم الألم، ICD.09 ضحايا الإيذاء والإهمال، ICD.11 قرح الفراش، ICD.12 الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية.

ICD.05 يضمن مستشفى الصحة النفسية تنفيذ عملية تقييم شاملة وفعالة للمريض.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التقييمات الطبية للمريض

الغرض:

- تُعد التقييمات الطبية والتمريضية الأولية أساس جميع قرارات الرعاية الطبية، فهي تساعد في تحديد شدة حالة المريض العقلي، وتساعد في تحديد أولويات التدخلات الإكلينيكية الأولية. الهدف من التقييمات الطبية والتمريضية الأولية هو:
 - I. جمع المعلومات والبيانات عن الحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للمريض، وتاريخه الصحي من أدوات وإجراءات الفحص.
 - II. تحليل البيانات والمعلومات، بما في ذلك نتائج الفحوصات التشخيصية، لتحديد احتياجات الرعاية الصحية الحالية للمريض.
 - III. وضع خطة رعاية لتلبية احتياجات المريض المحددة وتقييم احتياج المريض للخروج أو الإحالة أو النقل.

يجب أن تكون التقييمات الطبية والتمريضية الأولية وأي تقييمات أخرى متخصصة أو متخصصة فرعية موحدة وشاملة ومفصلة، وأن تكتمل في غضون فترة زمنية محددة لا تتجاوز 24 ساعة في الحالات الاختيارية، ويحتاج الأمر إلى وقت أقل في الحالات العاجلة أو الطارئة لتحقيق رعاية عالية الجودة تلبي احتياجات المريض.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتحديد معايير القبول والحد الأدنى لمحتويات التقييمات الطبية والتمريضية الأولية. يجب أن تشمل التقييمات وإعادة التقييمات الطبية والتمريضية الأولية على الأقل ما يلي:

(أ) تحديد الحد الأدنى لمحتوى نماذج التقييم الطبي والتمريضي الأولي التي تكون متسقة ومطورة من قبل تخصصات مختلفة وفي مواقع مختلفة.

(ب) تحديد الحاجة إلى تخطيط الخروج في التقييمات الأولية.

(ج) تحديد التدابير الواجب اتباعها في حالة الحاجة إلى تقييمات إضافية محددة (عندما يصنف الفحص الأولي المريض على أنه "معرض للخطر" لعناصر الفحص).

(د) تحديد الإطار الزمني لإكمال التقييمات الأولية والحالات التي تعتبر فيها التقييمات الأولية غير صالحة.

(هـ) معدل إعادة التقييم بناءً على شدة حالة المريض مع مراعاة فترة صلاحية التقييمات الأولية على النحو الذي تحدده سياسة المستشفى.

(و) تحديد المسؤول عن تطوير وإجراء التقييمات وإعادة التقييمات. يجب أن يشارك كل تخصص في نطاق ممارسته وترخيصه وشهادته وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها في عملية التقييم وإعادة التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه عملية التقييم الطبي والتمريضي الأولي وإعادة التقييم، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال توثيق التقييم وإعادة التقييم الأولي للمرضى.

أدلة التطبيق مع المعيار :

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة تقييم وإعادة تقييم معتمدة، تحتوي على الأقل على العناصر من أ) إلى و) المذكورة في الغرض.
2. جميع العاملين الذين يشاركون في عملية تقييم المريض على دراية بمكونات السياسة ومدربون عليها جيداً.
3. فقط الأفراد المؤهلون والمدربون تدريباً جيداً هم من يجرون التقييمات الطبية للمرضى وإعادة التقييم.
4. يتم توثيق تقييمات المرضى في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقاً لسياسة المستشفى.
5. يتم تعديل عملية التقييم لمجموعات وفئات المرضى الخاصة لتعكس احتياجاتهم.
6. يتم إجراء إعادة تقييمات المرضى وتوثيقها في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.06 التقييمات الطبية التي تتم خارج المستشفى، ICD.13 خطة الرعاية، ICD.08 فئات المرضى الخاصة، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، STP.01 إشراك الأسرة، MMS.09 التوافق بين الأدوية، MHP.03 تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز، MHP.12 العلاج بالصدمات الكهربائية.

ICD.06 توجد عملية لقبول التقييمات الطبية الأولية التي تتم خارج مستشفى الصحة النفسية أو في العيادات الخارجية قبل دخول المستشفى أو تقديم الرعاية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التقييمات الطبية التي تتم خارج المستشفى

الغرض:

عندما يتم إجراء التقييم الطبي الأولي في عيادة خاصة أو في العيادات الخارجية الأخرى قبل الرعاية في المستشفى، يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد فترة صلاحية التقييم الطبي، ويجب ألا تتجاوز فترة الشهر الواحد. وإلا، يجب تحديث التاريخ الطبي وتكرار الفحص البدني. ومع ذلك، يجب إعادة تقييم/إعادة فحص أي تغييرات كبيرة في حالة المريض حدثت خلال هذه الفترة وتوثيقها عند الدخول. ويهدف هذا التقييم الجديد لحالة المريض الصحية إلى تحديد مدى ملاءمة خطة الرعاية الحالية والحاجة إلى أي تغييرات إلزامية.

- يجب على مستشفيات الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتسليط الضوء على المعايير الرئيسية لقبول المرضى الذين لديهم تقييم طبي من خارج المستشفى، ويجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:
- (أ) نطاق ومحتوى التقييم الأولي الذي يعتبر صالحًا ومقبولًا.
 - (ب) الإطار الزمني لقبول التقييم الأولي الذي تم إجراؤه خارج المستشفى.
 - (ج) التدابير الواجب اتخاذها في حالة عدم الالتزام.
 - (د) الحالات التي تتطلب إعادة الفحص وتحديث التقييم في غضون 30 يومًا أو خلال فترة الصلاحية التي تحددها سياسة المستشفى.
 - (هـ) تسجيل أي تغييرات وتعديلات في خطة رعاية المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه قبول التقييم الطبي خارج المستشفى، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى لتقييم إجراء التقييم الطبي الذي يتم خارج المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه التقييم الطبي للمرضى خارج المستشفى؛ وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (هـ).
2. العاملون المسؤولون على دراية بسياسة التقييم الطبي خارج المستشفى.
3. يتم توثيق أي تغييرات كبيرة في حالة المريض منذ التقييم الأولي (وخلال 30 يومًا) في السجل الطبي للمريض، قبل تقديم الرعاية.
4. تتم مراجعة و/أو التحقق من جميع التقييمات الطبية التي يتم إجراؤها خارج المستشفى، قبل تقديم الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

- ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ACT.01 إتاحة الوصول، STP.01 إشراك الأسرة، ICD.13 خطة الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، MMS.09 التوافق بين الأدوية.

عمليات الفحص والتقييم والرعاية المصممة خصيصًا للمريض

ICD.07 يتم فحص المرضى للكشف عن الألم وتقييمه والتعامل معه وفقًا لذلك.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

فحص وتقييم الألم

الغرض:

لكل مريض الحق في حياة خالية من الألم. فالألم، عند التعامل مع الألم بشكل صحيح، يؤدي ذلك إلى راحة المريض، وأداء دوره بشكل سليم، والرضا. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لفحص وتقييم وعلاج الألم. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- (أ) أداة فحص الألم بما يتناسب مع عمر المريض.
- (ب) عناصر تقييم الألم الكاملة التي تشمل الطبيعة والموقع والشدة.
- (ج) الحاجة إلى إعادة تقييم الألم ومعدل إعادة التقييم.
- (د) بروتوكولات علاج الألم.
- (هـ) إسناد مسؤولية علاج الألم.
- (و) عملية تسجيل خطة علاج الألم في السجل الطبي للمريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة فحص وتقييم وعلاج الألم.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المعنيين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض للتحقق من وجود دليل على تقييم الألم وإعادة تقييمه وعلاجه.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه عمليات فحص الألم وتقييمه وعلاجه، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).
2. العاملون ذوو الصلة على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم فحص جميع المرضى للكشف عن الألم باستخدام أداة صالحة ومعتمدة.
4. يتم تسجيل خطط تقييم الألم وإعادة تقييمه وعلاجه في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية.

ICD.08 يتم تحديد مكونات الفحص والتقييم وإعادة التقييم والرعاية الخاصة لفئات المرضى الخاصة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

فئات المرضى الخاصة

الغرض:

يجب تعديل التقييم الأولي لمجموعات وفئات الاحتياجات الخاصة عن عملية التقييم المعتادة المستخدمة في مستشفى

الصحة النفسية لأن لديهم احتياجات فريدة ومحددة. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد تلك الفئات السكانية الخاصة واعتبارهم مرضى معرضين لمخاطر عالية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتقييم وإعادة تقييم وعلاج الفئات الخاصة. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) تحديد الفئات ذات الاحتياجات الخاصة التي تزور المستشفى والتي يجب أن تشمل على الأقل ما يلي:

1. المرضى صغار السن جدًا
 2. المرضى المراهقون
 3. المرضى المصابون بأمراض مزمنة
 4. المرضى المسنون الضعفاء
 5. المرضى في مراحل متأخرة من المرض والمرض الذين يعانون من الألم
 6. المرضى الذين يشته في إصابتهم بأمراض معدية أو سارية
 7. المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي أو الإشعاعي
 8. المرضى الذين يعانون من ضعف في جهاز المناعة
- (ب) وصف أداة التقييمات الخاصة ومكونات كل أداة لتتناسب مع كل نوع من احتياجات فئات المرضى الخاصة.
- (ج) تحديد العاملين المصرح لهم والمسموح لهم بإجراء كل نوع من أنواع التقييم.
- (د) الإطار الزمني اللازم لإكمال وتوثيق التقييم.
- (هـ) تحديد صلاحية ومعدل إعادة التقييم.
- (و) تحتاج إدارة ورعاية فئات المرضى الخاصة إلى خطة رعاية فردية بناءً على نتائج التقييم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه تقييم وإعادة تقييم وإدارة فئات المرضى الخاصة، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال توثيق تقييم احتياجات فئات المرضى الخاصة وإعادة تقييمها والتعامل معها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتقييم وإعادة تقييم وإدارة فئات المرضى الخاصة، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).
2. العاملون المسؤولون على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم تقييم فئات الاحتياجات الخاصة بواسطة أدوات صالحة تتناسب مع كل نوع من احتياجات فئات المرضى الخاصة.
4. يتم تسجيل عمليات تقييم احتياجات فئات المرضى الخاصة وإعادة تقييمها وإدارتها في السجل الطبي للمريض وفقًا لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ACT.03 الوصول المادي والراحة، ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ICD.10 فحص السقوط والوقاية منه، ICD.13 خطة الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، STP.01 إشراك الأسرة.

ICD.09 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية واضحة للتعرف المبكر على ضحايا الإيذاء أو الإهمال المشتبه بهم أو المدعين، والإبلاغ عنهم، والتعامل معهم، وفقاً للقانون واللوائح.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

ضحايا الإيذاء والإهمال

الغرض:

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع عملية لتحديد ضحايا الإيذاء أو الإهمال المدعين أو المشتبه بهم والإبلاغ عنهم، وفقاً للقانون واللوائح. سواء تم تحديد علامات الإيذاء والإهمال عند نقطة الاتصال الأولى أو في مرحلة ما أثناء رعاية المريض داخل المستشفى. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد الوكالات أو السلطات التي يجب الاتصال بها لدعم ضحايا الإيذاء أو الإهمال المشتبه بهم أو المدعين والإبلاغ عنهم. يجب ضمان التنسيق بين مستشفى الصحة النفسية والمستشفى المحال إليه لتوفير الرعاية المناسبة لهؤلاء المرضى. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات لتحديد ضحايا الإيذاء أو الإهمال، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- (أ) معايير وعملية الإحالة.
- (ب) تحديد العاملين المصرح لهم والمسموح لهم بإدارة عملية لضحايا الإيذاء أو الإهمال.
- (ج) الإطار الزمني اللازم لإكمال وتوثيق العملية.
- (د) عملية توثيق المعلومات في سجل المريض.
- (هـ) التعديلات المطلوبة على خطة الرعاية الفردية بناءً على النتائج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه تحديد ضحايا الإيذاء والإهمال، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق المعلومات ونماذج الإحالة عند استخدامها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتحديد ضحايا الإيذاء أو الإهمال، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (هـ).
2. العاملون المسؤولون على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم إحالة ضحايا الإيذاء والإهمال المشتبه بهم أو المدعين، عند الحاجة، وفقاً للقانون واللوائح.
4. يتم توثيق أي معلومات متعلقة بالإيذاء والإهمال في سجل المريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ICD.13 خطة الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ACT.01 إتاحة الوصول، ACT.11 نقل المريض وإحالتة، STP.08 تعزيز الصحة النفسية والرفاهية.

ICD.10 NSR.03 يتم فحص وتقييم وإدارة خطر تعرض المريض للسقوط بصورة آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

فحص ومنع السقوط

الغرض:

جميع المرضى معرضون للسقوط؛ ومع ذلك، فإن البعض أكثر عرضة لذلك. وعادة ما يتم تحديد الأكثر عرضة من خلال عملية فحص من أجل تقديم تدابير وقائية مخصصة ضد السقوط. تستخدم أدوات الفحص بشكل شائع وتتضمن أسئلة أو عناصر تستخدم لتحديد المرضى المعرضين لخطر السقوط. على سبيل المثال، قد تتطلب الأسئلة إجابة بسيطة بنعم/لا، أو قد تتضمن الأدلة تعيين درجة لكل عنصر بناءً على استجابات المريض. عندما يتم تحديد خطر السقوط من عملية الفحص، يجب تنفيذ تقييم خطر السقوط لتقليل خطر السقوط لهؤلاء المرضى الذين تم تحديد أنهم معرضون للخطر، والتدابير الوقائية لتقليل السقوط هي تلك التي يتم تصميمها خصيصًا لكل مريض وتوجيهها نحو المخاطر التي تم تحديدها من تقييم المخاطر. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية فحص السقوط والوقاية منه. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) فحص خطر سقوط المريض عند نقطة الرعاية الأولى.
- ب) الإطار الزمني لإكمال فحص خطر السقوط.
- ج) الحاجة إلى إعادة تقييم السقوط وتكرارها.
- د) التدابير العامة المطلوبة لتقليل خطر السقوط مثل أنظمة الاتصال، والإضاءة، وقضبان الممرات، وقضبان الحمامات، وحواجز السرير الجانبية، والكراسي المتحركة، والتزولي المزودة بأقفال.
- هـ) خطط رعاية مخصصة بناءً على تقييم خطر سقوط المريض الفردي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تصف فحص ومنع سقوط المرضى.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للتحقق من اكتمال نماذج فحص/تقييم سقوط المرضى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع مقدمي الرعاية الصحية، لتقييم معرفتهم بعملية فحص/تقييم سقوط المرضى.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير العامة للوقاية من سقوط المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لفحص السقوط والوقاية منه، تتناول العناصر من أ) إلى هـ) من الغرض.
2. العاملون على دراية بسياسة فحص السقوط والوقاية منه.
3. يتم تحديد المرضى المعرضين لخطر السقوط الشديد وتثقيفهم بشأن تدابير الوقاية من السقوط.
4. يتم استكمال جميع فحوصات مخاطر السقوط وتوثيقها في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقًا لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.13 خطة الرعاية، STP.01 إشراك الأسرة، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، EFS.06 خطة إدارة السلامة.

ICD.11 NSR.04 يتم فحص وتقييم وإدارة خطر إصابة المريض بقرح الفراش بأمان.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

قرح الفراش

الغرض:

يعد استخدام أدوات أو مقاييس فحص قرح الفراش مكونًا من مكونات عملية التقييم المستخدمة لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرحة الفراش.

يوصى باستخدام أدوات فحص قرح الفراش من قبل العديد من الإرشادات الدولية للوقاية من قرح الفراش، ويعد تحديد المرضى الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش استراتيجية وقائية أفضل من محاولة علاجهم.

ثبت أن تصميم تدابير الوقاية من قرح الفراش لكل مريض على حدة فعال.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية فحص قرح الفراش والوقاية منها. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) تقييم مخاطر المريض عند نقطة الرعاية الأولى بما في ذلك تقييم الجلد.
- ب) الإطار الزمني لإكمال فحص قرح الفراش.
- ج) الحاجة إلى إعادة تقييم خطر الإصابة بقرح الفراش وتكرارها.
- د) التدابير العامة المطلوبة لتقليل خطر الإصابة بقرح الفراش مثل أجهزة ومراتب تخفيف الضغط.
- هـ) خطط رعاية مخصصة بناءً على تقييم قرح الفراش للمريض الفردي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه الوقاية من قرح الفراش، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بفحص وتقييم قرح الفراش وتدابير الوقاية منها.

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال نماذج فحص وتقييم قرح الفراش.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المتاحة لتقليل مخاطر قرح الفراش.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه فحص مخاطر قرح الفراش لدى المرضى. وتتناول السياسة جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. العاملون على دراية بعناصر سياسة فحص قرح الفراش.
3. يتم تحديد المرضى المعرضين لخطر كبير للإصابة بتقرحات الفراش وتثقيفهم بشأن تدابير الوقاية.
4. يتم استكمال جميع فحوصات مخاطر قرح الفراش وتوثيقها في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.13 خطة الرعاية، STP.01 إشراك الأسرة، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

ICD.12 NSR.05 يتم فحص وتقييم والتعامل مع خطر إصابة المريض بالجلطات الدموية الوريدية (تجلط الأوردة العميقة والانسداد الرئوي) بأمان.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية

الغرض:

تعتبر الجلطات الدموية الوريدية قاتلاً صامتاً مهماً في المستشفيات. قد يكون المرضى في مستشفيات الصحة النفسية معرضين لخطر الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية، وقد يرجع ذلك إلى وجود عوامل خطر مثل انخفاض الحركة بسبب المرض النفسي أو التهذئة، والجفاف بسبب ضعف تناول السوائل عن طريق الفم، أو الأمراض الجسدية المصاحبة. كما يزيد استخدام الأدوية المضادة للذهان من خطر الإصابة بالجلطات. يعد تكافؤ التقدير للصحة النفسية أولوية للرعاية الصحية ويجب أن يشمل المساواة في توفير علاج للمشكلات الصحية الجسدية لدى الأشخاص الذين يعانون بشكل أساسي من أمراض عقلية. يعد اعتماد الإرشادات لتقليل خطر الإصابة بهذه الحالة أمراً مهماً لتقليل الأحداث الضارة والوفيات التي يمكن الوقاية منها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة لفحص المرضى المعرضين لخطر الجلطات الدموية الوريدية تم تطويرها وفقاً للإرشادات المعتمدة للوقاية من الجلطات الدموية الوريدية. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي: أ) تقييم مخاطر المريض عند نقطة الرعاية الأولى.

- ب) الإطار الزمني لإكمال فحص الجلطات الدموية الوريدية.
- ج) الحاجة إلى إعادة تقييم الجلطات الدموية الوريدية ومعدلها.
- د) التدابير العامة المطلوبة لتقليل خطر الجلطات الدموية الوريدية مثل الحركة والأدوية.
- هـ) التغيير في خطط الرعاية بناءً على تقييم مخاطر الجلطات الدموية الوريدية للمريض الفردي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه التعامل مع المرضى المعرضين لخطر الجلطات الدموية الوريدية (تجلط الأوردة العميقة والانسداد الرئوي)، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من تدابير الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية الموثقة وتقييم الامتثال للإرشادات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لفحص المرضى للكشف عن مخاطر الجلطات الدموية الوريدية، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. العاملون على دراية بعناصر سياسة فحص الجلطات الدموية الوريدية وتدابير الوقاية.
3. يتم تحديد المرضى المعرضين لخطر كبير للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية وتثقيفهم بشأن تدابير الوقاية منها.
4. يتم استكمال جميع فحوصات مخاطر الجلطات الدموية الوريدية وتوثيقها في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض.
5. تتم مراقبة امتثال العاملين لإرشادات الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية.
6. يتم تسجيل تدابير الوقاية من الجلطات الدموية الوريدية في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.13 خطة الرعاية، STP.01 إشراك الأسرة، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشكة.

ICD.13 يتم وضع خطة رعاية فردية لكل مريض.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة الرعاية

الغرض:

توفر خطة الرعاية التوجيه بشأن نوع الرعاية الصحية التي قد يحتاجها المريض. وينصب تركيز الخطة على تسهيل الرعاية الموحدة والقائمة على الأدلة والشاملة.

- يجب أن يضمن تسجيل خطة الرعاية أن أعضاء الطاقم الطبي والمرضات وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية يدمجون نتائجهم ويعملون معًا بفهم مشترك لأفضل نهج لحالة المريض. تكون خطة الرعاية:
- (أ) موضوعة من قبل جميع التخصصات ذات الصلة التي تقدم الرعاية تحت إشراف الطبيب الأكثر مسؤولية.
 - (ب) موضوعة ومحدثة وفقًا للإرشادات القائمة على الأدلة واحتياجات المريض وتفضيلاته.
 - (ج) تستند إلى تقييمات المريض التي أجرتها مختلف تخصصات الرعاية الصحية ومتخصصي الرعاية الصحية بما في ذلك نتائج الفحوصات، إن وجدت.
 - (د) موضوعة بمشاركة المريض و/أو الأسرة/مقدم الرعاية من خلال اتخاذ قرارات مشتركة، مع مناقشة الفوائد والمخاطر التي قد تتضمن مساعدات في اتخاذ القرار.
 - (هـ) تشمل الاحتياجات المحددة، والتدخلات، للحصول على النتائج والأهداف المرجوة في الإطار الزمني المحدد لكل تدخل.
 - (و) محدثة حسب الاقتضاء بناءً على نتائج إعادة تقييم المريض، واحتياجاته، وتفضيلاته، والموارد المتاحة.
 - (ز) تتم مراقبة تقدم المريض/مستخدم الخدمة في تحقيق الأهداف أو النتائج المرجوة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض لمراجعة خطة الرعاية المسجلة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تنفيذ خطة رعاية المريض ومتابعتها من قبل جميع التخصصات ذات الصلة بناءً على تقييماتهم، وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (ز).
2. يتم تسجيل خطة الرعاية الفردية في السجل الطبي لكل مريض.
3. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بمكونات خطة الرعاية.
4. تتم مراجعة/تحديث خطة الرعاية بناءً على نتيجة إعادة التقييم أو أي تغييرات كبيرة في حالة المريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، STP.01 إشراك الأسرة، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.03 إرشادات للممارسة الإكلينيكية، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض.

ICD.14 عملية الاستشارة الطبية متاحة وآمنة وفعالة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

عملية الاستشارة

الغرض:

الاستشارة الطبية هي مداولة بين الأطباء حول حالة ما أو التعامل معها. وهي عملية طلب تقييم من قبل عضو طاقم طبي من تخصص مختلف لاقتراح خطة تشخيصية أو علاجية. في كثير من الأحيان، تؤدي الاستشارة إلى تواصل مهني حيث يتبادل الأطباء الإكلينيكيون آرائهم ومعارفهم لتحسين قدرتهم على تقديم أفضل رعاية لمرضاهم. وقد يكون هذا الحوار جزءاً من الجهود الشاملة التي يبذلها الطبيب للحفاظ على المعرفة العلمية والمهنية الحالية أو قد ينشأ استجابة لاحتياجات مريض معين. على الرغم من أن الاستشارة عادة ما يتم طلبها بطريقة فعالة تسرع من رعاية المريض، إلا أنه يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة لعملية استشارة آمنة ومناسبة. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- (أ) معايير محددة لتقديم الاستشارة للمريض.
- (ب) نوع ودرجة أولوية الاستشارة.
- (ج) عملية واضحة لتوصيل طلبات الاستشارة إلى عضو الطاقم الطبي المعني.
- (د) الإطار الزمني للرد على طلبات الاستشارة.
- (هـ) عملية توثيق ملاحظات الاستشارة لضمان تخطيط رعاية آمن ومناسب، خاصة في حالات الطوارئ.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الاستشارة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أعضاء الطاقم الطبي للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من عملية توثيق الاستشارات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة استشارة معتمدة، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (هـ).
2. أعضاء الطاقم الطبي المشاركون في عملية الاستشارة على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم إجراء الاستشارات وتوثيقها في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق.

ICD.15 NSR.07 يتم توصيل الأوامر الشفهية أو الهاتفية بأمان وفعالية في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأوامر الشفهية والهاتفية

الغرض:

يعد سوء التواصل هو السبب الجذري الأكثر شيوعاً للأحداث الضارة. إن كتابة الأمر الكامل وقراءته مرة أخرى، من قبل الشخص الذي يتلقى المعلومات، يقلل من سوء التواصل ويقلل من الأخطاء الناتجة عن الكلام الغامض، أو المصطلحات

غير المألوفة، أو النطق غير الواضح. وهذا يوفر أيضًا فرصة للتحقق. قصر التواصل الشفهي على المواقف العاجلة التي لا يمكن فيها التواصل الفوري كتابيًا أو إلكترونيًا. على سبيل المثال، يمكن عدم السماح بالأوامر الشفهية عندما يكون الواصف موجودًا. يجب قصر الأوامر الشفهية على المواقف التي يصعب فيها أو يستحيل فيها إرسال أمر ورقي أو إلكتروني. يجب على مستشفيات الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للتواصل الشفهي والهاتفي. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- (أ) عملية تسجيل الأوامر الشفهية.
- (ب) عملية تسجيل الأوامر الهاتفية.
- (ج) إعادة القراءة من قبل المتلقي.
- (د) التحقق من قبل الشخص الذي يعطي الأمر.
- (هـ) الإطار الزمني لتوثيق الأمر الشفهي.
- (و) الحالات التي يتم فيها تقييد الأوامر الشفهية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الأوامر الشفهية أو الهاتفية للتحقق مما إذا كانت تصف بوضوح عملية التسجيل، وإعادة القراءة من قبل المتلقي، والتأكيد من قبل الشخص الذي يعطي الأمر.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة مستندات التسجيل كسجلات مخصصة وسجلات طبية للمرضى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه الاتصالات الشفهية وتحديد محتواها، تتناول على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم تسجيل جميع الأوامر الشفهية والأوامر الهاتفية في السجل الطبي للمريض في إطار زمني محدد مسبقًا، وفقًا للسياسة.
4. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع وجمع وتحليل وإبلاغ البيانات الخاصة بالامتثال لعملية الأوامر الشفهية والهاتفية.
5. يخطط المستشفى لاتخاذ إجراءات تصحيحية، كلما أشارت النتائج إلى ذلك.

المعايير ذات الصلة:

ACT.08 التواصل لتسليم وتسليم الرعاية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.16 النتائج الحرجة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين.

الإجراءات التشخيصية والعلاجية الحرجة والخاصة الآمنة

ICD.16 NSR.08 يتم إبلاغ النتائج الحرجة في الوقت المناسب وبدقة وأمان في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

النتائج الحرجة

الغرض:

يمكن أن تتعرض سلامة المرضى وجودة الرعاية للخطر عند حدوث تأخير في إكمال الاختبارات الحرجة أو في توصيل الاختبارات الحرجة أو النتائج الحرجة إلى طالبها. يعد سوء التواصل هو السبب الجذري الأكثر شيوعاً للأحداث الضارة. إن كتابة النتائج وقراءتها مرة أخرى، من قبل الشخص الذي يتلقى المعلومات، يقلل من سوء التواصل ويقلل من الأخطاء الناتجة عن الكلام الغامض، أو المصطلحات غير المألوفة، أو النطق غير الواضح. وهذا يوفر أيضاً فرصة للتحقق.

تتضمن العملية تعليمات للإخطار الفوري للفرد المصرح له المسؤول عن المريض بالنتائج التي تتجاوز الفترات الحرجة. ويجب الإبلاغ عن أي صعوبات تواجه في الإخطارات في نظام الإبلاغ عن الحوادث. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية تحديد النتائج الحرجة والإبلاغ عنها. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) قوائم النتائج والقيم الحرجة.
- ب) عملية الإبلاغ عن نتائج الاختبارات الحرجة بما في ذلك الإطار الزمني وإعادة القراءة من قبل المتلقي.
- ج) عملية التسجيل:
 1. تاريخ ووقت الإخطار.
 2. تحديد هوية الموظف المسؤول المُبلغ.
 3. تحديد هوية الشخص الذي تم إخطاره.
 4. نتائج الفحص التي تم نقلها.
 5. تحديد المعلومات التي يجب توثيقها في السجل الطبي للمريض.
- د) التدابير الواجب اتخاذها في حالة عدم الامتثال لعملية الإبلاغ عن النتائج الحرجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة النتائج الحرجة للتحقق مما إذا كانت تصف بوضوح عملية التسجيل، وإعادة القراءة من قبل المتلقي.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة التسجيل في السجلات المخصصة والسجل الطبي للمريض.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالسياسة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه الإبلاغ عن النتائج الحرجة وتحديد محتواها، تتناول على الأقل جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم تسجيل جميع النتائج الحرجة في السجل الطبي للمريض في إطار زمني محدد مسبقاً.
4. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع وجمع وتحليل وإبلاغ البيانات الخاصة بالامتثال لعملية الإبلاغ عن النتائج الحرجة.
5. يخطط المستشفى لاتخاذ إجراءات تصحيحية، كلما أشارت النتائج إلى ذلك.

المعايير ذات الصلة:

ICD.15 الأوامر الشفهية والهاتفية، ACT.08 التواصل لتسليم وتسليم الرعاية، DAS.07 تقارير التصوير الطبي، DAS.15 عملية ما بعد الفحص، زمن إنجاز الفحوصات المخبرية، والطلبات العاجلة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين.

ICD.17 NSR.11 يتم تنفيذ أنظمة لمنع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب

الغرض:

تُعد الأنابيب والقسطر خطوات مهمة في تقديم الرعاية الصحية اليومية لتوصيل الأدوية والسوائل للمرضى، خاصة داخل مناطق الرعاية الحرجة والمتخصصة. يتم توصيل المرضى بالعديد من الأنابيب والقسطر، ولكل منها وظيفة خاصة (المراقبة، الوصول، التصريف). أثناء الرعاية، قد يتم توصيل هذه الأنابيب والقسطر بشكل خاطئ مما يؤدي إلى إعطاء المادة الخاطئة عبر المسار الخاطئ، الأمر الذي يؤدي إلى عواقب وخيمة. يضع مستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات لمنع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) لا يجب ترك مسؤولية توصيل وفصل الأنابيب للعاملين من خارج المجال الطبي أو الأسر أو الزوار.
- ب) وضع ملصقات تعريفية على القسطر عالية الخطورة (مثل الشريانية، فوق الجافية، داخل القراب).
- ج) تجنب استخدام القسطر ذات منافذ الحقن لهذه التطبيقات.
- د) تتبع جميع الخطوط من مصدرها إلى منفذ التوصيل للتحقق من التوصيلات قبل إجراء أي توصيلات أو إعادة توصيل، أو قبل إعطاء الأدوية أو المحاليل أو المنتجات الأخرى.
- هـ) توحيد عمليات مطابقة الخطوط، وإعادة الفحص، وخرائط القسطر كجزء من التواصل لتسليم وتسليم الرعاية.
- و) إجراء اختبار القبول وتقييم المخاطر (تحليل نمط وتأثيرات الإخفاق، إلخ) لتحديد احتمالية التوصيلات الخاطئة عند شراء قسطر وأنابيب جديدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة منع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض للتحقق من تسجيل القسطر والأنابيب المستخدمة.

أدلة التطابق مع المعيار :

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لمنع التوصيل الخاطئ للقسطر والأنابيب، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. جميع العاملين الذين يستخدمون الأنابيب والقسطر أكفاء وعلى دراية بسياسة مستشفى الصحة النفسية.
3. يتم تسجيل مستندات الأنابيب والقسطر المستخدمة في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ACT.02 تعريف المريض، ACT.08 التواصل لتسليم وتسليم الرعاية، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، MHP.13 عملية التحقق المسبق، IPC.05 نظافة الأيدي، IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى.

ICD.18 NSR.09 يضمن مستشفى الصحة النفسية التعرف على التدهور الإكلينيكي للمرضى والاستجابة المبكرة له على مستوى المستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له

الغرض:

- يؤدي الاكتشاف المبكر لعلامات التحذير وتوفير الرعاية العاجلة في الوقت المناسب إلى نتائج وظيفية وطويلة الأجل أفضل من إنعاش المرضى المصابين بالسكتة القلبية الرئوية.
- وقد أظهرت الدراسات أن هذه الاستراتيجية لها تأثير إيجابي في الحد من الوفيات داخل المستشفيات وتحسين سلامة المرضى.
- يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان عملية آمنة وموحدة للتعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له على أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:
- أ) معايير محددة للتعرف على التدهور الإكلينيكي. ويجب أن تكون المعايير متسقة ومتوافقة مع فئة المرضى الفردية (معايير خاصة بالعمر).
- ب) تثقيف العاملين المسؤولين حول المعايير المحددة (أي جميع العاملين الذين يقدمون رعاية مباشرة للمرضى).
- ج) تحديد العاملين المشاركين للاستجابة.
- د) آليات استدعاء العاملين للاستجابة؛ بما في ذلك الأكواد التي يمكن استخدامها لاستدعاء الطوارئ أو لمزيد من المساعدة.

- هـ) الإطار الزمني للاستجابة.
- و) الاستجابة موحدة على مدار 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع.
- ز) تسجيل الاستجابة والتعامل.
- ح) طرق إبلاغ المريض والأسرة ومقدمي الرعاية بكيفية طلب المساعدة عندما يكون لديهم مخاوف بشأن حالة المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه الاستجابة للتدهور الإكلينيكي وإدارته، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم استجابة العاملين المسؤولين لنداءات التدهور الإكلينيكي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع المريض والأسرة للتحقق من درايتهم بكيفية طلب المساعدة عندما يكون لديهم قلق بشأن حالة المريض.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للتعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. جميع العاملين المشاركين في رعاية المرضى المباشرة على دراية بسياسة المستشفى.
3. ينفذ مستشفى الصحة النفسية ويوثق المعايير الخاصة بالعمر للتعرف المبكر على أي تغيير أو تدهور في حالة المريض.
4. يوجد بالمستشفى عملية محددة لإبلاغ المريض والأسرة بكيفية طلب المساعدة عندما يكون لديهم مخاوف بشأن حالة المريض.
5. يتم تسجيل التعرف على التدهور الإكلينيكي والاستجابة له في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.01 توفير رعاية موحدة، ICD.19 الرعاية الحرجة، ICD.20 الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية، EFS.11 أجهزة الإنذار الإكلينيكية، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

ICD.19 يتم تقديم خدمات الرعاية الحرجة وفقاً للقوانين واللوائح والإرشادات الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الرعاية الحرجة

الغرض:

الرعاية النفسية الحرجة مخصصة للمرضى الذين هم في مرحلة اضطراب حاد من اضطراب عقلي خطير. وهناك فقدان مصاحب للقدرة على ضبط النفس، مع زيادة مقابلة في المخاطر، مما لا يسمح بالتعامل معهم وعلاجهم بشكل آمن في

جناح صحة نفسية أقل حدة أو أقل أمانًا. يجب أن تكون رعاية وعلاج المريض في وحدة الرعاية الحرجة متمحورة حول المريض، ومتعددة التخصصات، ومكثفة، وأن تكون هناك استجابة فورية للحالات الإكلينيكية والخطرة الحرجة. يجب احتجاز المرضى قسرًا بموجب إطار قانون ولوائح الصحة النفسية المناسبة، والملف الإكلينيكي والخطر للمريض. وعادة ما يتطلب ذلك مستوى أمنًا مصاحبًا.

يجب أن تكون تدخلات الرعاية الحرجة متعددة التخصصات، ومبنية على الأدلة، وتتناول الصحة الجسدية والتعافي من المرض العقلي الحاد باستخدام أحدث التدخلات القائمة على الأدلة لتحسين حالة المريض واستعادة ضبط النفس. يجب على مستشفى الصحة النفسية تزويد جميع متخصصي الرعاية الصحية بالتدريب والتعليم المناسبين لتقديم الرعاية الحرجة الآمنة في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للعملية الآمنة لإدارة خدمة الرعاية الحرجة. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) معايير واضحة للدخول والخروج من وحدات الرعاية الحرجة.
- ب) متطلبات التقييم الأولي.
- ج) متطلبات إعادة التقييم.
- د) توفر الموارد المطلوبة من إمدادات الأدوية والمعدات لتقديم الرعاية والمراقبة.
- هـ) استخدام التقييد أثناء الرعاية الحرجة.
- و) توفر عاملين أكفاء لتقديم الرعاية.
- ز) متطلبات التوثيق.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه إدارة خدمات الرعاية الحرجة، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق الخدمات الحرجة المقدمة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين المسؤولين عن تقييم وإدارة احتياجات المرضى للتحقق من تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. جميع العاملين المشاركين في خدمات الرعاية الحرجة على دراية بسياسة المستشفى.
3. الأفراد الأكفاء والمدربون مسؤولون عن إدارة وتقديم خدمات الرعاية الحرجة.
4. يتم تسجيل إدارة واستخدام الرعاية الحرجة في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ACT.01 إتاحة الوصول، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، STP.02 التقييد والعزل السلوكي، IMT.01 نظام إدارة الوثائق.

خدمات أمنة وفعالة للطوارئ والحالات العاجلة

ICD.20 NSR.10 تتم إدارة الاستجابة لحالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية بأمان لكل من المرضى البالغين والأطفال.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية

الغرض:

أي مريض يتلقى الرعاية داخل مستشفى الصحة النفسية معرض للإصابة بحالة طبية طارئة تتطلب استجابة سريعة. وتُعرف حالة الطوارئ الطبية ببساطة بأنها بداية مفاجئة لحالة طبية مع ظهور أعراض حادة ذات شدة كافية (بما في ذلك الألم الشديد)، بحيث يمكن أن يؤدي غياب الرعاية الطبية الفورية إلى نتيجة خطيرة بشكل معقول. المهارات هي عناصر أساسية لخدمة الطوارئ لضمان نتائج مرضية. لذلك، يجب أن يكون العاملون المدربون، على الأقل على دعم الحياة الأساسي، متاحين خلال ساعات العمل وعلى استعداد للاستجابة لأي حالة طارئة. يتم تدريب جميع العاملين الذين يقدمون رعاية للمرضى، بما في ذلك الأطباء المتعاقدون وممارسو الرعاية الصحية المستقلون، على تقديم خدمات دعم الحياة الأساسية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان التعامل الآمن مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) معايير محددة للتعرف على حالات الطوارئ والسكتة القلبية الرئوية بما في ذلك البالغين والأطفال والشباب.
- ب) تثقيف وتدريب العاملين على المعايير المحددة (دعم الحياة الأساسي على الأقل).
- ج) تحديد العاملين المشاركين للاستجابة وفقاً للتدريب المناسب المقدم وفئة عمر السكان الذين يتم خدمتهم.
- د) آليات استدعاء العاملين؛ بما في ذلك الأكواد التي يمكن استخدامها لاستدعاء الطوارئ.
- هـ) الإطار الزمني للاستجابة.
- و) تسجيل عملية الاستجابة والتعامل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية، وقد يجرون مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالتحقق من وجود دليل على تدريب العاملين على التعرف على حالات الطوارئ الطبية أو السكتة القلبية الرئوية والإبلاغ عنها.

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى الامتثال لسياسات حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للتعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. جميع العاملين المشاركين في حالات الطوارئ الطبية والإنعاش القلبي الرئوي على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم تدريب جميع العاملين الذين يقدمون رعاية للمرضى، بما في ذلك ممارسو الرعاية الصحية المستقلون، على تقديم خدمات دعم الحياة الأساسية.
4. الأفراد المؤهلون مسؤولون عن التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية.
5. يتم تسجيل التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتات القلبية الرئوية في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض..

المعايير ذات الصلة:

ICD.01 توفير رعاية موحدة، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، EFS.11 أجهزة الإنذار الإكلينيكية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.21 خدمات الطوارئ، WFM.08 تقييم أداء العاملين.

ICD.21 يتم تقديم خدمات الحالات العاجلة والطوارئ وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات الطوارئ

الغرض:

الطوارئ النفسية هي أحد أنواع الطوارئ الإكلينيكية التي يجب إدارتها في مستشفى الصحة النفسية. وهي اضطراب حاد في السلوك، أو الحالة المزاجية للمريض، والتي إذا لم يتم علاجها قد تؤدي إلى ضرر، إما للفرد أو للآخرين في البيئة. لضمان اتساق وتنسيق الخدمات مع مستويات الرعاية الأعلى، يجب تقديم خدمات الطوارئ المقدمة للمجتمع في حدود إمكانيات مستشفى الصحة النفسية على النحو المحدد في القانون واللوائح. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لخدمات الفرز والطوارئ. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) توفر عاملين مؤهلين على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع.
- ب) معايير محددة تحدد أولوية الرعاية وفقاً لعملية فرز معترف بها.
- ج) اتباع الإرشادات والبروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة للتقييم وإعادة التقييم وإدارة الرعاية الطارئة.
- د) توفر المعدات الطبية والأدوية اللازمة للإنعاش وإدارة الطوارئ النفسية.
- هـ) الحالات التي يكون فيها الإبلاغ إلى لجنة حماية حقوق المرضى إلزامياً.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة خدمات الفرز والطوارئ.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمريض لمراجعة الفرز المسجل في حالات الطوارئ وخطة الرعاية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات غرفة الطوارئ للتحقق من عملية تسجيل مرضى الطوارئ.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توفر المعدات والأدوية للإنعاش.

أدلة التطبيق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لخدمات الفرز والطوارئ النفسية، كما هو مذكور في الغرض من أ) إلى هـ).
2. يقدم العاملون المؤهلون خدمات الطوارئ وفقاً لسياسة خدمات الفرز والطوارئ.
3. يتم إبلاغ المرضى والأسر بمستوى أولويتهم والوقت المتوقع للانتظار قبل تقييمهم من قبل عضو الطاقم الطبي.
4. المعدات الطبية والأدوية الخاصة بالإنعاش موحدة ومتاحة للاستخدام بناءً على احتياجات السكان الذين يتم خدمتهم.
5. يتم تسجيل سجلات الفرز وخطة الرعاية في حالات الطوارئ في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.20 الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية، ICD.01 توفير رعاية موحدة، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، PCC.02 ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض، ACT.06 تنسيق واستمرارية الرعاية، ICD.22 عملية التسجيل الموحد للرعاية الطارئة، EFS.10 خطة المعدات الطبية، STP.02 التقييد والعزل السلوكي.

ICD.22 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية تسجيل موحدة لخدمات الرعاية الطارئة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية تسجيل موحدة للرعاية الطارئة

الغرض:

نظراً لطبيعة مناطق الرعاية الطارئة، يحتاج العديد من العاملين من مناطق الرعاية الطارئة وخارجها إلى تبادل المعلومات. ويجب التقاط هذه المعلومات وتسجيلها لضمان اتساق وتنسيق الخدمات مع مستويات الرعاية الأعلى. عندما يقدم مستشفى الصحة النفسية رعاية طارئة، تتضمن سجلات غرفة الطوارئ عادةً جميع المرضى الذين يتلقون الرعاية، وأوقات وصولهم ومغادرتهم، والاستنتاجات عند إنهاء العلاج، وحالة المريض عند المغادرة، ووجهة المريض عند المغادرة، وأي تعليمات متابعة للرعاية. قد تبدو قراءة وتسجيل الوقت عملية سهلة، ولكن في بعض الحالات، قد يعتمد العاملون في الرعاية الطارئة

على مصادر مختلفة لمعرفة الوقت. قد تكون هذه المصادر ساعاتهم، أو ساعات الكمبيوتر، أو الساعات الرقمية، أو حتى الهواتف المحمولة. إذا لم يتم معايرة هذه المصادر، فقد يؤدي ذلك إلى اختلاف في أوقات القراءة والتسجيل. وهذا له أهمية خاصة في الرعاية الصحية وبالتأكيد في مناطق الرعاية الطارئة. يوجد بمستشفيات الصحة النفسية عملية تسجيل موحدة لخدمات الرعاية الطارئة. يتضمن السجل على الأقل ما يلي:

- (أ) وقت الوصول ووقت المغادرة.
- (ب) الاستنتاجات عند إنهاء العلاج.
- (ج) حالة المريض عند المغادرة.
- (د) وجهة المريض عند المغادرة.
- (هـ) تعليمات رعاية المتابعة.
- (و) أمر الخروج من قبل أعضاء الطاقم الطبي المعالج.

يجب على مستشفى الصحة النفسية الاحتفاظ بسجل الطوارئ في السجل الطبي للمريض وإرسال نسخة إلى لجنة حماية حقوق المرضى وفقًا للقوانين واللوائح.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض للتحقق من توحيد عملية التسجيل في حالات الطوارئ.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإجراء تدقيق على وقت تسجيل المريض في غرفة الطوارئ ومقارنة الأوقات من مصادر أخرى (مثل السجلات الطبية) للتحقق من الامتثال.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تتضمن السجلات الطبية لمرضى الطوارئ أوقات الوصول والمغادرة.
2. تتضمن السجلات الطبية لمرضى الطوارئ حالة المريض وقت الخروج أو النقل.
3. يتم توقيع أوامر المغادرة وتعليمات المتابعة من قبل الطبيب المعالج وتسجيلها في الوقت المناسب في السجلات الطبية للمرضى.
4. المعدات والأجهزة المستخدمة لتسجيل الوقت مثل الساعات وساعات الحائط والساعات الرقمية والمؤقتات متاحة وظيفيًا في جميع مناطق الرعاية الطارئة.
5. يتم توثيق سجل الطوارئ في السجل الطبي للمريض وفي سجل لجنة حماية حقوق المرضى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.20 الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، ICD.21 خدمات الطوارئ، PCC.02 ثقافة الرعاية المتمركزة حول المريض، ACT.11 نقل المريض وإحالاته، ACT.10 خروج المريض، EFS.10 خطة المعدات الطبية.

العلاج والبرامج السلوكية الخاصة

كما ورد في دستور منظمة الصحة العالمية، الذي يعرف الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"، فإن الصحة النفسية جانب هام من جوانب الصحة والرفاهية. وشأنها شأن جوانب الصحة الأخرى، يمكن أن تتأثر الصحة النفسية بمجموعة متنوعة من الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية. وعلى هذا النحو، يجب تنفيذ استراتيجيات شاملة لتعزيز الوقاية والعلاج والشفاء في جميع أنحاء النظام الصحي بأكمله.

يتحقق ذلك من خلال تطبيق تدابير محددة لهيئة بيئات أفضل للصحة النفسية، مثل تكثيف الجهود، وتطوير برامج فعالة لمكافحة العنف بين الزوجين، وإيذاء وإهمال الأطفال وكبار السن؛ وتمكين الرعاية التنشئة لتنمية الطفولة المبكرة؛ وتوفير دعم سبل العيش لأولئك الذين يعانون من حالات الصحة النفسية؛ وتقديم برامج تعليمية اجتماعية وعامة، وتعزيز الحقوق في مجال رعاية الصحة النفسية.

بالإضافة إلى ذلك، من خلال تعزيز إتاحة الخدمات وقبولها والقدرة على تحمل تكاليفها وقابليتها للتوسع، يمكن لتوافر خدمات الصحة النفسية وتكاملها داخل المجتمعات أن يشجع أيضًا على الالتزام بالعلاج ويزيد من احتمالية تحقيق نتائج إكلينيكية ناجحة.

يمكن للخدمات المجتمعية أيضًا أن تكون مفيدة للغاية في زيادة الوعي العام بقضايا الصحة النفسية، وتقليل الوصم والتحيز، وتعزيز التعافي والاندماج الاجتماعي، والوقاية من الأمراض العقلية. إن توفير رعاية صحية نفسية واجتماعية شاملة ومتكاملة هو تكليف من خطة عمل الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية للفترة ما بين 2013-2020. تدعو هذه الخطة أيضًا إلى إدراج برامج التعزيز والوقاية في المجتمعات التي تدمج وجهات نظر ومشاركة مستخدمي الخدمة.

محلًا، أطلقت وزارة الصحة والسكان المصرية منصة إلكترونية قومية لخدمات الصحة النفسية وعلاج الإدمان بهدف التوسع في تقديم خدمات الصحة النفسية وإتاحتها وسهولة الوصول إليها للمستخدمين. ويأتي ذلك نتيجة للانتشار السريع لمرض فيروس كورونا 2019 (كوفيد-19) الذي أجبر معظم البلدان على اتخاذ تدابير صارمة في مجال الصحة العامة. وقد أدى هذا فجأة إلى الحاجة إلى تكييف وتوسيع نطاق الرعاية الصحية عن بعد في جميع أنحاء البلاد. يغطي نطاق هذا الفصل العلاجات السلوكية، وبرامج الوقاية، وبرامج تعزيز الرفاهية في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي من هذا الفصل هو ضمان ما يلي:

1. إشراك الأسر ومقدمي الرعاية في رعاية المرضى المصابين بأمراض نفسية.
2. احترام حقوق المريض وكرامته ورفاهيته قبل وأثناء التقييد أو العزل.
3. تحديد المرضى المعرضين لخطر وشيك على أنفسهم أو الآخرين.
4. إنشاء برنامج وقاية فعال مثل برنامج الوقاية من الانتحار.
5. التعامل الصحيح مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد.

6. الانتقال الآمن إلى خدمات الصحة النفسية عن بعد وتحديد العوائق المحتملة أمام استخدامها.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) الدستور المصري
- (2) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (3) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (4) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010
- (5) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021
- (6) إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام 1990
- (7) قانون حماية الطفل المصري رقم 126 لسنة 2008
- (8) قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 10 لسنة 2018
- (9) قانون حماية المستهلك المصري رقم 181 لسنة 2018
- (10) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية رقم 238 لسنة 2003
- (11) ميثاق أخلاقيات مهنة التمريض المصري (إصدارات نقابة التمريض)
- (12) مدونة السلوك وأخلاقيات الخدمة المدنية، 2019
- (13) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 402 لسنة 2015 بشأن معايير تصميم المنشآت الصحية
- (14) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004
- (15) معايير ترخيص منشآت الصحة النفسية الصادرة عن المجلس القومي للصحة النفسية
- (16) قانون العقوبات المصري رقم 58 لسنة 1937
- (17) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 1948
- (18) معايير الرعاية للجمعية الأمريكية لطب الإدمان: للطبيب المتخصص في علاج الإدمان، 2014
- (19) المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات 2020/2017، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
- (20) الدليل الشامل للاعتماد في الرعاية الصحية السلوكية (CAMBHC) 2018

إشراك الأسر ومقدمي الرعاية في رعاية المرضى المصابين بأمراض نفسية

STP.01 يقوم مستشفى الصحة النفسية بتسهيل وتنسيق مشاركة الأسرة ومقدمي الرعاية طوال فترة تقديم الرعاية للمريض.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

إشراك الأسرة

الغرض:

هناك العديد من الفوائد قصيرة وطويلة الأجل لإشراك الأسر في رعاية المرضى المصابين بأمراض نفسية. يجب على مستشفى الصحة النفسية توضيح مزايا إشراك أسر المرضى المصابين بأمراض نفسية بنجاح، مثل تحسين إمكانية الوصول، وتحسين العلاقة، وارتباط ذلك بتقليل الوصم، وتحسين الالتزام بالأدوية وخطط العلاج. بشكل عام، تعد مسائل السرية، والضعف، والوصم، وضعف العلاقة من المشكلات التي يواجهها المرضى والأسر بشكل شائع أثناء إشراك الأسرة. يمكن لمستشفى الصحة النفسية إشراك الأسرة بطرق مختلفة، مثل توفير التثقيف النفسي، ودعم الاحتياجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية للأسرة، وإجراء تقييمات أسرية أو علاج أسري. يجب على المستشفى أن يشرح بوضوح دور الأسرة أو مقدم الرعاية في تحقيق أهداف الرعاية أو العلاج أو الخدمة والحصول على موافقة المريض.

هناك حالات قد تكون فيها مشاركة الأسرة غير مناسبة أو ممنوعة لأنها قد يكون لها تأثير ضار على المريض وتتعارض مع حق أو أكثر من حقوقه. في هذه الحالات، يجب على الطبيب الأكثر مسؤولية توثيق هذا القرار في السجل الطبي للمريض.

دليل عملية المراجعة :

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أفراد أسرة المرضى للتحقق من إشراكهم ومشاركتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمريض للتحقق من اكتمال موافقة إشراك الأسرة وتوثيق عملية إشراك الأسرة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لتسهيل وتنسيق إشراك الأسرة طوال عملية التقييم.
2. تشارك الأسرة في وضع خطة الرعاية بناءً على موافقة المريض (إذا كان بالغًا ويتمتع بالأهلية العقلية) أو وفقًا للقانون واللوائح (إذا كان قاصرًا).
3. يوثق مستشفى الصحة النفسية مشاركة الأسرة أثناء رعاية المريض في السجلات الطبية للمريض.
4. عندما لا تكون مشاركة الأسرة مفضلة بناءً على حالة المريض وقرار الطبيب الأكثر مسؤولية، يتم توثيق ذلك في السجلات الطبية للمريض.
5. العاملون على دراية بكيفية الاستجابة للأسرة/مقدمي الرعاية عندما لا يوافق المريض على إشراكهم.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، PCC.05 الموافقة على دخول المستشفى، ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، ICD.13 خطة الرعاية.

الاستخدام الآمن للتقييد والعزل

STP.02 NSR.12 يتم استخدام التقييد والعزل السلوكي بأمان وبشكل مناسب، وبطريقة تحترم حقوق المرضى، وفقاً لقانون ولوائح رعاية المرضى النفسيين.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التقييد والعزل السلوكي

الغرض:

يُعرّف الإكراه بأنه استخدام تدخل ضد إرادة الشخص. تحد التدابير القسرية من العديد من حقوق الإنسان الأساسية، مثل حرية الاختيار أو الحركة، والاستقلالية، والسلامة الجسدية، وبالتالي يجب أن تخضع للقوانين واللوائح الوطنية.

يجب استخدام التقييد والعزل فقط في حالات الطوارئ عند وجود خطر وشيك من أن يلحق المريض ضرراً جسدياً بنفسه أو بالآخرين، بما في ذلك العاملون. يجب النظر في البدائل المناسبة لتجنب الحاجة إلى التقييد. يجب استخدام هذه التدخلات بحذر وكخيار أخير. يُستخدم التقييد الجسدي أو الدوائي/الكيميائي فقط في حالات محدودة مع وجود مبرر إكلينيكي كافٍ ومناسب. وتتطلب جميع أنواع التقييد تقييماً جسدياً موثقاً بناءً على فحص الطبيب للمريض.

العزل هو الحجز غير الطوعي لشخص في غرفة أو منطقة يُمنع فيها الشخص جسدياً من المغادرة. يجب تصميم غرفة العزل وتجهيزها وفقاً لقوانين ولوائح رعاية المرضى النفسيين المعمول بها. يجب عدم استخدام التقييد والعزل أبداً كوسيلة للإكراه أو التأديب أو لراحة العاملين، أو كوسيلة للسيطرة على سلوك المريض دون وجود مبرر إكلينيكي للقيام بذلك.

يلزم وجود أمر طبي لتطبيق التقييد أو العزل، أو تغييره، أو استمراره، أو إيقافه. يجب أن يتوقف الأمر تلقائياً بعد 24 ساعة. إذا أراد الطبيب مواصلة التقييد، وفقاً لحالة المريض، فعليه إعادة إصدار الأمر. يجب على الطبيب/مقدم الخدمة تقييم المريض قبل وأثناء وبعد بدء التقييد أو العزل مباشرة. يجب توثيق الملاحظة المنتظمة والمراقبة وإعادة التقييم المتكررة أثناء وبعد التقييد في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض. يجب فحص المرضى كل ساعتين على الأقل. لا يُسمح بأوامر الأدوية (عند اللزوم - PRN) في حالة التقييد أو العزل لأنها قد تعرض المرضى النفسيين المقيمين لأدوية نفسية غير ضرورية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية الحفاظ على حقوق المريض وكرامته ورفاهيته واحترامها، قبل وأثناء التقييد أو العزل. يجب إبلاغ المريض والأسرة بالرعاية المقدمة ونوع وسبب استخدام التقييد.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للاستخدام المناسب والأمن للتقييد والعزل. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) تحديد طريقة ونوع التقييد والعزل المستخدم. يجب استخدام أقل الطرق الآمنة تقييداً بما يتناسب مع حالة المريض.
- ب) تحديد العاملين المسموح لهم بتنفيذ أمر الطبيب. مؤهلات وكفاءات العاملين المسموح لهم بذلك.
- ج) متطلبات توثيق أمر الطبيب في السجل الطبي للمريض. يجب أن يتوقف الأمر تلقائياً بعد 24 ساعة.
- د) يعتمد تجديد أمر التقييد على استمرار الحاجة ووفقاً للقوانين واللوائح، ويلزم وجود أمر طبي جديد.
- هـ) الملاحظة المنتظمة، والمراقبة، وإعادة التقييم المتكررة مع التوثيق الموقوت.
- و) الطرق المستخدمة لإبلاغ المريض والأسرة بالرعاية المقدمة ونوع وسبب استخدام التقييد.
- ز) عملية الإبلاغ إلى لجنة حماية حقوق المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بالتقييد والعزل، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المشاركين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المطبقة للتقييد والعزل.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى لتقييم متطلبات توثيق أوامر التقييد/العزل.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. جميع العاملين المشاركين في عملية التقييد والعزل على دراية بسياسة المستشفى.
3. الأفراد الأكفاء مسؤولون عن استخدام التقييد والعزل.
4. يتم توثيق أمر الطبيب في السجل الطبي للمريض قبل تطبيق التقييد أو العزل، أو تغييره، أو استمراره، أو إيقافه.
5. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لإبلاغ المريض والأسرة ومقدم الرعاية بالرعاية المقدمة ونوع وسبب استخدام التقييد.
6. يتم مراقبة المريض الخاضع للتقييد أو العزل وإعادة تقييمه مع التوثيق الموقوت وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.08 راحة المريض وكرامته، ICD.19 الرعاية الحرجة، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، ICD.09 ضحايا الإيذاء والإهمال، EFS.06 خطة إدارة السلامة، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض.

برنامج الكشف المبكر والوقاية للمرضى المعرضين لخطر إيذاء أنفسهم أو الآخرين

NSR.13 STP.03 يتم فحص وتقييم وإدارة خطر إيذاء المريض الوشيك لنفسه والآخرين بأمان.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأذى الوشيك للنفس أو للآخرين

الغرض:

إيذاء النفس هو سلوك موجه ذاتيًا وينتج عنه عمدًا إصابة أو احتمال إصابة الشخص لنفسه. يُشار إليه أيضًا بالعنف الموجه للذات، وهو يشمل كلاً من إيذاء النفس الانتحاري وغير الانتحاري. تعرّف مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها العنف الموجه للذات بأنه أي شيء يفعله الشخص عمدًا يمكن أن يسبب إصابة لنفسه، على سبيل المثال، الجرح، والانتحار، وضرب الرأس، والعض الذاتي، والخدش الذاتي.

يلعب الفحص والتقييم الأولي للمرضى المعرضين لخطر وشيك لإيذاء أنفسهم أو الآخرين دورًا حيويًا في تحديد شدة الحالة وفي تحديد أولويات التدخلات الإكلينيكية الأولية.

يجب أن تكون هذه الإجراءات موحدة ومكتملة وموثقة في إطار زمني محدد لتحقيق رعاية عالية الجودة تلبي احتياجات المريض. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات لفحص وتقييم والتعامل مع المريض المعرض لخطر وشيك لإيذاء نفسه أو الآخرين، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

(أ) الأدوات المستخدمة لفحص وتقييم المرضى المعرضين لخطر وشيك لإيذاء أنفسهم أو الآخرين.

(ب) يسترشد الإطار الزمني لإكمال التقييم بأدلة أفضل الممارسات والإرشادات، إن وجدت.

(ج) المنهجية المطبقة للسيطرة على الخطر وتحديد الحاجة إلى تدخلات فورية لحماية المريض أو الآخرين. وقد تشمل إحالة الفرد إلى منشأة أخرى.

(د) متطلبات توثيق فحص وتقييم وإدارة المريض المعرض لخطر وشيك لإيذاء نفسه أو الآخرين.

(هـ) تدريب العاملين على تقييم المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بفحص وتقييم وإدارة المريض المعرض لخطر وشيك لإيذاء نفسه أو الآخرين، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال توثيق عمليات الفحص والتقييم وعلاج المريض المعرض لخطر وشيك لإيذاء نفسه أو الآخرين.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات الكفاءة للعاملين المصرح لهم بتقديم التدريب على تقييم المخاطر.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لفحص وتقييم وإدارة المريض المعرض لخطر وشيك لإيذاء نفسه أو الآخرين، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (هـ).
2. العاملون المسؤولون مؤهلون وعلى دراية بكيفية تطبيق السياسة.

3. يتم توثيق التدخل الفوري الذي يتم إجراؤه على المرضى المعرضين لخطر فوري لإيذاء أنفسهم أو الآخرين في السجل الطبي للمريض.
4. يتم استكمال عمليات الفحص والتقييم وتوثيقها في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقًا لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، EFS.08 برنامج الوقاية من العنف، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، ICD.13 خطة الرعاية، ICD.09 ضحايا الإيذاء والإهمال، EFS.06 خطة إدارة السلامة.

STP.04 NSR.14 يتم تطوير وتنفيذ ومراقبة برنامج الوقاية من الانتحار.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج الوقاية من الانتحار

الغرض :

يعد تحديد المرضى المعرضين لخطر الانتحار خطوة مهمة لحماية هؤلاء المرضى. ويهدف ذلك إلى تحسين جودة وسلامة الرعاية المقدمة لأولئك الذين يتلقون العلاج من حالات نفسية وأولئك الذين يتم تحديدهم على أنهم معرضون لخطر الانتحار الشديد.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع برنامج للوقاية من الانتحار يتناول على الأقل العناصر التالية:
(أ) تقييم وإعادة تقييم خطر الانتحار للمرضى الذين أظهر الفحص أنهم معرضون لخطر الانتحار باستخدام أداة فحص صالحة.

(ب) الأدوات المستخدمة لتقييم الانتحار.

(ج) كفاءة العاملين المطلوبين لتقييم الانتحار.

(د) تلبية احتياجات السلامة الفورية وتحديد أنسب طرق العلاج.

(هـ) مراقبة المرضى المعرضين لخطر كبير للانتحار والذين هم تحت رعاية المستشفى.

(و) تحديد الخصائص البيئية التي قد تزيد من خطر الانتحار.

(ز) تقديم معلومات حول الوقاية من الانتحار للمريض وأسرته.

(ح) الطرق المطبقة لإعلام المرضى وأسرهم بالوقاية من الانتحار عند مغادرته للمستشفى.

(ط) متطلبات توثيق برنامج الوقاية من الانتحار.

(ي) مقاييس الأداء لمراقبة وتقييم وتحسين برنامج الوقاية من الانتحار.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مستشفى الصحة النفسية للوقاية من الانتحار، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تدابير السلامة البيئية المطبقة للحد من خطر الانتحار.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة معلومات الوقاية من الانتحار المقدمة للمريض والأسرة قبل خروجه.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج للوقاية من الانتحار، يتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ (إلى ي).
2. يتم تثقيف وتدريب العاملين المعنيين على برنامج الوقاية من الانتحار.
3. يتم توثيق احتياجات السلامة الفورية والتدخلات الأنسب للمرضى المعرضين لخطر الانتحار في الوقت المناسب.
4. عندما يغادر مريض لديه تاريخ من خطر الانتحار المستشفى (أو يخطط لذلك)، يتم تقديم معلومات الوقاية من الانتحار للمريض وأسرته.

المعايير ذات الصلة:

EFS.06 خطة إدارة السلامة، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، QPI.02 مقاييس الأداء، STP.08 تعزيز الصحة النفسية والرفاهية، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ICD.09 ضحايا الإيذاء والإهمال، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، ICD.13 خطة الرعاية.

فحص وتقييم ورعاية المريض الذي يعاني من اضطراب تعاطي المواد

STP.05 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية فعالة لفحص وتقييم والتعامل مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اضطرابات تعاطي المواد المخدرة

الغرض:

الغرض من فحص اضطراب تعاطي المواد المخدرة هو تحديد وجود تعاطي للمواد المخدرة وتحديد الحاجة إلى تقييم إكلينيكي إضافي لاضطراب تعاطي المواد المخدرة. يتم جمع المعلومات من مصادر متنوعة، بما في ذلك تاريخ المريض في استخدام الأدوية، والعلامات والأعراض، واختبارات الكشف عن المخدرات. يجب على مستشفى الصحة النفسية استخدام أدوات فحص موحدة ومقبولة وطنياً، مثل AUDIT، أو AUDIT-C، أو ASSIST، أو UNCOPE.

الهدف من التقييم الأولي لتعاطي المواد المخدرة هو تقييم استخدام المريض للمواد، ومستوى أداء المريض، والالتحاق المناسب ببرنامج علاج تعاطي المواد. يجب إجراء مقابلة إكلينيكية وجهاً لوجه مع كل مريض. يجب أن يكون الطبيب الأكثر مسؤولية قادراً على إكمال التقييم الأولي في وقت مبكر على النحو المحدد في سياسة المستشفى. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد خطة للعمل مع المرضى غير المتعاونين بما في ذلك أولئك الذين يعتقدون أنه ليس لديهم مشكلات تحتاج إلى معالجة.

يشمل التقييم المناسب بيانات من المقابلات الإكلينيكية، وتاريخ تعاطي المواد المخدرة، والفحص البدني، والإجراءات التشخيصية، لضمان أفضل النتائج الإكلينيكية. يمكن أن يؤثر استعداد الفرد للتغيير بشكل إيجابي على نتائج علاجه، ويؤدي إلى استمراره في العلاج. يجب تقييم احتمالية الانسحاب لدى المريض بشكل كامل من خلال النظر في تجارب الفرد الحالية والسابقة مع تعاطي المواد المخدرة، بما في ذلك مستويات التسمم وخطر أعراض الانسحاب الشديدة (مثل النوبات). يعد التقييم السليم لاحتمالية الانسحاب أمراً حيوياً للحفاظ على سلامة الأفراد وتقديم رعاية عالية الجودة. تستند رعاية وإدارة المرضى إلى نتائج التقييم، والاحتياجات المحددة، وتفضيلات المريض.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتقييم والتعامل مع المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد وفقاً لأدلة أفضل الممارسات وقوانين ولوائح رعاية المرضى النفسيين، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) يجب أن يشمل نطاق ومحتوى تقييم اضطراب تعاطي المواد على الأقل ما يلي:
 ١. تقييم جسدي.
 ٢. تقييم الحالة العقلية.
 ٣. تاريخ مفصل لتعاطي المواد في الماضي.
 ٤. مستويات التسمم وخطر أعراض الانسحاب الشديدة.
 ٥. أنواع العلاج السابق والاستجابات للعلاج، إن وجدت.
 ٦. تحديد الميسرات والعوائق أمام المشاركة في العلاج، مثل مستوى تحفز المريض وبيئة التعافي.
 ٧. التاريخ الطبي والنفسي وتعاطي المواد والسلوك الإدماني وتاريخ علاج الإدمان في الأسرة.
- ب) استخدام أدوات تقييم معتمدة وموحدة ومقبولة وطنياً.
- ج) الإطار الزمني لإكمال وتوثيق التقييم الأولي وإعادة التقييم.
- د) الحالات التي يعتبر فيها المستشفى التقييم الأولي غير صالح.
- هـ) يتم إجراء التقييمات من قبل متخصص رعاية صحية مؤهل.
- و) الحاجة إلى مشاركة الأسرة في رعاية المريض.
- ز) الوقاية من الانتكاس والمتابعة المستمرة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بتقييم والتعامل مع المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد المخدرة، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق واكتمال التقييم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين لتقييم مؤهلات متخصصي الرعاية الصحية المسؤولين عن تقييم المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لتقييم وإدارة المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. العاملون على دراية تامة بسياسة مستشفى الصحة النفسية.
3. يتم توثيق جميع التقييمات في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

ICD.04 فحص احتياجات الرعاية الصحية للمريض، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض، STP.01 إشراك الأسرة، STP.08 تعزيز الصحة النفسية والرفاهية، STP.07 برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه، STP.06 الفحوصات المعملية التكميلية، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ICD.13 خطة الرعاية.

STP.06 يقوم مستشفى الصحة النفسية بتوفير فحوصات معملية تكميلية للمرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد لتعزيز سلامة وجودة رعايتهم ونتائجها.

السلامة

الكلمات الرئيسية :

الفحوصات المعملية التكميلية

الغرض:

من المهم عند إجراء الفحوصات، مثل فحوصات الكشف عن المخدرات في البول، أن يتم التعامل مع جميع الأفراد باحترام وكرامة. لقد كان الوصم المحيط بعلاج اضطراب تعاطي المواد عائقاً أمام السعي للحصول على الرعاية. على الرغم من أن العديد من الفحوصات المعملية يمكنها الكشف عن تعاطي أو سوء استخدام المواد في البول والدم، إلا أن هذه الفحوصات تقيس الاستخدام الحديث للمواد بدلاً من الاستخدام المزمن أو الاعتماد. حتى الآن، لا يوجد فحص محدد لتشخيص اضطرابات تعاطي المواد. ومع ذلك، قد تكون الفحوصات المعملية مفيدة أثناء عملية التقييم لتأكيد التشخيص، ووضع خط أساس، ومراقبة التقدم. يجب على مستشفى الصحة النفسية استخدام فحص الكشف عن المخدرات كوسيلة مساعدة لمراقبة وتقييم تقدم المريض في العلاج.

يجب على الأطباء الإكلينكيين تحديد معدل اختبارات السموم المستمرة من خلال تقييم الحاجة للاختبار في مرحلة علاج المريض. يجب تحديد نظام اختبار المخدرات المستمر من خلال تحليل الظروف الفردية وأنماط تعاطي المخدرات في المجتمع. يجب على العاملين مناقشة نتائج اختبارات السموم مع المرضى، وتوثيق كل من نتائج اختبارات السموم والتدخلات العلاجية اللاحقة في سجل المريض. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد متى يكون اختبار الكشف عن المخدرات مناسباً بناءً على تشخيص الفرد، وتقدمه في العلاج، وتاريخ التعاطي، والحكم الإكلينيكي لمقدم الخدمة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مستشفى الصحة النفسية لطلب وتنفيذ الفحوصات المعملية التكميلية للمرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد المخدرة.

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة الفحوصات المعملية المتاحة المستخدمة للكشف عن المخدرات.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق نتائج فحص الكشف عن المخدرات والإجراءات المتخذة للتدخلات العلاجية اللاحقة.

أدلة التطبيق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لطلب وتنفيذ الفحوصات المخبرية التكميلية للمرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد المخدرة.
2. توجد قائمة بجميع الفحوصات المخبرية المتاحة التي تستخدم للكشف عن المخدرات في المستشفى، ويتم توثيق الإحالة في حالة عدم توفرها.
3. يتم توثيق نتائج فحص الكشف عن المخدرات واختبارات السموم في السجل الطبي للمريض.
4. تتم مناقشة التدخلات العلاجية اللاحقة مع المريض وتوثيقها في سجل المريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، STP.05 اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، DAS.09 تخطيط وإدارة خدمات المعمل، IPC.12 عملية الفحص الفيروسي.

برنامج فعال للوقاية من الإدمان.

STP.07 يضع مستشفى الصحة النفسية برنامجًا فعالًا للوقاية من الإدمان وعلاجه بأهداف محددة ونطاق للخدمات المقدمة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية :

برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه

الغرض:

يمكن تقليل خطر الإدمان. على الرغم من عدم وجود طريقة واحدة للوقاية من الإدمان، يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ برنامج للوقاية من الإدمان، ويجب أن يشمل البرنامج تثقيف الجمهور والأطراف المعنية، ومنهجية الدعم وإعادة التأهيل، والوعي العام بالعوامل التي تؤثر على سوء استخدام المواد، ومعاملة الأشخاص الذين يعانون من الاعتماد على المخدرات بكرامة واحترام. يمكن للوصم، أو المواقف السلبية، تجاه تعاطي المخدرات والإدمان أن يمنع أولئك الذين يحتاجون إلى المساعدة من طلبها. في كثير من الأحيان، يُنظر إلى الإدمان على أنه خيار وليس مرضًا كما هو في الواقع. لضمان العلاج الكامل الذي يحتاجه أولئك الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة والإدمان، يجب معالجة الوصم المحيط بالإدمان وتقليله. يجب مراجعة وتحديث برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه بشكل دوري، بما في ذلك آليات التغذية الراجعة المستمرة والمراقبة والتقييم.

يجب أن يشمل برنامج الوقاية من الإدمان على الأقل ما يلي:

- أ) بروتوكولات العلاج، والتدخلات العلاجية القائمة على الأدلة التي تتناسب مع احتياجات الأشخاص المتضررين.
- ب) أداة تقييم قائمة على الأدلة مثل مؤشر شدة الإدمان، تقيّم شدة مشكلات تعاطي المخدرات والمشكلات المرتبطة بها (الطبية، النفسية، الأسرية، إلخ). يمكن إجراؤها من قبل عضو فريق عمل مدرب.
- ج) فريق متعدد التخصصات وعاملون مسؤولون يجب عليهم دمج التدخلات المختلفة المصممة خصيصًا لكل مريض.
- د) تحديد الحالات التي تستدعي الإحالة والاستشارة مع وكالات ومقدمي خدمات آخرين.
- هـ) بالنسبة للمستشفيات التي تقوم بالإحالات، يحتفظ المستشفى بقائمة بالوكالات المجتمعية الخاصة والعامة التي تقدم أو ترتب لتقييم ورعاية الأفراد الذين ربما عانوا من تعاطي المواد المخدرة.
- و) يشمل التثقيف العام تثقيف جميع النساء في سن الإنجاب حول التأثير المحتمل على أطفالهن الرضع والحاجة إلى العلاج.
- ز) استراتيجيات الوقاية من الانتكاس والرعاية المستمرة لفترة معقولة بعد العلاج.
- ح) خطة علاج متابعة تتضمن استراتيجيات للمرضى للانتقال بنجاح إلى المستوى التالي من الرعاية.
- ط) خدمات دعم التعافي وفقًا لاحتياجات المرضى. تشمل الأمثلة مكالمات المتابعة الهاتفية والاجتماعات وجهاً لوجه.
- ي) يجب وجود أنظمة سجلات كافية لضمان المساءلة واستمرارية العلاج والرعاية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مستشفى الصحة النفسية للوقاية من الإدمان وعلاجه، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات مراقبة البرنامج لتقييم استمرارية الرعاية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين لضمان توفر سجلات التدريب.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج للوقاية من الإدمان وعلاجه، يتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (ي).
2. جميع العاملين المعنيين على دراية ومدربون جيدًا على قابلية تطبيق البرنامج ومكوناته.
3. تتم مراجعة وتحديث برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه بشكل دوري.
4. يشمل برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه آليات التغذية الراجعة المستمرة والمراقبة والتقييم.

المعايير ذات الصلة:

STP.05 اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، STP.08 تعزيز الصحة النفسية والرفاهية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، OGM.14 المبادرات المجتمعية.

تعزيز الصحة النفسية ورفاهية المجتمع

STP.08 يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج فعال لتعزيز الصحة النفسية والرفاهية في جميع أنحاء المجتمع.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تعزيز الصحة النفسية والرفاهية

الغرض:

يهدف تعزيز الصحة النفسية والرفاهية إلى زيادة الرفاهية الاجتماعية والعاطفية للأفراد وجودة حياتهم. يمكن لهذه المبادرات أن تستهدف مجموعات سكانية بأكملها، أو مجموعات من الأشخاص، أو أفراداً، ويمكن أن تحدث في أي بيئة. تنطبق هذه المبادرات على جميع الأشخاص، بمن فيهم أولئك الذين يعانون حالياً من مرض عقلي مشخص أو يتعافون منه. يجب على مستشفيات الصحة النفسية تسليط الضوء على أو استهداف المجالات المراد تعزيزها والأهداف المراد تحقيقها، ووضع وتنفيذ برنامج متعدد القطاعات لتعزيز الصحة النفسية بناءً على تقييم احتياجات المجتمع الحالية لتحقيق أقصى تأثير، ويجب ربط أنشطة تعزيز الصحة النفسية بشكل وثيق بخدمات الصحة النفسية، وإشراك مجموعة متنوعة من القطاعات الصحية وغير الصحية. يجب تصميم البرنامج لمساعدة الأفراد في التعامل مع ضغوط الحياة، وتأسيس أنماط حياة صحية والحفاظ عليها. يجب أن يتناول برنامج تعزيز الصحة النفسية الموضوعات الرئيسية ذات الصلة على سبيل المثال:

أ) خلق أنشطة عامة صحية:

١. تشمل الحد من الوصم والتمييز.
٢. تجنب انتهاكات حقوق الإنسان.
٣. زيادة المعرفة والفهم العام للصحة النفسية.
٤. كيفية الوصول إلى خدمات الصحة النفسية الموجودة في المجتمع من خلال حملات التوعية الإعلامية والمبادرات الأخرى.
٥. برنامج توعية حول كيفية حماية الأطفال والبالغين من الإيذاء.
٦. الكشف المبكر عن المرضى المعرضين لخطر الانتحار، واضطرابات تعاطي المواد، والأذى الوشيك للنفس أو للآخرين.
٧. فحص الاكتئاب.

ب) تهيئة بيئات داعمة:

١. برامج مكافحة التمر خاصة تجاه الفئات الضعيفة المحددة في جميع أنحاء المجتمع.
٢. تقوية وإشراك الأسر.
٣. التوجيه ودعم الأقران للأطفال والشباب.
٤. دعم الأشخاص المصابين بأمراض نفسية للعودة إلى العمل أو الموارد البشرية.
٥. برنامج مكافحة العنف الأسري، بما في ذلك الاهتمام بالعنف المرتبط بتعاطي الكحول والمواد.

ج) تشجيع تنمية المهارات الشخصية:

١. التدريب على المهارات الحياتية، والتثقيف بالصحة النفسية والمرض النفسي، ومهارات الأبوة والأمومة، والتدريب في مكان العمل.

- II. يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان توفر عاملين مدربين تدريباً جيداً لأداء أنشطة البرنامج، ويجب عليه جمع البيانات المتعلقة بالنشاط الذي يقدمه مثل التركيبة السكانية للسكان الذين يتم خدمتهم. ويجب عليه مراقبة وتقييم وتحديث أنشطة البرنامج بانتظام.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج تعزيز الصحة النفسية والرفاهية المجتمعية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الأدوات المطبقة التي تدعم أنشطة البرنامج مثل حملات التوعية الإعلامية، والبرامج المدرسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بأنشطة البرنامج

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج معتمد لتعزيز الصحة النفسية والرفاهية في جميع أنحاء المجتمع.
2. العاملون المعنيون على دراية بكيفية تنفيذ البرنامج.
3. يحدد مستشفى الصحة النفسية الموارد اللازمة التي يتم استخدامها لدعم تقديم خدمات الرفاهية المجتمعية والتعزيز.

المعايير ذات الصلة:

- STP.04 برنامج الوقاية من الانتحار، STP.07 برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه، OGM.14 المبادرات المجتمعية، APC.04 قيمة عملية الاعتماد.

خدمات صحة نفسية عن بعد بشكل آمن وفعال

STP.09 عندما تستدعي الحاجة، يتم تقديم خدمات الصحة النفسية عن بعد بطريقة آمنة ومؤمنة وفعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خدمات الصحة النفسية عن بعد

الغرض:

يضمن تقديم خدمات الصحة النفسية عن بعد استمرارية الرعاية المقدمة للمرضى بغض النظر عن موقعهم الحقيقي أو العقبات التي قد يواجهونها، ويسهل الوصول إلى الخدمات للأفراد الذين يتم خدمتهم. قد يتم تقديم خدمات الصحة النفسية عن بعد عبر نظام اتصالات صوتية ومرئية تفاعلي يسمح بالتواصل في الوقت الفعلي بين مقدم الرعاية الصحية في الموقع البعيد والمريض في موقعه الأصلي. ومن الفوائد الرئيسية الأخرى للانتقال إلى خدمات الصحة النفسية عن بعد أنها ستقلل من الاتصال المباشر بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وتقلل من خطر انتشار العدوى.

يمكن استخدام طرائق مختلفة للصحة النفسية عن بعد وفقاً للموارد المتاحة في المستشفى. وتعتبر وسيلة اتصال مفيدة لتقديم خدمات الصحة النفسية. على سبيل المثال؛ مؤتمرات الفيديو، والمنديات عبر الإنترنت، وتطبيقات الهواتف الذكية، والرسائل النصية، ورسائل البريد الإلكتروني.

يجب على مستشفى الصحة النفسية دعم الانتقال إلى الصحة النفسية عن بعد واستخدامها كطريقة قيمة لدعم الاحتياجات الجسدية والنفسية والاجتماعية لجميع المرضى بغض النظر عن موقعهم الجغرافي. هناك العديد من المخاوف بشأن الانتقال إلى خدمات الصحة النفسية عن بعد والعوائق المحتملة أمام استخدامها مثل المرض النفسي للمرضى، والضعف الإدراكي، والألفة المحدودة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع عملية محددة لمعالجة هذه المشكلات. يجب أن يتلقى المستخدمون تعليمات شفهية ومكتوبة لتوجيههم حول كيفية استخدام وتطبيق الطريقة. يجب تعزيز وتوسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة النفسية عن بعد من خلال حملة تثقيف عامة مركزة لتعزيز هذه الخدمات والبدء في تلبية هذه الحاجة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع برنامج واضح للصحة النفسية عن بعد وتقييم فاعلية الخدمات المقدمة، وجمع البيانات حول استخدامها واستخدامها في فرص التحسين. لا يوسع برنامج خدمات الطب عن بعد نطاق ممارسة مقدمي الرعاية الصحية أو يسمح بممارستهم في موقع المريض (خارج المستشفى).

يجب أن يتناول برنامج الصحة النفسية عن بعد على الأقل ما يلي:

- أ) تخصيص الموارد وتحديد مدى استعداد المستشفى لتقديم خدمات الصحة عن بعد.
- ب) تحديد كفاءة العاملين المطلوبة قبل تقديم خدمات الصحة عن بعد.
- ج) تحديد الحالات التي يُشار فيها إلى استخدام خدمات الصحة عن بعد أو تقييدها.
- د) الطريقة المستخدمة على سبيل المثال، مؤتمرات الفيديو أو التطبيقات المستندة إلى الويب، إلخ.
- هـ) التثقيف العام مع تحديد الفئة السكانية المستهدفة المختارة.
- و) تدابير الحفاظ على أمن وسرية الخدمات وتدابير إدارة المواقف عند انتهاكها.
- ز) كيفية الحفاظ على حق المريض في الانسحاب من الاستشارات عن بعد في أي وقت.
- ح) الحالات التي تتطلب موافقة مقدمي الرعاية الصحية لطلب معلومات الاتصال الخاصة بأحد أفراد الأسرة أو مقدم الرعاية الذي يمكن استدعاؤه للدعم في حالة الطوارئ.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية الانتقال إلى خدمة الصحة النفسية عن بعد عبر المستشفى.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الطرائق المستخدمة في تقديم خدمة الصحة النفسية عن بعد.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من سجلات تدريبهم على استخدام طرائق الصحة عن بعد المقدمة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج معتمد لخدمات الصحة النفسية عن بعد، يتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).

2. يتم تثقيف وتدريب جميع المستخدمين على كيفية تنفيذ البرنامج.
3. تُستخدم خدمات الصحة النفسية عن بعد لوصف وإعطاء الأدوية فقط عندما يكون مقدم الخدمة موجودًا جسديًا مع المريض.
4. في حالات الطوارئ، توجد عملية محددة لطلب معلومات الاتصال الخاصة بأحد أفراد الأسرة أو مقدم الرعاية الذي يمكن استدعاؤه للدعم.

المعايير ذات الصلة:

- PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، ACT.01 إتاحة الوصول، OGM.12 الإدارة الأخلاقية، OGM.04 نطاق الخدمات، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.02 خطة إدارة المعلومات.

الخدمات التشخيصية والمساعدة

الغرض من الفصل:

يلجأ المرضى إلى المساعدة الطبية لتحديد وعلاج المشكلات الصحية المختلفة. في بعض الأحيان، يكون مزيج من تاريخ المريض والفحص الإكلينيكي من قبل الطبيب كافياً لتحديد ما إذا كان العلاج الطبي ضرورياً، وما هو العلاج الذي يجب تقديمه. ومع ذلك، غالباً ما تكون الفحوصات المعملية أو إجراءات التصوير التشخيصي مطلوبة لتأكيد التشخيص المشتبه به إكلينيكيًا أو للحصول على معلومات أكثر دقة.

يغطي نطاق هذا الفصل الخدمات التشخيصية والمساعدة التالية:

- التصوير التشخيصي
 - التصوير الإشعاعي
 - الموجات فوق الصوتية
 - تخطيط أمواج الدماغ الكمي.
- الطب المعملية
 - جمع العينات
 - الكيمياء والمناعة
 - علم الأحياء الدقيقة
 - أمراض الدم
 - الاختبارات عند نقطة الرعاية

هناك ثلاث مراحل بشكل عام في عملية الفحص التشخيصي:

قبل إجراء الفحص: تشمل الوقت وجميع العمليات اللازمة لتحضير المريض للفحص التشخيصي حتى لحظة إجراء الفحص.

أثناء إجراء الفحص: تشمل الوقت وجميع عمليات الفحص التشخيصي.

بعد إجراء الفحص: تشمل المرحلة ما بعد التحليلية الوقت وجميع العمليات اللازمة للإبلاغ عن نتائج الفحص التشخيصي للشخص الذي يقدم الرعاية للمريض بعد ذلك.

يؤثر ارتكاب الأخطاء خلال كل مرحلة على الأهمية الإكلينيكية للتقرير التشخيصي، ويجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب النتائج المضللة أو التي تقدم معلومات خاطئة.

يجب على الخدمة التشخيصية تعريف الطبيب الإكلينيكي بقيمة المعلومات التي تم الحصول عليها من الفحص، بما في ذلك خصوصيتها التشخيصية. وهذا يتطلب تواصلًا مستمرًا بين العاملين الإكلينيكيين والخدمة التشخيصية. لا تكون التقارير التشخيصية ذات قيمة إلا عندما يمكن استخدام المعلومات لإدارة المريض. لذلك، من واجب الخدمة التشخيصية تقديم النتائج إلى الطبيب الإكلينيكي في الوقت المناسب حتى يمكن تفسير النتائج جنبًا إلى جنب مع النتائج الإكلينيكية للمريض.

سيركز مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على توصيل معلومات المريض لضمان خطط إدارة صحية وفعالة للمريض. تعد دقة وصحة النتائج المبلغة للأطباء الإكلينكيين أحد الأهداف الرئيسية للمراجعة جنبًا إلى جنب مع سلامة المرضى والعاملين والمنشأة نظرًا لوجود مخاطر تنظيمية كبيرة في هذه المجالات، سواء كانت بيولوجية أو كيميائية أو إشعاعية أو غيرها.

الهدف من الفصل:

لضمان أن المستشفى يقدم خدمات تشخيصية آمنة وفعالة، فإن الهدف الرئيسي لهذا الفصل هو:

1. ضمان خدمات تصوير طبي آمنة وفعالة.
2. ضمان خدمات معمل إكلينيكي وبياثولوجي آمنة وفعالة.
3. ضمان خدمات إحالة آمنة وفعالة عند الحاجة.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها)

- 1) قانون تنظيم معامل التشخيص الطبي رقم 367 لسنة 1954
- 2) قانون تنظيم مزاوله مهنة الأشعة الطبية رقم 59 لسنة 1960
- 3) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- 4) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- 5) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010
- 6) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021
- 7) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004
- 8) قانون تنظيم إدارة المخلفات رقم 202 لسنة 2020
- 9) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 722 لسنة 2022 بشأن تنظيم إدارة المخلفات
- 10) القانون الوطني للبيئة رقم 4 لسنة 1994 والمعدل بالقانون رقم 9 لسنة 2004
- 11) معايير ترخيص منشآت الصحة النفسية الصادرة عن المجلس القومي للصحة النفسية
- 12) دليل معامل الدرن، وزارة الصحة المصرية، 2015
- 13) البرنامج المصري السويسري للأشعة، وزارة الصحة
- 14) قوائم مراجعة علم الأمراض التشريحي وعلم الأحياء الدقيقة، برنامج اعتماد كلية علماء الأمراض الأمريكية (CAP)، 2014
- 15) المواصفة القياسية الدولية أيزو 15189، 2012
- 16) دليل السلامة البيولوجية للمعامل، منظمة الصحة العالمية، 2007
- 17) الممارسة التشخيصية الإكلينيكية الجيدة، منظمة الصحة العالمية، 2005
- 18) نظام إدارة الجودة للمعامل، منظمة الصحة العالمية، 2011
- 19) قائمة الاختبارات التشخيصية المخبرية الأساسية، منظمة الصحة العالمية، 2018

التصوير الطبي

التخطيط والإدارة الفعالة لخدمات التصوير الطبي

DAS.01 يتم تخطيط خدمات التصوير الطبي وتشغيلها وتقديمها بشكل موحد وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها والإرشادات/البروتوكولات الإكلينيكية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تخطيط وتوفير خدمات التصوير الطبي

الغرض:

يعد التصوير الطبي حجر الزاوية في أي مستشفى. فخدمة التصوير الطبي الفعالة وعالية الجودة والتي تدار بشكل جيد تزيد من رضا المرضى نتيجة لقدرتها على تحسين رعاية المرضى. موقع التصوير الطبي مهم لسهولة الوصول إليه من قبل مرضى الطوارئ، والمرضى المتقنين، والمرضى الداخليين، ويجب تحديد مناطق وظيفية مختلفة.

يتم إيلاء اهتمام خاص لتصميم وحدة التصوير الطبي مثل الدعم الهيكلي للمعدات، وتحديد مواضع المعدات والحركة الآمنة للمرضى، وتوفير حوامل دعم الكابلات، والقنوات أو المواسير التي قد تصنع من الأرضيات والجدران والأسقف، وتهوية المعدات، والمساحة المطلوبة والخبرات البشرية الخاصة المطلوبة.

يجب على المستشفى التخطيط وتصميم نظام لتقديم خدمات التصوير الطبي التي يتطلبها سكانه من المرضى، والخدمات الإكلينيكية المقدمة، واحتياجات ممارسي الرعاية الصحية.

يمكن لمستشفى الصحة النفسية تقديم بعض أو كل الخدمات في الموقع أو يمكنه الإحالة إلى/التعاقد مع متخصصي رعاية صحية آخرين لبعض أو كل الخدمات، وتوقعات الجودة، والمعايير المهنية.

عندما يتم تقديم خدمة تصوير طبي خارج منطقة خدمة الأشعة المخصصة، يجب أن تتبع نفس البروتوكولات والإرشادات وإجراءات السلامة المتبعة في منطقة خدمة الأشعة الرئيسية بالمستشفى.

يجب أن تقي خدمات التصوير الطبي بالقوانين واللوائح الوطنية والإرشادات المعمول بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة توفير خدمات التصوير الطبي، والتراخيص، والتصاريح.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خدمات التصوير الطبي المقدمة للتحقق من التوحيد والمعايير القياسية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الاتفاقيات التعاقدية والتقارير ذات الصلة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تلتزم خدمات التصوير الطبي المقدمة سواء في الموقع أو من خلال مصادر خارجية بالقوانين والإرشادات المعمول بها.

2. تتوفر جميع التراخيص والتصاريح والإرشادات ذات الصلة.
3. تلبي قائمة خدمات التصوير الطبي نطاق الخدمات الإكلينيكية لمستشفى الصحة النفسية.
4. يقدم مستشفى الصحة النفسية دليلاً على مراقبة جودة وسلامة خدمات التصوير الطبي التي يتم الاستعانة بها من مصادر خارجية.
5. يوجد دليل على التقييم السنوي لخدمات التصوير الطبي المقدمة في تقرير يناقشه قادة المستشفى ويقدم إلى الهيئة الحاكمة.

المعايير ذات الصلة:

DAS.02 متخصصو الرعاية الصحية لخدمات التصوير الطبي، DAS.03 المعايير الفنية للتصوير الطبي (معايير الممارسة)، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية.

DAS.02 يتم تقديم خدمات التصوير الطبي من قبل متخصصي رعاية صحية أكفاء ومرخصين، ويتم إسناد واجبات محددة لهم وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها والكفاءات التي سبق تقييمها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

متخصصي خدمات التصوير الطبي

الغرض:

يُعد متخصصو التصوير الطبي أعضاء حيويين في فريق متعدد التخصصات يشكل نواة لمتخصصي الرعاية الصحية المدربين تدريباً عالياً. كما يلعبون دوراً حاسماً في تقديم الخدمات الصحية مع ظهور طرائق جديدة وزيادة الحاجة إلى إجراءات التصوير الطبي في إطار القوانين واللوائح. يدمج متخصصو التصوير الطبي بين المعرفة العلمية والكفاءة الفنية ومهارات التفاعل مع المرضى لتقديم إجراءات آمنة ودقيقة مع إيلاء أقصى درجات الاعتبار لجميع جوانب رعاية المريض. يتمتع متخصصو التصوير الطبي بالحساسية لاحتياجات المريض من خلال مهارات التواصل الجيد، وتقييم المريض، ومراقبة المريض، ورعايته. كأعضاء في فريق الرعاية الصحية، يشارك متخصصو التصوير الطبي في عمليات تحسين الجودة ويقيمون أداءهم المهني باستمرار. عندما يتم تقديم خدمات التصوير الطبي في موقع المستشفى، تتم إدارتها من قبل متخصص رعاية صحية مؤهل من خلال التعليم والتدريب بما يتوافق مع القوانين واللوائح المعمول بها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد مسؤوليات مدير/قائد التصوير الطبي، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) الملاحظة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، بما في ذلك جميع ممارسات السلامة المعمول بها.
- ب) الملاحظة المباشرة لصيانة المعدات، وفحوصات وظائفها؛ ومراقبة تسجيل نتائج الفحوصات والإبلاغ عنها.
- ج) مراجعة سجلات الموارد البشرية لمتخصصي التصوير.

(د) التدريب على الطرائق والمعدات والدراسات الخاصة.

يمكن تقييم كفاءة عاملي خدمات التصوير الطبي سنوياً وفقاً للوظيفة المسندة إليهم.
يتم تحديد امتيازات أداء كل وظيفة من وظائف خدمة التصوير الطبي بناءً على دليل موثق للكفاءة (الخبرة - المؤهلات - الشهادات - المهارات) تتم مراجعته وتجديده حسب الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع عاملي خدمات التصوير الطبي للاستفسار عن طرق تقييم الكفاءة، ومعدلها، ومنح الامتيازات.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات عاملي خدمات التصوير الطبي للتحقق من عملية تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. مدير/قائد التصوير الطبي في مستشفى الصحة النفسية لديه مسؤوليات محددة تتناول جميع العناصر المذكورة من أ) إلى د) في الغرض.
2. يتم إجراء تقييم الكفاءة سنوياً وتسجيله في ملف عاملي التصوير الطبي.
3. تُمنح الامتيازات لأداء كل وظيفة من وظائف خدمة التصوير الطبي بناءً على الكفاءات التي تم تقييمها.
4. توجد آلية لمنح الامتيازات بشكل مؤقت في حالات الطوارئ.

المعايير ذات الصلة:

DAS.01 تخطيط وتوفير خدمات التصوير الطبي، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

DAS.03 يتم أداء دراسات وإجراءات التصوير الطبي بطريقة موحدة وفعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

المعايير الفنية للتصوير الطبي (معايير الممارسة)

الغرض:

تشمل خدمة التصوير الطبي تقنيات وطرق وعمليات مختلفة لتحليل الخدمات، وبالتالي تلعب دوراً مهماً في مبادرات تحسين الصحة العامة لجميع الفئات السكانية.
علاوة على ذلك، غالباً ما يتم استخدام خدمة التصوير الطبي في متابعة مرض تم تشخيصه و/أو علاجه بالفعل.
يوفر دليل الإجراءات أساساً لبرنامج ضمان الجودة لخدمة التصوير الطبي. والغرض منه هو ضمان الاتساق مع السعي لتحقيق الجودة.

يمكن استخدام دليل الإجراءات لتوثيق كيفية إجراء الدراسات، وتدريب العاملين الجدد، وتذكير العاملين بكيفية إجراء الدراسات التي يتم طلبها بشكل غير متكرر، واستكشاف المشكلات الفنية وإصلاحها، وقياس الأداء المقبول عند تقييم العاملين.

تضع خدمة التصوير الطبي إجراءات فنية لجميع أنواع الفحوصات. يجب كتابة الإجراءات الفنية للتصوير الطبي بلغة مفهومة بشكل شائع لدى العاملين وتكون متاحة في موقع مناسب. ويمكن أن تكون في شكل ورقي أو إلكتروني أو على الويب.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ إجراءات للتصوير الطبي لضمان سلامة الطرائق وسهولة استخدامها. لكل طريقة، يجب أن تتناول أدلة الإجراءات على الأقل ما يلي:

- أ) النطاق ونظرة عامة
- ب) وصف المعدات
- ج) إجراءات الصيانة
- د) ضبط الجودة
- هـ) إجراءات السلامة
- و) النتائج الحرجة

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من أدلة إجراءات التصوير الطبي والتحقق من توفرها.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بدليل الإجراءات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. لدى وحدة التصوير الطبي في مستشفى الصحة النفسية إجراء مكتوب لكل نوع من أنواع الفحوصات.
2. أدلة الإجراءات متاحة بسهولة وتتضمن جميع العناصر المطلوبة من أ) إلى و) المذكورة في الغرض.
3. العاملون في وحدة التصوير الطبي مدربون وعلى دراية بمحتويات أدلة الإجراءات.
4. تتم مراجعة دليل الإجراءات على فترات محددة مسبقاً من قبل عاملين معتمدين.

المعايير ذات الصلة:

- DAS.01 تخطيط وتوفير خدمات التصوير الطبي، DAS.02 متخصصو الرعاية الصحية لخدمات التصوير الطبي، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

عمليات تشغيل آمنة وفعالة للتصوير الطبي

DAS.04 عملية الفحص ما قبل التصوير الطبي فعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية الفحص ما قبل التصوير الطبي

الغرض:

تشمل عمليات ما قبل الفحص في مسار سير العمل للتصوير الطبي جميع الأنشطة بدءًا من وقت طلب خدمات التصوير الطبي وحتى وجود المريض في منطقة خدمة التصوير الطبي. يجب على خدمات التصوير الطبي تزويد الأطباء المُحيلين والمرضى بمعلومات تتعلق بخصائص تقنيات التصوير التشخيصي المختلفة حتى يتمكن الأطباء المُحيلون من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن المعلومات التشخيصية والقيمة النسبية لمجموعة الفحوصات المقدمة. كذلك، تعد المعلومات المتعلقة بمتطلبات تحضير المريض مهمة لضمان الفاعلية.

يجب على خدمة التصوير الطبي وضع وتنفيذ سياسة لما قبل الفحص يمكن أن تكون في شكل دليل خدمة التصوير الطبي وإبلاغها لجميع مستخدمي الخدمة. يجب أن تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) الاستيفاء الصحيح لنموذج الطلب ليشمل: بيانات تعريف المريض (اسم المريض بالكامل، ورقم السجل الطبي، وتاريخ الميلاد، والجنس، وبيانات الاتصال بالمريض)، واسم الطبيب طالب الفحص، والفحوصات المطلوبة، وتاريخ ووقت التصوير بالأشعة، والمعلومات الإكلينيكية، وعلامة خاصة لطلب الفحوصات العاجلة.

(ب) تحضيرات المريض بما في ذلك المخاطر المحددة.

(ج) وصف تقنيات التصوير الطبي.

(د) مراجعة الطلبات قبل الدراسة للتأكد من أن الفحص المطلوب مناسب لاحتياجات الطبيب المُحيل والمريض.

(هـ) الإجراءات الواجب اتخاذها عندما يكون الطلب غير مكتمل، أو غير مقروء، أو غير ذي صلة إكلينيكيًا، أو عندما لا يكون المريض مستعدًا.

(و) تسجيل الموافقات المستنيرة من المرضى والأطباء المُحيلين عند طلب فحص إضافي أو بديل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الفحص قبل للتصوير الطبي.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضًا يتلقى خدمة تصوير طبي.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة طلبات الخدمة، وتحضير المريض، ودليل الخدمة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بمتطلبات التحضير.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تنفيذ عملية الفحص قبل للتصوير الطبي.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه عملية الفحص قبل للتصوير الطبي، تتضمن العناصر من (أ) إلى (و) المذكورة في الغرض.
2. توفر خدمة التصوير الطبي للأطباء المُحيلين والمرضى معلومات تتعلق بخصائص تقنيات التصوير التشخيصي المختلفة، ويتم توزيع الدليل على جميع المستخدمين وإتاحته في جميع المناطق الفنية.
3. يقوم العاملون في خدمة التصوير الطبي بمراجعة طلبات المرضى والتحقق من هوية المريض.

4. يتأكد أحد العاملين في خدمة التصوير الطبي من التزام المريض بأي متطلبات تحضير (مثل الصيام) للإجراء الذي يتم إجراؤه.
5. تُتخذ الإجراءات اللازمة عندما يكون الطلب غير مكتمل، أو غير مقروء، أو غير ذي صلة إكلينيكيًا، أو عندما لا يكون المريض مستعدًا، وذلك لضمان سلامة المريض.
6. عند طلب فحص إضافي أو بديل، يقوم أحد العاملين في خدمة التصوير الطبي بإبلاغ المرضى والأطباء المُحيلين ويسجل ذلك في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

PCC.06 عملية تقييم المريض والأسرة ومقدم الرعاية، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، ACG.02 تعريف المريض، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية.

DAS.05 يتم وضع برنامج لضبط جودة التصوير الطبي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج ضبط جودة التصوير الطبي

الغرض:

تعد إدارة ضبط الجودة الروتينية لمعدات التصوير الطبي مسؤولية رئيسية لمختصي التصوير الطبي. يتم إجراء تدابير ضبط الجودة لمراقبة وضمان موثوقية نتائج الدراسات التي تخرجها خدمة التصوير الطبي. يمكن لضوابط الجودة تحديد مشكلات الأداء وتساعد خدمة التصوير الطبي على تحديد دقة الصور. تشمل إدارة ضبط الجودة الروتينية وضع بروتوكولات ضبط الجودة، وتنفيذ البرنامج، والإشراف على البرنامج، وتحمل مسؤولية تحديد الحاجة إلى إجراءات تصحيحية. تتم مراجعة بيانات ضبط الجودة على فترات منتظمة وتسجيلها. يتم تحليل القيم الشاذة أو الاتجاهات في أداء الفحص، التي قد تشير إلى مشكلات في نظام الفحص، ومتابعتها، واتخاذ الإجراءات الوقائية وتسجيلها قبل ظهور مشكلات كبيرة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراء لضبط الجودة، ويجب أن تتضمن على الأقل ما يلي:

- أ) يتم تنفيذ عناصر ضبط الجودة الداخلي وفقًا لتقييم المخاطر لكل دراسة/طريقة.
- ب) يتم تحديد وتيرة اختبارات ضبط الجودة من قبل مستشفى الصحة النفسية وفقًا للإرشادات وتعليمات الشركة المصنعة، أيهما أكثر صرامة.
- ج) طرق ضبط الجودة المستخدمة. يمكن التعامل معها واختبارها بنفس الطريقة ومن قبل نفس عضو فريق التصوير الطبي.
- د) يجب تحديد توقعات أداء ضبط الجودة والنتائج المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب.
- هـ) تتم الموافقة على برنامج ضبط الجودة من قبل الشخص المعين قبل التنفيذ.

(و) يقوم عضو الفريق المسؤول المعتمد بمراجعة بيانات ضبط الجودة على فترات منتظمة (شهريًا على الأقل).
(ز) يتم اتخاذ إجراءات علاجية لأوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير ضبط الجودة ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية وفقًا لذلك.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المناطق التي يتم فيها تقديم خدمات التصوير الطبي للتحقق من إجراءات وسجلات ضبط الجودة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع عاملي خدمة التصوير الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بأداء ضبط الجودة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تصف عملية ضبط الجودة لجميع فحوصات التصوير الطبي، وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. العاملون في خدمة التصوير الطبي المشاركون في ضبط الجودة أكفاء في أداء ضبط الجودة.
3. تتم جميع عمليات ضبط الجودة وفقًا لسياسة ضبط الجودة.
4. يتم تسجيل جميع عمليات ضبط الجودة.
5. يقوم عضو فريق عمل مسؤول ومعتمد بمراجعة عملية ضبط الجودة والتحقق من البيانات شهريًا على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

QPI.02 مقاييس الأداء، EFS.10 خطة المعدات الطبية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.02 خطة إدارة المعلومات.

DAS.06 فحص التصوير الطبي متسق وآمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بروتوكولات فحص التصوير الطبي

الغرض:

تضمن بروتوكولات خدمة التصوير الطبي أنه عندما يكون من المعروف أن أخصائي الأشعة الإشعاعي غير متاح لتقديم مدخلات إضافية مناسبة لطرائق أو فحوصات معينة، على النحو المفصل في البروتوكولات، فإن أعضاء فريق التصوير الطبي لا يشرعون في إجراء الفحص.

تطور خدمة التصوير الطبي بروتوكولات إشراف مهني موثقة لأداء فحوصات التصوير تحت الإشراف المهني لأخصائي الأشعة الإشعاعي. تتوفر بروتوكولات تصوير موثقة وتتضمن جميع المعلومات اللازمة لإجراء الفحص بشكل صحيح، مع مراعاة أي مواصفات للمؤهلات والخبرة والتخصص المطلوب لمتخصصي الرعاية الصحية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان عدم إجراء الفحوصات التي تتطلب تهدئة المريض ما لم يكن هناك عضو طاقم طبي مدرب بشكل مناسب متاحًا للحضور الشخصي الفوري للمريض، وتلبية متطلبات السلامة. تغطي هذه البروتوكولات العوامل الإشعاعية، وتحديد الوضعيات، وإعداد الأدوات المعقمة، والرعاية اللاحقة وفقًا للفحوصات والطرق ذات الصلة التي يتم إجراؤها في الخدمة. كما تتناول هذه البروتوكولات حالات الطوارئ الطبية.

يتم تحسين بروتوكولات التصوير للحصول على بيانات التصوير المطلوبة مع تقديم أقل جرعة إشعاع ممكنة وبأقل استخدام للتهدئة والتخدير.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة بروتوكولات فحص التصوير الطبي.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضًا يتلقى خدمة تصوير طبي ويراجعون عمليات تحديد الوضعيات، والعوامل الإشعاعية، وإعداد الأدوات المعقمة، أو الرعاية اللاحقة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع عاملي التصوير الطبي للتحقق من درايتهم ببروتوكولات الفحص.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بزيارة المناطق التي يتم فيها تقديم خدمات التصوير الطبي بما في ذلك قسم الأشعة أو الأقسام الأخرى التي يتم فيها تقديم خدمات التصوير الطبي المتنقلة لملاحظة معدات التصوير الطبي، والإعداد، والطرق.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. بروتوكولات التصوير الطبي موثقة وتتناول العوامل الإشعاعية، وتحديد الوضعيات، وإعداد الأدوات المعقمة، والرعاية اللاحقة وفقًا للفحوصات و/أو الطرائق ذات الصلة التي يتم إجراؤها في الخدمة.
2. عندما يتم تفويض مهام محددة لأعضاء فريق التصوير الطبي، تشير البروتوكولات إلى أي ظروف محددة يجب على متخصصي الرعاية الصحية بموجبها طلب توجيه إضافي من أخصائي الأشعة الإكلينيكي المشرف.
3. العاملون في قسم التصوير الطبي على دراية ببروتوكولات الفحص.
4. لا يتم إجراء الفحوصات التي تتطلب تهدئة المريض ما لم يكن هناك عضو طاقم طبي مدرب بشكل مناسب متاحًا للحضور الفوري للمريض، وتلبية متطلبات السلامة.
5. يتم تنفيذ عمليات تحديد العوامل الإشعاعية، وتحديد الوضعيات، وإعداد الأدوات المعقمة، والرعاية اللاحقة بناءً على بروتوكول معتمد.
6. يتم تحسين بروتوكولات التصوير للحصول على بيانات التصوير المطلوبة مع تقديم أقل جرعة إشعاع ممكنة وبأقل استخدام للتهدئة والتخدير.

المعايير ذات الصلة:

DAS.03 المعايير الفنية للتصوير الطبي (معايير الممارسة)، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

DAS.07 يتم إعداد تقارير لفحوصات التصوير الطبي في الإطار الزمني المعتمد.

دقة التوقيت

الكلمات الرئيسية:

تقارير التصوير الطبي

الغرض:

يعد إعداد تقارير الفحوصات التصوير الطبي في الإطار الزمني المخطط والمستهدف أمراً بالغ الأهمية لاتخاذ القرارات السليمة ووظيفة أساسية للخدمة، كلما حدثت حالات طارئة.

زمن الإنجاز (TAT) هو الفاصل الزمني من وقت بدء العملية إلى وقت اكتمال العملية.

تبدأ العملية عند تقديم الطلب. يقوم أحد عاملي خدمة التصوير الطبي بتحديد هوية المريض وإجراء الدراسة. المرحلة التالية هي تسجيل نتيجة الدراسة وكتابة تقرير لها، وأخيراً، يتم إرسال النتيجة مرة أخرى إلى عضو الطاقم الطبي المُحيل. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية الإبلاغ عن فحوصات التصوير الطبي، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

أ) الأطر الزمنية لإعداد التقارير لأنواع مختلفة من الصور لمتخصصي الرعاية الصحية والمرضى.

ب) التقارير الطارئة والروتينية.

ج) مسؤوليات خدمات التصوير الطبي في جميع أنحاء المستشفى.

د) يكون عضو طاقم طبي مؤهل ومرخص مسؤولاً عن التفسير والإبلاغ.

يُعد تقرير التصوير الطبي المكتوب أهم وسيلة اتصال بين أخصائي الأشعة وعضو الطاقم الطبي المُحيل. وهو جزء من السجل الطبي للمريض ويُفسر الفحص في السياق الإكلينيكي. يعد الهيكل المناسب والوضوح والتركيز الإكلينيكي للتقرير الإشعاعي أمراً ضرورياً لرعاية المرضى عالية الجودة، على أن يتناول على الأقل ما يلي:

أ. اسم مستشفى الصحة النفسية.

أ. تحديد هوية المريض في كل صفحة.

أ. نوع الفحص.

أ. نتائج الفحوصات.

أ. وقت إعداد التقرير.

أ. اسم وتوقيع عضو الطاقم الطبي الذي أعد التقرير.

دليل عملية المراجعة:

■ قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً يتلقى خدمة تصوير طبي ويراجعون طلبات

الخدمة، ووصول المريض إلى الخدمة، ووقت الدراسة، ووقت الإبلاغ.

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض لتقييم اكتمال تقارير خدمة التصوير الطبي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الممرضات، وعاملي خدمة التصوير الطبي، وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية للاستفسار عن خبرتهم بشأن وقت الإبلاغ في خدمة التصوير الطبي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. العاملون المشاركون في تفسير النتائج والإبلاغ عنها مؤهلون للقيام بذلك.
3. يتم الإبلاغ عن النتائج في الإطار الزمني المعتمد.
4. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع وجمع وتحليل وإبلاغ البيانات الخاصة بأوقات الإبلاغ لخدمات التصوير الطبي.
5. يتم تسجيل تقارير التصوير الطبي الكاملة التي تتضمن العناصر من الأول إلى السادس في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

QPI.09 استدامة التحسين، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمرضى، WFM.03 التوصيف الوظيفي، QPI.02 مقاييس الأداء.

دراسات تصوير طبي آمنة

NSR.15 DAS.08 يتم وضع وتنفيذ برنامج للسلامة من الإشعاع.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج السلامة من الإشعاع

الغرض:

يوفر برنامج السلامة من الإشعاع المعلومات والتدريب على النظرية، والمخاطر، والتأثيرات البيولوجية، والتدابير الوقائية، والمراقبة، والمعدات الإشعاعية؛ ويضع مستشفى الصحة النفسية سياسات يتم من خلالها استخدام المعدات الإشعاعية بأمان؛ ويضمن الامتثال للوائح؛ ويقدم المساعدة في الاستجابة لحالات الطوارئ. يجب أن تكون بيئة مستشفى الصحة النفسية، والعاملون، والمرضى، والأقارب، والموردون في مأمن من مخاطر الإشعاع، وبما أن خدمات التصوير الطبي يتم توفيرها في الموقع، فإن لدى مستشفى الصحة النفسية برنامجًا للسلامة من الإشعاع يجب أن يتناول جميع مكونات خدمات التصوير الطبي في مستشفى الصحة النفسية.

يراقب مستشفى الصحة النفسية صحة العاملين عن طريق إجراء تحليل صورة دم كاملة بشكل نصف سنوي منتظم وجمع تقارير مقياس الجرعات الحراري و/أو شارة الفيلم الخاصة بهم. عندما تتجاوز نتائج صورة الدم الكاملة الحدود المقبولة، يتم طلب المزيد من الفحوصات.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ برنامج لتوجيه عملية برنامج السلامة من الإشعاع لضمان أن تكون بيئة مستشفى الصحة النفسية، والعاملون، والمرضى، والأسر، والموردون في مأمن من مخاطر الإشعاع، على أن يتناول على الأقل ما يلي:

- (أ) الامتثال للقوانين واللوائح المعمول بها.
- (ب) تتم صيانة ومعايرة جميع معدات الإشعاع المؤين وغير المؤين.
- (ج) توفر أدوات المراقبة الذاتية للعاملين.
- (د) توفر معدات الوقاية الشخصية المناسبة.
- (هـ) احتياطات السلامة من الإشعاع للمرضى.
- (و) الصيانة الوقائية والمعايرة لمعدات الإشعاع.
- (ز) برنامج السلامة للتصوير بالرنين المغناطيسي (إن وجد) والذي يشمل الفحص قبل التعرض للمعادن، والغرسات المعدنية، والأجهزة، واستخدام الأجهزة المتوافقة مع التصوير بالرنين المغناطيسي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج السلامة من الإشعاع للتحقق من مستوى التعرض المعتمد وفقاً للقوانين واللوائح المحلية، وطرق الحماية، ومتطلبات السلامة لكل من العاملين والمرضى.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قياسات الإشعاع البيئي، ونتائج مقياس الجرعات الحراري و/أو شارات الأفلام الخاصة بالعاملين، ونتائج صورة الدم الكاملة، وفحص المآزر الرصاصية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تدابير السلامة من الإشعاع المطبقة.

أدلة التطبيق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج معتمد للسلامة من الإشعاع يتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ إلى ز).
2. العاملون المشاركون في التصوير الطبي على دراية ببرنامج السلامة من الإشعاع ويتلقون تعليمًا وتدريبًا مستمرًا على الإجراءات والمعدات الجديدة.
3. يرتدي العاملون المشاركون في التصوير الطبي معدات الوقاية الشخصية ومعدات المراقبة الشخصية.
4. تتوفر وتوثق تدابير السلامة من الإشعاع البيئي، ونتائج أجهزة المراقبة الشخصية للعاملين، ونتائج صورة الدم الكاملة المنتظمة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.10 خطة المعدات الطبية، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

التخطيط والعلاج المناسب لخدمات المعمل الإكلينيكي

DAS.09 يتم التخطيط لخدمات المعمل وتوفيرها وتشغيلها وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها والإرشادات المطبقة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التخطيط لخدمات المعمل وإدارتها

الغرض:

تعد خدمات المعمل المخطط لها أمراً بالغ الأهمية لضمان حصول المجتمعات على رعاية إكلينيكية جيدة. هناك حاجة ماسة لوضع خطط وعمليات معملية فعالة لتعزيز أنظمة الرعاية الإكلينيكية، كجزء لا يتجزأ من تعزيز أنظمة مستشفى الصحة النفسية بشكل عام.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تخطيط خدمات المعمل وتعديل هذه الخطة بانتظام مع تطور وتغير متطلبات الخدمات.

يضع مستشفى الصحة النفسية وينفذ نظاماً فنياً لتقديم خدمات المعمل التي يتطلبها سكانه من المرضى، والخدمات الإكلينيكية المقدمة، ورسالة مستشفى الصحة النفسية.

يلزم توفير نطاق خدمات المعمل للمرضى، وعاملي مستشفى الصحة النفسية، ومتخصصي الرعاية الصحية.

يجب أن تلبى المنطقة المخصصة للاحتياجات التالية:

أ) أن تكون منفصلة مادياً عن الأنشطة الأخرى في مستشفى الصحة النفسية.

ب) أن تكون وفقاً لمتطلبات الحوكمة.

ج) أن تستوعب جميع أنشطة المعمل.

دليل عملية المراجعة:

■ قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالتحقق من نطاق خدمات المعمل ومطابقته بالقوانين واللوائح ذات الصلة.

■ قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بزيارة منطقة المعمل للتأكد من أنها منفصلة ومن وجود منطقة مخصصة لجمع العينات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تقي خدمات المعمل بالإرشادات المعمول بها، ومعايير الممارسة، والقوانين، واللوائح.
2. تتوفر خدمات المعمل لتلبية الاحتياجات المتعلقة برسالة مستشفى الصحة النفسية والسكان المرضى.
3. يتم تحديد وتوثيق نطاق خدمات المعمل.
4. تتم مراجعة خطة الخدمات وتعديلها بشكل دوري مع تطور وتغير متطلبات الخدمات.
5. المنطقة المخصصة للمعمل متاحة ومنفصلة عن أي أنشطة أخرى وتشمل العناصر من أ) إلى ج).

6. وجود منطقة مخصصة لجمع العينات.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، ICD.03 إرشادات للممارسة الإكلينيكية، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.10 خطة المعدات الطبية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق.

DAS.10 يتم إسناد تشغيل خدمات وواجبات المعمل إلى متخصصي رعاية صحية أكفاء ومرخصين.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

العاملون في المعمل

الغرض:

يلعب العاملون الأكفاء في المعمل دورًا مؤثرًا في خلق بيئة عمل آمنة وصحية ومنتجة. يعد تقييم كفاءة العاملين عملية مستمرة للمديرين لتقييم أداء الموظف في العمل، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتقديم الملاحظات، وتحديد أهداف للأداء المستقبلي.

يضع المعمل سياسة وإجراءات تصف أداء وتوثيق تقييم كفاءة العاملين، على أن تشمل على الأقل ما يلي:

- أ) الملاحظة المباشرة لعمليات وإجراءات العمل الروتينية، بما في ذلك جميع ممارسات السلامة المعمول بها.
- ب) الملاحظة المباشرة لصيانة المعدات، وفحوصات وظائفها، ومراقبة تسجيل نتائج الفحوصات والإبلاغ عنها.
- ج) تقييم مهارات حل المشكلات.
- د) فحص العينات المقدمة خصيصًا، مثل العينات التي تم فحصها مسبقًا، أو مواد المقارنة داخل المعمل، أو العينات المقسمة.

يمكن تقييم كفاءة عملي المعمل سنويًا باستخدام أي مزيج من جميع الأساليب المذكورة أعلاه أو باتباع الإرشادات وفقًا للوظيفة المسندة.

يتم تحديد امتيازات أداء كل وظيفة من وظائف المعمل بناءً على دليل موثق للكفاءة (الخبرة - المؤهلات - الشهادات - المهارات) تتم مراجعته وتجديده حسب الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين في المعمل للاستفسار عن طرق تقييم الكفاءة، ومعدلها، ومنح الامتيازات.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين في المعمل للتحقق من عملية تقييم الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة من أ) إلى د) في الغرض.

2. يتم إجراء تقييم الكفاءة سنوياً وتسجيله في ملف العاملين في المعمل.
3. تُمنح الامتيازات لأداء كل وظيفة من وظائف المعمل بناءً على الكفاءات التي تم تقييمها.

المعايير ذات الصلة:

DAS.01 تخطيط وتوفير خدمات التصوير الطبي، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.02 خطة التوظيف، QPI.02 مقاييس الأداء.

عمليات تشغيلية فعالة في المعمل

DAS.11 تتسم عملية ما قبل الفحص للمعمل، واستلام العينات، وتتبعها، وتخزينها بالفاعلية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية ما قبل الفحص، واستلام العينات، وتتبعها، وتخزينها

الغرض:

- عمليات ما قبل الفحص هي مسار سير العمل للمعامل الإكلينيكية وتشمل جميع الأنشطة من وقت طلب الفحوصات المخبرية وحتى وقت معالجة العينات وتسليمها إلى موقع الاختبار المعمل.
- يجب على المعمل وضع سياسة لما قبل الفحص تتضمن جميع المعلومات اللازمة حول عملية ما قبل الفحص، واستلام العينات، وتتبعها، وتخزينها، بما في ذلك على الأقل ما يلي:
- أ) الاستيفاء الصحيح لنموذج الطلب ليشمل: بيانات تعريف المريض (اسم المريض بالكامل، رقم السجل الطبي، تاريخ الميلاد، الجنس، بيانات الاتصال بالمريض، والموقع)، واسم الطبيب طالب الفحص، والاختبارات المطلوبة، وتاريخ ووقت جمع العينة، وتحديد هوية الشخص الذي جمع العينة، والمعلومات الإكلينيكية، ونوع العينة (مصدر العينات)، وعلامة خاصة لطلب الفحوصات العاجلة.
 - ب) تحضيرات المريض تشمل تعليمات لمتطلبات النظام الغذائي (مثل الصيام والأنظمة الغذائية الخاصة).
 - ج) وصف نوع العينة وتقنيات الجمع.
 - د) وضع ملصقات تعريفية صحيحة على العينات.
 - هـ) إجراء خاص لجمع عينات اختبار الكشف عن المخدرات.
 - و) التعامل والنقل الصحيح للعينات.
 - ز) معايير التخلص الآمن من المواد المستخدمة في الجمع.
 - ح) زمن إنجاز الفحوصات.
 - ط) الحد الأدنى لفاصل إعادة الاختبار (يُعرّف بأنه الحد الأدنى للوقت قبل إعادة الاختبار، بناءً على خصائص الاختبار والحالة الإكلينيكية التي يُستخدم فيها).
 - ي) معايير قبول أو رفض العينات وفقاً لسياسة المستشفى.
 - ك) تقييم العينات المستلمة من قبل عضو الفريق المعتمد للتأكد من أنها تلي بمعايير القبول ذات الصلة للاختبار (الاختبارات) المطلوبة.

1. العينة المقبولة: عملية تسجيل العينة في دفتر قيد، أو ورقة عمل، أو جهاز كمبيوتر، أو أي نظام آخر مشابه،

- ويشمل التسجيل تاريخ ووقت استلام/تسجيل العينة وهوية الشخص الذي استلم العينة.
2. العينة غير المقبولة: يتم الاحتفاظ بسجلات الرفض، بما في ذلك سبب الرفض، والوقت والتاريخ، واسم الشخص الراض، واسم الشخص الذي تم إخطاره.
3. العينة دون المستوى الأمثل: يشمل التسجيل تاريخ ووقت استلام/تسجيل العينة وهوية الشخص، ومؤشرات قبول العينات دون المستوى الأمثل، والإجراءات المتخذة وفقاً لذلك.
- ل) إمكانية تتبع جميع أجزاء العينة الأولية إلى العينة الأولية الأصلية.
- م) عملية تسجيل جميع العينات المحالة إلى معامل أخرى للاختبار.
- ن) تعليمات لتخزين العينات بشكل صحيح في مرحلة ما قبل الفحص.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة ما قبل الفحص للمعمل.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً يتلقى خدمة معملية ويراجعون طلب الخدمة، وعملية تعريف المريض، وتحضير المريض، ودليل الخدمة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بمتطلبات التحضير.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات العينات المستلمة ومطابقة أسباب الرفض بالمعايير المعتمدة ومراجعة عملية تحديد هوية عينات المعمل وإمكانية تتبعها.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه عملية ما قبل الفحص واستلام العينات وتتبعها وتخزينها، تتضمن العناصر من أ) إلى ن) المذكورة في الغرض.
2. جميع العاملين على دراية بسياسة ما قبل الفحص واستلام العينات وتتبعها وتخزينها.
3. يتم تنفيذ متطلبات تحضير العينات وجمعها ووضع الملصقات التعريفية عليها وتخزينها.
4. يتم التعامل مع العينات ونقلها والتخلص منها بأمان.
5. يتم تسجيل جميع العينات المستلمة بما في ذلك العينات المقبولة أو المرفوضة أو المحالة وفقاً للسياسة.
6. وجود دليل على إمكانية تتبع جميع أجزاء العينة الأولية إلى العينة الأولية الأصلية.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، ACT.02 تعريف المريض، WFM.03 التوصيف الوظيفي، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، EFS.06 خطة إدارة السلامة، IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى.

DAS.12 يتم اختيار طرق الاختبار التحليلية التي تم التحقق منها/اعتمادها وتنفيذها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الطرق التي تم التحقق منها/اعتمادها

الغرض:

توفر التقنيات والاختبارات المعملية التحليلية البيانات المطلوبة لاتخاذ قرارات حاسمة أثناء الرعاية الإكلينيكية، أو دفع تحسين الاختبارات، أو تلبية متطلبات الامتثال التنظيمي.

تعد المعرفة العميقة بتقنيات المعامل التحليلية وكيفية تطبيقها على عينة معينة أمراً بالغ الأهمية لتعزيز فهم الاختبار أثناء التحليل.

غالباً ما تكون هذه التقنيات عبارة عن أجهزة تحليلية متخصصة للغاية لا يمكن تشغيلها إلا من قبل متخصصين أكفاء. لضمان نتائج اختبار دقيقة وذات صلة، يستخدم المعمل طرقاً تحليلية دقيقة وقابلة للتكرار للكشف أو التأكيد باستخدام التحليل النوعي و/أو الكمي. يمكن تأكيد ذلك عندما ترتبط المتطلبات المحددة لكل إجراء فحص بالاستخدام المقصود لذلك الفحص. يجب على مستشفيات الصحة النفسية إسناد عاملين أكفاء للقيام بالأنشطة المختلفة للطرق المختارة.

تخضع إجراءات الفحص التي تمت المصادقة عليها، والمستخدمه دون تعديل، للتحقق من قبل المعمل قبل استخدامها بشكل روتيني.

يجب على المعمل وضع سياسة للتحقق من إجراء الفحص باتباع إرشادات موثوقة. بمجرد تأكيد ادعاء الشركة المصنعة، يقوم المعمل بتوثيق الإجراءات المستخدمة للتحقق ويسجل النتائج التي تم الحصول عليها، ويتم التوقيع من قبل العاملين ذوي السلطة المناسبة.

يجب أن يشمل التحقق من خصائص أداء العملية على الأقل ما يلي:

(أ) قياس الصحة.

(ب) قياس الدقة.

(ج) قياس الخطية (حدود الكشف والتقدير الكمي).

يجب على المعمل اعتماد إجراءات الفحص عندما:

- i. استخدام طريقة غير قياسية.
- ii. استخدام الطريقة القياسية خارج نطاقها المقصود.
- iii. استخدام الطريقة التي تم اعتمادها مع تعديل.

يجب على المعمل اتباع طرق التحقق/الاعتماد المعتمدة من قبل إرشادات موثوقة ومحدثة. عند إجراء تغييرات على إجراء فحص تم التحقق منه/اعتماده، يجب إجراء عملية تحقق/اعتماد جديدة وتوثيقها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة التحقق من إجراءات الفحص والتحقق من المراجع المستخدمة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للاستفسار عن وعيهم بالسياسة، وكفاءتهم، ومعرفتهم بالاختبارات الجديدة أو المتغيرة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات التحقق/الاعتماد وإعادة الاعتماد.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمعمل سياسة معتمدة لتوجيه عملية التحقق من إجراءات الفحص.
2. يتبع المعمل طرق التحقق/المصادقة المعتمدة من قبل إرشادات موثوقة ومحدثة.
3. يُظهر الموظف المسؤول المعتمد الكفاءة والمعرفة العميقة بالاختبار الذي تم إدخاله أو تغييره.
4. سجلات نتائج التحقق و/أو الاعتماد تقي بمعايير القبول بناءً على إرشادات محددة مسبقاً.
5. يوجد دليل مسجل على إعادة التحقق/إعادة الاعتماد كلما لزم الأمر.

المعايير ذات الصلة:

DAS.13 تعليمات إجراءات الفحص المعمل، DAS.14 برامج ضبط الجودة للمعمل، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

DAS.13 يتم اتباع تعليمات أداء طرق وإجراءات الاختبار بشكل متسق وفعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تعليمات إجراءات الفحص المعمل

الغرض:

تشمل خدمة المعمل تقنيات وعمليات مختلفة لتحليل الخدمات، وبالتالي تلعب دوراً مهماً في مبادرات تحسين الصحة العامة لجميع الفئات السكانية.

علاوة على ذلك، غالباً ما يتم الاعتماد على خدمة المعمل في متابعة مرض تم تشخيصه و/أو علاجه بالفعل. يوفر دليل الإجراءات أساساً لبرنامج ضمان الجودة للمعمل.

يجب على المعمل توفير تعليمات موثقة بعناية - في شكل إجراءات - لجميع الأنشطة التي تدعم أداء الاختبارات التحليلية. توفر هذه التعليمات معلومات أساسية للموظفين الجدد وذوي الخبرة على حد سواء حول كيفية أداء جميع إجراءات الفحص.

الغرض منه هو ضمان الاتساق مع السعي لتحقيق الجودة.

يجب على المعمل وضع إجراءات فنية لجميع طرق الاختبار التحليلية.

يجب كتابة الإجراءات الفنية للمعمل بلغة مفهومة بشكل شائع لدى العاملين وتكون متاحة في موقع مناسب.

يمكن أن تكون في شكل ورقي أو إلكتروني أو قائم على الويب.

يتم اتباع الإجراءات الفنية للمعمل باستمرار ومراجعتها بانتظام. وتشمل على الأقل ما يلي:

(أ) مبدأ الاختبار وأهميته الإكلينيكية.

(ب) متطلبات تحضير المريض ونوع العينة وجمعها وتخزينها.

(ج) معايير قبول العينة ورفضها.

- د) الكواشف والمعدات المستخدمة.
- هـ) التحقق/اعتماد إجراءات الفحص.
- و) إجراء الاختبار، بما في ذلك حسابات الاختبار وتفسير النتائج.
- ز) إجراءات المعايرة والضبط والإجراءات التصحيحية التي يجب اتخاذها عندما لا تفي نتائج المعايرة أو الضبط بمعايير المعمل للقبول.
- ح) فترات مرجعية بيولوجية/قيم قرار إكلينيكية تم التحقق منها/اعتمادها.
- ط) نتائج الاختبارات الحرجة.
- ي) نطاق القياس التحليلي وتعليمات تحديد النتائج عندما لا تكون ضمن فترة القياس.
- ك) قيود المنهجيات بما في ذلك المواد المتداخلة.
- ل) المراجع.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة إجراءات المعمل.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضاً يخضع لخدمة معملية ويراجعون عمليات التحضير.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع عاملي المعمل للتحقق من درايتهم بالإجراءات التحليلية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المعايرة الطبية، واستخدام الكواشف، والنطاقات، والنتائج.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمعمل إجراء مكتوب لكل طريقة اختبار تحليلية.
2. الإجراءات الفنية للمعمل متاحة بسهولة عند الحاجة.
3. يتضمن كل إجراء جميع العناصر المطلوبة من أ) إلى ل) في الغرض.
4. العاملون مدربون وعلى دراية بمحتويات أدلة الإجراءات.
5. يتم اتباع الإجراءات باستمرار.
6. يقوم عضو فريق معتمد بمراجعة الإجراءات على فترات محددة مسبقاً.

المعايير ذات الصلة:

DAS.12 طرق الاختبار التي تم التحقق منها/اعتمادها، DAS.14 برامج ضبط الجودة للمعمل، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، WFM.03 التوصيف الوظيفي.

DAS.14 يتم وضع وتنفيذ برامج ضبط الجودة لجميع الاختبارات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برامج ضبط الجودة للمعمل

الغرض:

تشمل برامج ضبط الجودة ضبط الجودة الداخلي والخارجي أو بدائلهما .
يتم إجراء اختبار ضبط الجودة الداخلي داخل المعمل لمراقبة وضمان موثوقية نتائج الاختبارات التي ينتجها المعمل . تُستخدم مواد المراقبة لمراقبة نظام الاختبار والتحقق من الحصول على نتائج اختبارات عالية الجودة للمرضى .
عينة المراقبة هي عينة مستقرة ذات نطاق محدد مسبقاً من قيم النتائج تحاكي عينة المريض . تتم مراجعة بيانات ضبط الجودة على فترات منتظمة (شهرياً على الأقل) ويجب تسجيلها .
يتم تحليل القيم الشاذة أو الاتجاهات في أداء الفحص، والتي قد تشير إلى مشكلات في نظام الفحص، ومتابعتها، واتخاذ الإجراءات الوقائية وتسجيلها قبل ظهور مشكلات كبيرة .

يضع المعمل وينفذ إجراءً لضبط الجودة الداخلي يتضمن على الأقل ما يلي:
(أ) يتم تحديد معدل اختبار ضبط الجودة من قبل معمل المستشفى النفسي وفقاً لإرشادات وتعليمات الشركة المصنعة، أيهما أكثر صرامة .
(ب) يجب التعامل مع مواد ضبط الجودة المستخدمة واختبارها بنفس الطريقة ومن قبل نفس موظف المعمل الذي يقوم باختبار عينات المرضى .
(ج) يجب تحديد توقعات أداء ضبط الجودة والنطاقات المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج والاتجاهات غير المقبولة من أجل الاستجابة بشكل مناسب .
(د) قواعد القبول والرفض لنتائج ضبط الجودة الداخلي .
(هـ) تتم الموافقة على إجراء ضبط الجودة الداخلي من قبل الشخص المعين قبل التنفيذ .
(و) تتم مراجعة بيانات ضبط الجودة على فترات منتظمة (شهرياً على الأقل) من قبل عضو فريق عمل مسؤول ومعتمد .
(ز) يتم اتخاذ إجراءات علاجية لأوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير ضبط الجودة ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية وفقاً لذلك .

برنامج ضبط الجودة الخارجي هو نظام مصمم لتقييم جودة النتائج التي تحصل عليها المعامل بشكل موضوعي، عن طريق هيئة خارجية .

يجب على المعمل المشاركة في برنامج تقييم جودة خارجي يغطي العدد الكامل من التحاليل التي يقوم بها المعمل والمتاحة من المزود، بالإضافة إلى تعقيد عمليات الاختبار التي يستخدمها المعمل . يجب على المعمل الاشتراك في اختبار الكفاءة وفقاً لنطاق المعمل .

عند عدم توفر اختبار الكفاءة، يقوم المعمل بإجراء مقارنة بين المعامل أو بدائل اختبار الكفاءة وفقاً للإرشادات . يتم استخدام هذا النظام، ويتم تسجيل نتائجه نصف سنوياً على الأقل . تتوفر سجلات جميع عمليات ضبط الجودة الخارجي بما في ذلك الاختبار، والإبلاغ، والمراجعة، والاستنتاجات، والإجراءات، ويتم الاحتفاظ بها لمدة عام واحد على الأقل .

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة إجراءات وسجلات ضبط الجودة الداخلي والخارجي .
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين في المعمل للتحقق من درايتهم بأداء ضبط الجودة الداخلي والخارجي .

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمعمل إجراء معتمد يصف عملية ضبط الجودة الداخلي لجميع الفحوصات المعملية، ويتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. العاملون في المعمل المشاركون في ضبط الجودة الداخلي أكفاء، ويقوم عضو فريق عمل مسؤول ومعتمد بمراجعة بيانات ضبط الجودة شهريًا على الأقل.
3. تتم جميع عمليات ضبط الجودة الداخلي وتسجيلها وفقًا لإجراء ضبط الجودة الداخلي، ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند اللزوم.
4. يشترك المعمل في برنامج خارجي لاختبار الكفاءة يغطي العدد الكامل من التحاليل التي يقوم بها المعمل والمتاحة من المزود، بالإضافة إلى تعقيد عمليات الاختبار التي يستخدمها المعمل.
5. توجد سجلات لجميع عمليات ضبط الجودة الخارجي بما في ذلك الاختبار، والإبلاغ، والمراجعة، والاستنتاج، والإجراءات، ويتم الاحتفاظ بها لمدة عام واحد على الأقل.
6. وجود دليل على استخدام إجراءات بديلة لاختبار الكفاءة وفقًا للإرشادات عند عدم توفر اختبار الكفاءة.

المعايير ذات الصلة:

DAS.13 تعليمات إجراءات الفحص المعملية، DAS.12 طرق الاختبار التي تم التحقق منها/اعتمادها، WFM.03 التوصيف الوظيفي.

DAS.15 يتم وضع وتنفيذ عملية ما بعد الفحص للمعمل بفاعلية، لضمان دقة وتوقيت الإبلاغ عن نتائج الفحوصات المعملية التي تم التحقق منها وإصدارها.

دقة التوقيت

الكلمات الرئيسية:

عملية ما بعد الفحص، زمن إنجاز الفحوصات المعملية، الطلبات العاجلة

الغرض:

تشمل العمليات الرئيسية لما بعد الفحص في مسار عمل المعمل الأنشطة المتعلقة بالإبلاغ عن النتائج وأرشفة النتائج ومواد العينات.

الغرض العام من جميع أنشطة ما بعد الفحص هو ضمان تقديم نتائج الفحوصات بدقة وفي الوقت المناسب وبشكل واضح. زمن دوران العينة هو فترة زمنية مطلوبة لإكمال عملية معينة.

يقاس زمن الدوران بشكل شائع في التحاليل الإكلينيكية في المعمل، ولكن في الوقت الحاضر، يشمل أيضًا جميع المراحل من طلب العينات إلى الإبلاغ عن نتائج الاختبارات.

يُعرف اختبار STAT بأنه اختبار معلمي مطلوب بشكل عاجل لتشخيص أو علاج مريض عندما يمكن أن يكون أي تأخير مهددًا للحياة.

يجب على المعمل تحديد الاختبارات التي يمكن طلبها على أساس STAT والفواصل الزمنية بين جمع العينات واستلامها والإبلاغ عن النتائج.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لعملية ما بعد الفحص تتضمن على الأقل ما يلي:

- أ) استيفاء بيانات التقرير النهائي بما في ذلك على الأقل: هوية المعمل، وتعريف المريض، والاختبارات التي تم إجراؤها، والطبيب طالب الفحص، وتاريخ ووقت جمع العينة ومصدر العينة، وتاريخ ووقت الإبلاغ، ونتائج الاختبار والفواصل المرجعي، وتحديد هوية الشخص الذي قام بالتحقق (معتمد)، وتفسير النتائج، والتعليق المناسب أو الاستشاري أو التوضيحي عند الحاجة.
- ب) مراجعة النتائج والتحقق منها والإبلاغ عنها من قبل عضو فريق عمل معتمد.
- ج) يجب تحديد زمن الدوران لجميع الاختبارات المعملية من قبل المعمل.
- د) يجب على المعمل تحديد الاختبارات التي يمكن طلبها على أساس فوري (STAT).
- هـ) معايير تخزين العينات.
- و) وقت الاحتفاظ المحدد لنتائج المعمل.
- ز) وقت الاحتفاظ المحدد لعينات المرضى.
- ح) سرية نتائج الاختبارات الصادرة.
- ط) إصدار نتائج الاختبارات للمستلمين المعتمدين (الطالبون أو المسؤولون).

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بملاحظة ومراجعة أوقات تخزين العينات والاحتفاظ بها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض وتقييم وقت الإبلاغ عن نتائج المعمل واعتمادها.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للاستفسار عن خبرتهم بشأن وقت الاحتفاظ في المعمل.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه عملية ما بعد الفحص، تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ط).
2. يحدد المعمل عضو الفريق المعتمد الذي يراجع ويصدر نتائج المريض.
3. لدى المعمل قائمة لاختبارات STAT مع وقت إبلاغ مقبول لكل اختبار، ويكون محدداً.
4. يتم إخطار طالبي الفحص بالتأخيرات في زمن الدوران، ويتم التحقيق فيها واتخاذ الإجراءات المناسبة وفقاً لذلك.
5. يتم تنفيذ عملية الاحتفاظ بالتقرير النهائي للمعمل مع سهولة استرجاعه.
6. يتم تنفيذ إجراء تخزين العينات والاحتفاظ بها واسترجاعها.

المعايير ذات الصلة:

- ICD.16 النتائج الحرجة، DAS.12 طرق الاختبار التي تم التحقق منها/اعتمادها، WFM.03 التوصيف الوظيفي،
IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، ACG.02 تعريف المريض.

خدمات معمل آمنة

DAS.16 NSR.16 يتم تنفيذ برنامج شامل وموثق للسلامة في المعمل.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج السلامة في المعمل

الغرض:

يمكن أن تكون بيئة المعمل مكانًا خطيرًا للعمل. يتعرض عاملو المعمل للعديد من المخاطر المحتملة بما في ذلك المخاطر الكيميائية والبيولوجية والفيزيائية والإشعاعية، بالإضافة إلى إجهاد الجهاز العضلي الهيكلي. تخضع سلامة المعمل للعديد من اللوائح وأفضل الممارسات. على مر السنين، تم نشر العديد من الأدلة لجعل المعامل آمنة بشكل متزايد للعاملين.

يجب على إدارة المعمل تصميم برنامج سلامة يحافظ على بيئة آمنة لجميع عاملي المعمل والمرضى والأسر. يجب أن يكون لدى المعمل برنامج موثق يصف تدابير السلامة لمرافق المعمل وفقًا للمتطلبات الوطنية.

يجب تنفيذ هذا البرنامج وإبلاغه بشكل صحيح لجميع العاملين. يجب أن يشمل البرنامج على الأقل ما يلي:

(أ) تدابير السلامة لمختصّي الرعاية الصحية.

(ب) تدابير السلامة للعينات.

(ج) تدابير السلامة للبيئة والمعدات.

(د) التعامل مع الحوادث واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الحاجة.

(هـ) التخلص السليم من نفايات المعمل.

(و) متطلبات صحيفة بيانات سلامة المواد (MSDS).

(ز) التعامل مع الانسكابات الكيميائية/تنظيف الانسكابات.

(ح) تعليمات استخدام معدات الوقاية الشخصية.

(ط) عملية إدارة المخاطر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج السلامة في المعمل، والذي يجب أن يشمل على الأقل: قائمة بالمواد الكيميائية والمواد الخطرة، والتعامل مع الانسكابات، ومتطلبات السلامة، ومعدات الوقاية الشخصية المناسبة، وصيانة ومعايرة المعدات الطبية، وتوجيه العاملين، والتخلص السليم من النفايات.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة تقارير السلامة في المعمل، وسلامة معدات المعمل، وتخزين المواد الكيميائية، ووضع الملصقات التعريفية، وعملية التخلص من النفايات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد برنامج مكتوب وموثق يصف تدابير السلامة لخدمات ومرافق المعمل، ويتضمن العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (ط).
2. يتم تدريب العاملين في المعمل على برنامج سلامة المعمل.

3. يتم إجراء تقييم لمخاطر المعمل، وتصدر تقارير السلامة نصف سنوياً على الأقل إلى لجنة سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية.
4. تتوفر مجموعات التعامل مع الانسكابات، ودش السلامة، وغسل العين، وتعمل بشكل جيد، ويتم اختبارها.
5. يتم تطبيق احتياطات السلامة.
6. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع وجمع وتحليل وإبلاغ البيانات الخاصة ببرامج السلامة في المعمل، ويعمل على فرص التحسين المحددة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، EFS.05 سلامة المواد الخطرة، EFS.09 تقييم المخاطر قبل الإنشاء، QPI.02 مقاييس الأداء، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية.

اختبارات فعالة عند نقطة الرعاية

DAS.17 تتم مراقبة الاختبارات عند نقطة الرعاية لضمان تقديم نتائج دقيقة وموثوقة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اختبارات نقطة الرعاية

الغرض:

يُعرّف اختبار نقطة الرعاية (POCT) من قبل كلية أطباء الباثولوجيا الأمريكية بأنه "اختبارات مصممة للاستخدام في أو بالقرب من الموقع الذي يوجد فيه المريض، ولا تتطلب مساحة مخصصة دائمة، ويتم إجراؤها خارج المرافق المادية للمعامل الإكلينيكية".
يجب على المعمل تحديد عضو من فريق العمل مسؤول عن ضمان جودة هذه الأجهزة وأن الكواشف والمستلزمات المخبرية الأخرى متوفرة لها باستمرار.
يجب أن يكون لدى المعمل نهج محدد وواضح لاختبارات نقطة الرعاية لضمان إجرائها بأمان وبشكل صحيح وأن النتائج التي يتم إنشاؤها دقيقة وموثوقة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد جميع مواقع اختبارات نقطة الرعاية، والاختبارات التي يتم إجراؤها، وإعداد نموذج تدقيق، وإجراء تفتيش لتحديد ما إذا كانت هناك أي أوجه قصور موجودة حالياً، وتنفيذ إجراءات تصحيحية لأي أوجه قصور يتم تحديدها في التفتيش.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة دليل الإجراءات في كل منطقة من مناطق الاختبار عند نقطة الرعاية، ونتائج المرضى وعملية الإبلاغ، وضبط الجودة، والصيانة، وفحوصات الوظائف، وأدلة تدريب عملي الاختبار وسجلات الكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يقوم المعمل بتعيين عضو فريق عمل مختص ومسؤول للإشراف على خدمات الاختبار عند نقطة الرعاية.
2. العاملون المسؤولون عن إجراء الاختبارات عند نقطة الرعاية أكفاء للقيام بذلك.
3. توجد عملية محددة لأداء والإبلاغ عن الاختبارات عند نقطة الرعاية.
4. يتم تسجيل وتنفيذ إجراءات ضبط الجودة لاختبارات نقطة الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

DAS.11 عملية ما قبل الفحص، استلام العينات، تتبعها، وتخزينها، DAS.14 برامج ضبط الجودة للمعمل، DAS.15 عملية ما بعد الفحص، زمن إنجاز الفحوصات المعملية، والطلبات العاجلة، WFM.03 التوصيف الوظيفي.

إجراءات الصحة النفسية

الغرض من الفصل:

لقد كان العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT) علاجاً مهماً في الطب النفسي منذ ثلاثينيات القرن العشرين. العلاج بالصدمات الكهربائية هو علاج آمن وفعال يتضمن تمرير تيار كهربائي يتم التحكم فيه بعناية عبر دماغ الشخص لإحداث نوبة - وهي تفريغ سريع للنوبات العصبية في جميع أنحاء الدماغ. يعد العلاج بالصدمات الكهربائية أداة قيمة في علاج بعض الاضطرابات النفسية ويمكن أن يوفر تحسينات سريعة ومهمة في الأعراض الشديدة للعديد من حالات الصحة النفسية.

كل أسبوع، يتم علاج مئات المرضى بالعلاج بالصدمات الكهربائية. يمكن إجراء هذا الإجراء للمرضى الداخليين أو مرضى العيادات الخارجية. توضح الدراسات الحديثة أن العلاج بالصدمات الكهربائية الذي يتم تقديمه بنبضات قصيرة جداً يسبب فقداناً أقل للذاكرة وآثاراً جانبية معرفية أخرى مقارنة بالعلاج بالصدمات الكهربائية الذي يتم تقديمه بنبضات قياسية.

يعد استخدام التخدير والتهدئة الإجرائية عملية شائعة ومعقدة في مؤسسة الرعاية الصحية. ويتطلب تقييماً كاملاً وشاملاً للمريض، وتخطيطاً متكاملاً للرعاية، ومراقبة مستمرة للمريض، ونقلًا محددًا بالمعايير للرعاية المستمرة، وإعادة التأهيل، والنقل والخروج في نهاية المطاف.

يُنظر عادةً إلى التخدير والتهدئة الإجرائية على أنهما سلسلة متصلة من التهدئة الدنيا إلى التخدير الكامل. وبما أن استجابة المريض قد تتحرك على طول هذه السلسلة، يجب تنظيم استخدام التخدير والتهدئة الإجرائية بطريقة متكاملة. وبالتالي، يتناول هذا الفصل التخدير والتهدئة الإجرائية حيث تكون ردود الفعل الوقائية للمريض اللازمة للحفاظ على مجرى الهواء ووظيفة التنفس في خطر.

تتطبق هذه المعايير في أي مكان يتم فيه استخدام التخدير و/أو التهدئة الإجرائية وإجراءات أخرى تتطلب موافقة. وتشمل هذه الأماكن مرضى العيادات الخارجية والمرضى المقيمين.

يغطي نطاق هذا الفصل أي إجراء يتم إجراؤه في أي من الخدمات/الأماكن التالية:

- (1) غرف العلاج بالصدمات الكهربائية سواء للمرضى الداخليين بالمستشفى أو مرضى العيادات الخارجية.
- (2) المقابلة بمساعدة العقاقير في مستشفى الصحة النفسية للمرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية.
- (3) أي وحدة أخرى في المستشفى سواء مع أو بدون تخدير أو تهدئة، بما في ذلك التخدير الموضعي.

تُعرف التهدئة الإجرائية بأنها تقنية إعطاء المهدئات أو العوامل الانفسامية مع أو بدون مسكنات لإحداث حالة متغيرة من الوعي تسمح للمريض بتحمل الإجراءات أو العواطف أو الذكريات المؤلمة أو غير السارة مع الحفاظ على وظيفة القلب والجهاز التنفسي.

يجب على مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة جميع المناطق التي يتم فيها إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية، وإجراءات المقابلة بمساعدة العقاقير، والتخدير، أو التهدئة؛ لضمان سلامة المرضى، وكفاءة العاملين، والاستخدام الفعال لهذه المناطق.

الهدف من الفصل:

1. لضمان أن المنشآت توفر/تحافظ على خدمات إجرائية وتخدير وتهدئة آمنة، وفعالة، وفي الوقت المناسب، ومتمركزة حول المريض.
2. لوصف العمليات قبل وأثناء وبعد الإجراءات التداخلية.
3. لتحديد مسؤوليات إدارة التخدير، والعمليات المطلوبة قبل وأثناء وبعد التخدير.
4. لوصف رعاية التهدئة بما في ذلك الرعاية قبل وأثناء وبعد التهدئة.
5. لوضع القواعد والحد الأدنى من متطلبات الجودة لإدارة التهدئة السريعة، والمقابلة بمساعدة العقاقير.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) الدستور المصري
- (2) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (3) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
- (4) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010
- (5) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021
- (6) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004
- (7) معايير ترخيص منشآت الصحة النفسية الصادرة عن المجلس القومي للصحة النفسية
- (8) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 1063 لسنة 2014 بشأن إدارة الحالات الطارئة
- (9) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 236 لسنة 2004 بشأن متطلبات خدمة التخدير
- (10) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 153 لسنة 2004 بشأن الحد الأدنى لمتطلبات خدمات التخدير
- (11) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية رقم 238 لسنة 2003 (إصدارات نقابة الأطباء)
- (12) ميثاق أخلاقيات مهنة التمريض المصري (إصدارات نقابة التمريض)
- (13) البروتوكول الموحد لأقسام الطوارئ، قطاع الرعاية العلاجية والعاجلة بوزارة الصحة والسكان المصرية
- (14) قائمة منظمة الصحة العالمية لسلامة الجراحة
- (15) بروتوكول مركز العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT) داخل الرعاية الصحية، 2019.
- (16) إرشادات إدارة العلاج بالصدمات الكهربائية. ولاية كوينزلاند (صحة كوينزلاند)، سبتمبر 2018.
- (17) معايير خدمة اعتماد العلاج بالصدمات الكهربائية (ECTAS) لإدارة العلاج بالصدمات الكهربائية. الطبعة الرابعة عشرة المنقحة: يناير 2019.

خدمات التخدير والتهدئة

MHP.01 تتوفر خدمات التخدير والتهدئة ويتم تقديمها وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها والإرشادات/البروتوكولات الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقديم خدمات التخدير والتهدئة

الغرض:

يعد توفير التخدير والتهدئة عملية معقدة وخدمة معرضة للمشكلات؛ وتضع القوانين واللوائح والإرشادات أطراً حاكمة للتحكم في هذه الخدمات.

تتطلب التهدئة والتخدير تقييماً كاملاً للمريض، ومراقبة مستمرة للمريض، ومعايير استشفاء محددة. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد خدمات التهدئة والتخدير المطلوب تقديمها وفقاً لسكانه من المرضى، والخدمات الإكلينيكية المقدمة، واحتياجات ممارسي الرعاية الصحية.

تعد إدارة حالات الطوارئ والمضاعفات الخاصة بالتخدير الجزء الأكثر أهمية في تقديم رعاية التخدير. وتضمن البروتوكولات المكتوبة للتعامل مع المضاعفات التعامل الاحترافي مع هذه الحالات في حالة حدوثها. ولتوحيد تقديم خدمات التخدير، يتم وضع بروتوكولات إكلينيكية لتقنيات التخدير المعتمدة بناءً على الإرشادات المعتمدة. لتوفير التخدير والتهدئة الآمنين، يجب توفر الحد الأدنى من التجهيزات، والتي تشمل المعدات والأدوية والمستلزمات الطبية والغازات الطبية. يتم تقديم خدمات التخدير والتهدئة بناءً على معايير الممارسة المهنية المعمول بها لتقديم رعاية التخدير والتهدئة وتقي جميع القوانين واللوائح الوطنية المعمول بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الإرشادات والبروتوكولات الإكلينيكية للتخدير.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالتقنيات الموحدة للتخدير.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية هيكل المكان، والمعدات المتاحة، والأدوية، والمستلزمات الطبية ويتبع ذلك ملاحظة العملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يلبي توفير خدمة التهدئة والتخدير إرشادات الممارسة المهنية المعمول بها، والقوانين واللوائح الوطنية.
2. تتوفر خدمات التهدئة والتخدير لتلبية احتياجات المرضى.
3. خدمات التخدير موحدة ويتم تنفيذها بشكل موحد في جميع أنحاء المستشفى.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية بروتوكول معتمد لإدارة أي طوارئ أو مضاعفات محتملة للتخدير.

المعايير ذات الصلة:

ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، MHP.02 طبيب تخدير مؤهل، MHP.03 تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، MHP.07 التهذئة الإجرائية.

MHP.02 يتم تقديم خدمات التخدير والتهذئة تحت إشراف طبيب تخدير مؤهل.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

طبيب تخدير مؤهل

الغرض:

يتطلب التقديم الآمن لخدمات التخدير والتهذئة تعيين فرد مؤهل وذو خبرة (طبيب تخدير) لأداء الخدمات المقدمة والإشراف عليها. يحدد التوصيف الوظيفي مسؤولياته التي تشمل على الأقل ما يلي:

- أ) تحديد الموارد المطلوبة بما في ذلك العاملون، والمعدات، والأدوية، والمستلزمات الطبية.
- ب) وضع جميع السياسات والإجراءات، والإرشادات والبروتوكولات المعمول بها.
- ج) الإشراف على جميع الأنشطة المتعلقة بخدمات التخدير والتهذئة.
- د) تقييم نتائج خدمات التخدير والتهذئة.
- هـ) إجراء تقييم مستمر لأداء عاملي التخدير.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد المؤهلات والتدريب والخبرة الفنية والعملية المطلوبة لطبيب التخدير، على أن تكون جميعها متوافقة مع القوانين واللوائح المعمول بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الملف الوظيفي لرئيس قسم التخدير والتهذئة للتحقق من توفر جميع المتطلبات في وصفه الوظيفي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع رئيس قسم التخدير للتحقق من درايته بالمسؤوليات المسندة إليه.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتوفر توصيف وظيفي واضح ومحدد لرئيس قسم التخدير والتهذئة في الملف الوظيفي للقائد، والذي يتضمن العناصر من أ) إلى هـ) المذكورة في الغرض.
2. تتم إدارة خدمات التهذئة والتخدير من قبل أفراد مؤهلين في جميع أنحاء المستشفى.
3. الفرد المؤهل (طبيب التخدير) على دراية تامة ومدرّك لمسؤولياته المذكورة في التوصيف الوظيفي.

المعايير ذات الصلة:

MHP.01 توفير خدمات التخدير والتهذئة، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات.

MHP.03 يقوم طبيب تخدير مؤهل بإجراء تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز .

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم ما قبل التخدير، تقييم ما قبل التحفيز

الغرض:

عادة ما تبدأ خدمات التخدير بتقييم ما قبل التخدير ويقوم به طبيب تخدير مؤهل. ويحدد تقييم ما قبل التخدير حالة المريض، وتقييم مخاطر تلقي التخدير، والتدخلات/الرعاية المطلوبة قبل وأثناء وبعد تلقي التخدير. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لتقييمات ما قبل التخدير وما قبل التحفيز تحدد بوضوح متى وكيف يتم إجراء تلك التقييمات.

يجب إكمال تقييم ما قبل التخدير قبل الإجراء التداخلي أو قبله بفترة وجيزة. يختلف تقييم ما قبل التحفيز عن تقييم ما قبل التخدير، حيث إنه يحدد الاستقرار الفسيولوجي واستعداد المريض للتخدير ويحدث مباشرة قبل تحفيز التخدير. في حالة الطوارئ، يتم إجراء تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز على الفور، وفي وقت واحد، ولكن يتم توثيقهما بشكل مستقل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية لتقييم ما قبل التخدير.
- قد يلاحظ ويتتبع مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضًا تلقى التخدير لتقييم عملية تقييم ما قبل التخدير.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتقييمات ما قبل التخدير وما قبل التحفيز تحدد متى وكيف يتم إجراء تلك التقييمات.
2. يتم إجراء تقييم ما قبل التخدير لكل مريض لتقييم درجة المخاطر لتلقي التخدير.
3. يتم تسجيل تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز بشكل منفصل في السجل الطبي للمريض.
4. يتم إجراء تقييم ما قبل التحفيز لكل مريض مباشرة قبل تحفيز التخدير.
5. يتم تثقيف العاملين ذوي الصلة وهم على دراية تامة بكيفية تطبيق السياسة.

المعايير ذات الصلة:

MHP.01 توفير خدمات التخدير والتهذئة، MHP.02 طبيب تخدير مؤهل، MHP.04 خطة التخدير، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض.

MHP.04 يضمن مستشفى الصحة النفسية تنفيذ خطة تخدير لكل مريض يتلقى التخدير.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة التخدير

الغرض:

- يجب تخطيط رعاية التخدير وتوثيقها في السجل الطبي. تتضمن الخطة على الأقل ما يلي:
- أ) المعلومات من تقييمات المريض الكاملة وتحديد التخدير المناسب للاستخدام.
 - ب) طريقة الإعطاء.
 - ج) الأدوية والسوائل الأخرى المطلوبة.
 - د) إجراءات المراقبة.
 - هـ) النتائج المتوقعة بعد التخدير.
 - و) عامل التخدير، وتقنية التخدير.
 - ز) يجب توثيق توقيع والاسم الكامل لفريق التخدير المشارك في السجل الطبي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمريض للتحقق من اكتمال توثيق خطة رعاية التخدير.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع العاملين المعنيين للتحقق من درايتهم بخطة رعاية التخدير.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تنفيذ خطة رعاية التخدير لكل مريض وتوثيقها في السجل الطبي للمريض.
2. تتضمن خطة رعاية التخدير جميع العناصر من أ) إلى ز) المذكورة في الغرض.
3. يتم تحديد طبيب التخدير ومساعد التخدير وجميع الفرق المشاركة في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، MHP.02 طبيب تخدير مؤهل، MHP.03 تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، ICD.13 خطة الرعاية.

MHP.05 يقوم طبيب تخدير مؤهل بإجراء مراقبة مستمرة للحالة الفسيولوجية للمريض أثناء التخدير والعلاج بالصدمات الكهربائية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

المراقبة المستمرة أثناء التخدير والعلاج بالصدمات الكهربائية

الغرض:

يرتبط إعطاء التخدير لإجراء عمليات تداخلية والعلاج بالصدمات الكهربائية بتغيرات في الحالة الفسيولوجية للمريض يمكن أن تكون سريعة جدًا. وبناءً على ذلك، يلزم مراقبة الحالة الفسيولوجية للمريض باستمرار بدءًا من قبل تلقي التخدير لتحديد خط الأساس لحالة المريض، والذي يستخدم في تحديد معايير خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير. تسمح المراقبة المستمرة لطبيب التخدير بالتدخل في الوقت المحدد لأي تغييرات في حالة المريض. ويتم تحديد نوع ومعدل مراقبة التخدير وفقًا لما يلي على الأقل:

(أ) حالة المريض وعمره

(ب) تقييم ما قبل التخدير

(ج) خطة التخدير

(د) نوع التخدير

(هـ) نوع ومدة الإجراء التداخلي الذي يتم إجراؤه

(و) إرشادات الممارسة الإكلينيكية المعتمدة المعمول بها

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مريضًا أثناء تلقيه خدمة التخدير لتقييم عملية مراقبة المريض والعاملين المشاركين في هذه العملية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينات من السجلات الطبية للمريض للتحقق من توثيق مراقبة التخدير.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تحديد معدل ونوع المراقبة أثناء التخدير والإجراء التداخلي وفقًا للبند (أ) إلى البند (و) من الغرض.
2. تتوافق مراقبة الحالة الفسيولوجية للمريض مع إرشادات الممارسة الإكلينيكية بالمستشفى.
3. يتم توثيق نتائج المراقبة في السجل الطبي للمريض.
4. يقوم طبيب تخدير مؤهل بإجراء مراقبة التخدير.

المعايير ذات الصلة:

- MHP.01 توفير خدمات التخدير والتهديئة، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، MHP.02 طبيب تخدير مؤهل،
MHP.03 تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز، MHP.04 خطة التخدير.

MHP.06 تتم رعاية ومراقبة وخروج ما بعد التخدير من قبل فرد مختص.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

رعاية ما بعد التخدير

الغرض:

تشمل رعاية ما بعد التخدير مراقبة الحالة الفسيولوجية للمريض مما يسمح لطبيب التخدير بتحديد معايير خروج المريض من وحدة رعاية ما بعد التخدير. يجب تسجيل إعطاء أي أدوية مطلوبة في السجل الطبي للمريض.

يُطلب من مستشفى الصحة النفسية تسجيل أي أحداث خاصة أو غير عادية حدثت داخل وحدة رعاية ما بعد التخدير مع الإدارة المقدمة، ووقت استقبال المريض، ووقت النقل من وحدة ما بعد التخدير. إذا تم نقل المريض مباشرة من غرفة العمليات إلى الوحدة المستقبلية، فإن المراقبة والتوثيق هما نفس ما هو مطلوب في غرفة الإفاقة العادية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة رعاية ومراقبة ما بعد التخدير تصف عملية رعاية ما بعد التخدير، وتحدد المسؤولية، وتصف متطلبات التوثيق.

يصرح بخروج المريض من قبل طبيب تخدير مؤهل بالكامل أو فرد آخر مكلف من قبل طبيب التخدير المسؤول عن إدارة خدمات التخدير. ويكون طبيب التخدير قابلاً للاتصال به على الفور حتى يستعيد جميع المرضى وعيهم الكامل ويستقرون من الناحية الفسيولوجية. يقوم فرد مؤهل بتسجيل ما يلي على الأقل:

- أ) الحالة الفسيولوجية للمريض وعلاماته الحيوية.
- ب) وقت استقبال المريض.
- ج) نوع التخدير المستخدم.
- د) الأدوية المعطاة مع الجرعة والطريق ووقت الإعطاء.
- هـ) وقوع أي حدث غير عادي.
- و) حالة المريض قبل المغادرة وفقاً لمعايير محددة.
- ز) وجهة المريض.
- ح) وقت النقل/الخروج من وحدة رعاية ما بعد التخدير.
- ط) توقيع الطبيب الذي يأمر بخروج المريض أو التصرف بشأنه.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة رعاية ومراقبة ما بعد التخدير.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية رعاية ومراقبة ما بعد التخدير.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للمريض للتحقق من توثيق خطة رعاية ما بعد التخدير.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المعنيين للتحقق من درايتهم بالسياسة والعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لرعاية ومراقبة ما بعد التخدير تصف بوضوح عملية رعاية ما بعد التخدير، وتحدد المسؤولية، وتصف متطلبات التوثيق.
2. يتم توثيق خطة رعاية ما بعد التخدير في السجل الطبي للمريض بما في ذلك العناصر من أ) إلى ط) المذكورة في الغرض.

3. يتم توثيق وقت وصول المريض إلى منطقة الإفاقة وخروجه منها في السجل الطبي للمريض.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية واضحة للمراقبة عندما يتم نقل المريض مباشرة من غرفة الإجراءات إلى وحدة الاستقبال.

المعايير ذات الصلة:

MHP.01 توفير خدمات التخدير والتهدئة، MHP.02 طبيب تخدير مؤهل، ACT.09 نقل المرضى، MHP.03 تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز.

خدمات تهدئة أمنة وموحدة

MHP.07 يتم توحيد إعطاء التهدئة الإجرائية في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية، وتسترشد عملية مراقبة والتعامل مع المضاعفات بالإرشادات القائمة على الأدلة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التهدئة الإجرائية

الغرض:

تعرف الكلية الأمريكية لأطباء الطوارئ التهدئة الإجرائية بأنها "تقنية لإعطاء المهدئات أو العوامل الانشاقية (dissociative agents) مع أو بدون مسكنات لإحداث حالة تسمح للمريض بتحمل الإجراءات غير المريحة مع الحفاظ على وظيفة القلب والجهاز التنفسي".

في مستشفى الصحة النفسية، زاد عدد الإجراءات غير التداخلية والتداخلية المحدودة التي يتم إجراؤها بشكل كبير على مدى العقود العديدة الماضية. وبالتالي، قد تكون هناك حاجة إلى التهدئة للعديد من هذه الإجراءات التداخلية. لضمان توحيد خدمات التهدئة، يجب أن تستند تقنيات التهدئة إلى الإرشادات المعتمدة وأن يتم توفيرها وفقاً لنطاق خدمة مستشفى الصحة النفسية ونوع الإجراءات التداخلية المقدمة.

يجب على المستشفى تحديد الأفراد الذين لديهم امتيازات لأداء التهدئة وتزويدهم بالتدريب الكافي الذي يتضمن على الأقل العناصر التالية:

- أ) الاستخدام السليم وإعطاء تقنيات وأساليب التهدئة.
- ب) إدارة المضاعفات التي يمكن أن تحدث عن طريق توفير التهدئة والعملية المتبعة في حالة حدوث أي منها.
- ج) متطلبات المراقبة.
- د) دعم الحياة المتقدم (المناسب لعمر المريض).
- هـ) استخدام المعدات والمستلزمات الطبية الطارئة.

يُطلب من مستشفى الصحة النفسية إجراء تقييم ما قبل التهدئة لجميع المرضى قبل النقل أو إجراء العمليات. يجب إجراء تقييم ما قبل التهدئة للمريض ويجب أن يشمل على الأقل ما يلي:

- I. تحديد أي مشاكل في مجرى الهواء.
 - II. تقييم المرضى المعرضين للخطر.
 - III. تخطيط نوع التهدة ومستوى التهدة الذي سيحتاجه المريض بناءً على الإجراء الذي يتم إجراؤه.
 - IV. تتضمن نتيجة التقييم درجة مخاطر تلقي التهدة وخطة التهدة.
- يستمر المرضى في الحاجة إلى المراقبة حتى يصلوا إلى ما يقرب من مستوى وعيهم الأساسي والمعايير الديناميكية الدموية.
- يقرر الطبيب المسؤول نقل/خروج المريض من منطقة التهدة الإجرائية وفقاً للمعايير التي يحددها مستشفى الصحة النفسية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الإرشادات/البروتوكولات التي توجه تقديم التهدة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من التدريب المطلوب للعاملين لتقديم خدمات التهدة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال تقييم ما قبل التهدة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم توحيد إعطاء التهدة الإجرائية في جميع أنحاء المستشفى ويقوم بها فرد مؤهل مدرب على الأقل على العناصر من (أ) إلى (هـ) المذكورة في الغرض.
2. يتم إجراء تقييم ما قبل التهدة وتوثيقه من قبل فرد مؤهل ويتضمن على الأقل العناصر من (أ) إلى (IV) المذكورة في الغرض.
3. يتم الاحتفاظ بنسخة من سجلات التهدة في السجل الطبي للمريض.
4. توجد معايير محددة للخروج من منطقة التهدة الإجرائية.
5. يتم الخروج من منطقة التهدة الإجرائية من قبل الطبيب المسؤول.

المعايير ذات الصلة:

MHP.02 طبيب تخدير مؤهل، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، ICD.20 الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض.

MHP.08 يتم توفير وإعطاء التهدة السريعة في مستشفيات الصحة النفسية بأمان، مع الاسترشاد بالممارسات والإرشادات القائمة على الأدلة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التهدة السريعة

الغرض:

تقلل التهدة السريعة (RT) من القلق وتحدث شعورًا بالهدوء دون نعاس أو تهدة. وهي تدخل يستخدم للسيطرة على الهياج أو العدوانية لدى المرضى المصابين باضطرابات نفسية، مما يسمح بإجراء التقييم النفسي مع الحفاظ على التواصل مع المرضى الذين يعانون من هياج حركي نفسي. يجب استخدامها عندما تقبل جميع الأساليب النفسية والسلوكية المناسبة الأخرى في تهدة السلوك المزعج. يعد إعطاء التهدة السريعة عملية معقدة وخدمة معرضة للمشكلات حيث من المعروف أن التهدة السريعة قد تؤدي إلى تهدة عميقة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان أن تكون التهدة السريعة أخلاقية، وفعالة إكلينيكيًا، ومتناسبة مع احتياجات المريض. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لإعطاء التهدة السريعة ومراقبتها والتعامل معها. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- (أ) سبب إعطاء التهدة السريعة.
- (ب) تقييم المريض المطلوب قبل إعطاء التهدة السريعة.
- (ج) تحديد أي مضاعفات فعلية أو محتملة قد تحدث وتحديد التدابير لتجنب حدوثها. تشمل المضاعفات فقدان الوعي، وانسداد مجرى الهواء، وتوقف التنفس، وانخفاض ضغط الدم أو الانهيار القلبي الوعائي، والنوبات، والآثار الجانبية خارج الهرمية (EPSEs).
- (د) المراقبة الفسيولوجية المستمرة.
- (هـ) امتيازات العاملين والتدريب المطلوب المناسب لعمر المريض.
- (و) عملية نقل أو خروج المريض بعد تلقي التهدة.
- (ز) استخدام المعدات والمستلزمات الطبية الطارئة.
- (ح) متطلبات التوثيق.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه إعطاء ومراقبة التهدة السريعة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق إعطاء ومراقبة التهدة السريعة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من سجلات التدريب ومؤهلات العاملين المسؤولين عن التهدة السريعة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه الإعطاء الآمن للتهدة السريعة، ومراقبتها، والتعامل معها، وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (ح).
2. العاملون على دراية ومدربون على كيفية تطبيق سياسة المستشفى.

3. يتم توحيد إعطاء التهذئة السريعة في جميع أنحاء المستشفى ويتم تقديمها من قبل فرد مؤهل (أفراد مؤهلين).

4. يتم توثيق إعطاء التهذئة السريعة، ومراقبتها، وإدارة مضاعفاتها في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، OGM.12 الإدارة الأخلاقية، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، MMS.10 تحضير الدواء وإعطائه، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشيكية، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية، EFS.10 خطة المعدات الطبية.

MHP.09 يضمن مستشفى الصحة النفسية تقديم خدمة المقابلة بمساعدة العقاقير بشكل آمن ورحيم.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

المقابلة بمساعدة العقاقير

الغرض:

تتضمن المقابلة بمساعدة العقاقير أو التنفيس الانفعالي إجراء مقابلة مع الأفراد تحت تأثير دواء، مثل البنزوديازيبينات أو الباربيتورات. لقد تم استخدام المقابلات بمساعدة العقاقير في كل من الأدوار التشخيصية والعلاجية.

على الرغم من أن المقابلات بمساعدة العقاقير لا تُستخدم على نطاق واسع، إلا أنها مفيدة لمرضى محددين لا يستجيبون للعلاجات التقليدية مثل العلاج النفسي الداعم أو العلاج النفسي الدوائي، أو عندما يكون المريض غير قادر على تذكر معلومات شخصية مهمة وتتطلب الحالة حلاً سريعاً لفقدان الذاكرة الانتقائي لأسباب وتداعيات قانونية.

يتم اختيار الدواء المستخدم في المقابلة بمساعدة العقاقير وفقاً لمعايير معينة تشمل على الأقل ما يلي:

أ. أقل آثار جانبية ممكنة

ب. مناسب لعمر المريض

ج. حالة المريض الطبية الحالية

د. توفر الدواء المضاد

يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لوصف تقديم المقابلة بمساعدة العقاقير، على أن تتضمن على الأقل ما يلي:

أ) عملية الحصول على موافقة كتابية مبنية على المعرفة قبل الإجراء، تحتوي على بيان الإفصاح عن المعلومات.

ب) تقييم المريض المطلوب قبل المقابلة بمساعدة العقاقير.

- ج) تحديد من سيحضر المقابلة بمساعدة العقاقير (ما لم يذكر المريض خلاف ذلك في الموافقة الكتابية).
- د) امتيازات العاملين والتدريب المطلوب المناسب لعمر المريض.
- هـ) استخدام ونوع التهيئة اللازمة للتقنية.
- و) توفر العامل (العوامل) العاكسة المحددة.
- ز) توفر المعدات والمستلزمات الطبية الطارئة.
- ح) تدابير الحفاظ على سرية وخصوصية المريض.
- ط) المراقبة المطلوبة أثناء وبعد المقابلة بمساعدة العقاقير.
- ي) تثقيف المريض وتعليمات المتابعة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه تقديم المقابلات بمساعدة العقاقير، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق الموافقة الكتابية للمقابلة بمساعدة العقاقير والدواء المختار، وقد يراجعون تثقيف المريض وتعليمات المتابعة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تصف عملية المقابلات بمساعدة العقاقير، بما في ذلك العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ي).
2. العاملون المعنيون على دراية بالسياسة.
3. يتم توثيق الموافقة الكتابية للمقابلة بمساعدة العقاقير في السجل الطبي للمريض.
4. يتم اختيار الأدوية للاستخدام بناءً على العناصر المذكورة في الغرض من الأول إلى الرابع.
5. يتم توثيق تثقيف المريض وتعليمات المتابعة في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

- PCC.07 الموافقة المبينة على المعرفة، ICD.05 التقييمات الطبية للمرضى، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، EFS.10 خطة المعدات الطبية، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشيكية، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات.

الإجراءات التداخلية والعلاج بالصدمات الكهربائية بصورة آمنة لفعالة

- MHP.10 يضمن مستشفى الصحة النفسية تقديم العلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراءات تداخلية بصورة فعالة، وأمنة، ومناسبة لاحتياجات المريض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

العلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراءات تداخلية

الغرض:

يُطلب من مستشفى الصحة النفسية ضمان التقديم الآمن للإجراءات التداخلية من خلال توفير الموارد المطلوبة كما تقتضي القوانين واللوائح الوطنية. يجب أن تحتوي الوحدات المصممة للإجراءات التداخلية على مساحات مناسبة، وتهوية، وبنية تحتية تشمل المعدات المناسبة، والمستلزمات الطبية، والأدوية. يُفضل أن تتكون وحدة العلاج بالصدمات الكهربائية من ثلاث غرف رئيسية: غرفة انتظار، وغرفة علاج، وغرفة إفاقة.

للإبلاغ الفوري عن الإجراء التداخلي دور هام في استمرارية الرعاية. يعتمد تخطيط الرعاية ما بعد الإجراء على النتائج والأحداث الخاصة التي وقعت أثناء الإجراء. يؤدي عدم الإبلاغ عن هذه الأحداث إلى تعريض رعاية المريض للخطر بشكل ملحوظ.

يُطلب من مستشفى الصحة النفسية الإبلاغ فوراً عن تفاصيل الإجراء قبل أن يغادر المريض وحدة الإجراءات التداخلية. تسجيل أسماء جميع العاملين المشاركين في الإجراء له جانب طبي قانوني وجانب تواصل. يجب ذكر تفاصيل العلاج بالصدمات الكهربائية أو أي إجراء تداخلي بوضوح. يجب أن يتناول تقرير الإجراء على الأقل ما يلي؛

- أ. وقت بدء الإجراء ووقت انتهائه.
- ب. أسماء جميع العاملين المشاركين في الإجراء، بمن فيهم الطاقم الطبي للتخدير.
- ج. الإجراءات التي تم تنفيذها بالتفصيل، وفي حالة العلاج بالصدمات الكهربائية، يجب أن يشمل التقرير على الأقل ما يلي:

أ. موضع الأقطاب الكهربائية

ب. نمط نوبة التشنجات

ج. مدة نوبة التشنجات

د. عدد المحاولات

هـ. منبه الجلسة الحالية (معايير التنبيه)

١٧. حدوث مضاعفات من عدمه.

١٨. وقت النقل من وحدة الإجراء.

١٩. توقيع الطبيب النفسي (الأطباء النفسيين) الذي قام بالإجراء.

يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتقديم آمن للعلاج بالصدمات الكهربائية والإجراءات التداخلية، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

أ) عملية جدولة الإجراءات التداخلية.

ب) تسجيل الإجراء التداخلي سواء كان مجدولاً أو تم إجراؤه أو تم إلغاؤه.

ج) متطلبات توثيق تقرير الإجراء بالتفصيل.

- د) عملية التحقق من هوية المريض.
- هـ) كيفية استدعاء المرضى للإجراء التداخلي.
- و) تسجيل الوقت لجميع خطوات تدفق المريض داخل وحدة الإجراء.
- ز) تحليل الجلسات المؤجلة والملغاة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه التقديم الآمن للإجراءات التداخلية بما في ذلك العلاج بالصدمات الكهربائية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجل الطبي للمريض للتحقق من اكتمال تقرير الإجراء التداخلي.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من مؤهلات وامتيارات العاملين المسموح لهم بإجراء إجراء تداخلي مثل العلاج بالصدمات الكهربائية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى الالتزام بالمواعيد في وحدة الإجراءات التداخلية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مراقبة الجلسات المؤجلة والملغاة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه التقديم الآمن للعلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراءات تداخلية، وتتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. يتم مراقبة تحليل الجلسات المؤجلة والملغاة باستمرار، ويتم الإبلاغ عنها، واتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنها.
3. يتم الحفاظ على الالتزام بالمواعيد في وحدة الإجراءات التداخلية وتسجيلها بدءًا من استدعاء المريض حتى تنظيف الغرفة بعد الإجراء.
4. العاملون المسموح لهم بإجراء العلاج بالصدمات الكهربائية أو أي إجراء تداخلي مؤهلون ولديهم امتيازات لأداء تلك الإجراءات.
5. يكون تقرير الإجراء التداخلي متاحًا بسهولة لجميع المرضى الذين خضعوا لإجراء قبل مغادرة وحدة الإجراءات التداخلية.
6. يتضمن تقرير إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية جميع العناصر المذكورة في البند الثالث من الغرض ويتم الاحتفاظ به في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

ICD.02 خدمات ما قبل دخول المستشفى، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث، MHP.13 عملية التحقق المسبق، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.10 خطة المعدات الطبية، QPI.02 مقاييس الأداء.

MHP.11 يستخدم مستشفى الصحة النفسية علامة سهلة الملاحظة لتحديد موقع الإجراء التداخلي وتكون متسقة في جميع أنحاء المستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تحديد الموقع

الغرض:

يُعد وضع علامة مرئية وواضحة على الموقع استراتيجية للحد من الأخطاء، ويجب أن يقوم بها الطبيب المسؤول الذي سيجري الإجراء التداخلي (الطبيب الأكثر مسؤولية عن المريض) بمشاركة المريض إذا كان بالغاً وواعياً تماماً، أو بمشاركة أسرة المريض/مقدم الرعاية في المواقف الأخرى. يجب أن يكون وضع العلامات على الموقع في كل منشأة موحداً، وقابلًا للكشف، وموضوعاً في أقرب مكان لموقع الإجراء التداخلي. عند إجراء أي إجراء تداخلي، يجب على متخصصي الرعاية الصحية التحقق من المريض الصحيح، ونوع الإجراء الصحيح، والموقع الصحيح، والجانب الصحيح. يتم وضع علامة على الموقع في جميع الحالات بما في ذلك تحديد الجانب، والأعضاء المتعددة (مثل الأصابع). وتشمل الطرق البديلة لوضع علامات على موقع الأسنان استخدام صور لأسنان المريض أو رسوم بيانية ورقية للأسنان لتحديد الموقع.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بعملية تحديد موقع الإجراء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تحديد موقع الإجراء التداخلي من قبل الشخص الذي سيقوم بالإجراء.
2. يشارك المريض بفاعلية في عملية تحديد الموقع، باستثناء بعض الظروف.
3. تكون العلامة مرئية بعد تحضير المريض وتجهيزه للإجراء.

المعايير ذات الصلة:

MHP.13 عملية التحقق المسبق، MHP.14 الوقت المستقطع، ACT.07 المسؤولية عن رعاية المريض.

MHP.12 NSR.17 يعمل مستشفى الصحة النفسية على ضمان وتحسين جودة إعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

العلاج بالصدمات الكهربائية

الغرض:

العلاج بالصدمات الكهربائية هو إجراء طبي علاجي لعلاج الاضطرابات النفسية الشديدة. والغرض الأساسي منه هو التخفيف السريع للأعراض النفسية. يتضمن العلاج بالصدمات الكهربائية توصيل تيار كهربائي صغير إلى الدماغ يكفي لإحداث نوبة لأغراض علاجية بينما يكون المريض تحت التخدير.

يبدو أن العلاج بالصدمات الكهربائية يسبب تغييرات في كيمياء الدماغ يمكنها عكس أعراض بعض حالات الصحة النفسية بسرعة. وغالبًا ما ينجح عندما تقشل العلاجات الأخرى. يجب إعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية في بيئة خاضعة للرقابة لتحقيق أقصى فائدة بأقل قدر ممكن من المخاطر.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية وفقًا للقوانين واللوائح والإرشادات المعتمدة. يجب أن يقوم فرد مؤهل وذو خبرة (أفراد مؤهلون) أو فريق بأداء الخدمات المقدمة والإشراف عليها، ويشمل على الأقل أخصائي الطب النفسي، وطبيب التخدير، وممرضة مختصة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للإعطاء الآمن للعلاج بالصدمات الكهربائية، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

أ) أسباب إعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية.
ب) التعليمات المكتوبة المطلوبة لإبلاغ المرضى والأسر ومقدمي الرعاية قبل بدء العلاج، والتي يجب أن تشمل على الأقل ما يلي:

1. ساعات الصيام قبل العلاج.
- II. القيود على أنشطة المريض اليومية. على سبيل المثال؛ لا يُسمح للمرضى بالقيادة أثناء دورة العلاج بالصدمات الكهربائية، أو لمدة 48 ساعة على الأقل بعد التخدير العام.
- III. تحديد الحاجة إلى تعيين شخص لمراقبة المريض بعد انتهاء جلسة العلاج بالصدمات الكهربائية.
- IV. يجب أن يكون المرضى تحت إشراف مباشر من شخص بالغ مسؤول لمدة 24 ساعة بعد كل علاج بالصدمات الكهربائية.
- ج) الحصول على موافقة مبنية على المعرفة من المريض قبل الإجراء (وفقًا للأهلية العقلية للمريض وبما يتماشى مع قوانين ولوائح رعاية المريض النفسي).

- د) توثيق التحضير المسبق للعلاج بالصدمات الكهربائية والذي يشمل على الأقل ما يلي:
 - i. تقييم كامل للمريض قبل الإجراء، والذي يتضمن على الأقل تشخيص المريض، ودواعي استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية، وعدد الجلسات المطلوبة، ووقت إعادة التقييم، وتوقيع الطبيب النفسي، وتاريخ الإعطاء السابق للعلاج بالصدمات الكهربائية ونتائجه.
 - ii. توفر تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز قبل الإجراء.
 - iii. إتاحة نتائج الفحوصات المطلوبة لمختصي الرعاية الصحية قبل إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية.
 - iv. يجب مراجعة الأدوية وخاصة الأدوية النفسية وتعديلها حسب الاقتضاء قبل البدء في إجراءات العلاج بالصدمات الكهربائية.

- هـ) عملية التحقق من توفر جميع الموارد المطلوبة في غرف العلاج والإفاقة اللازمة لإعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية والتعامل مع أي حالات طارئة.
- و) مؤهلات وكفاءات العاملين الحاصلين على امتيازات لأداء إجراءات العلاج بالصدمات الكهربائية، بما في ذلك إجراءات الطوارئ.
- ز) توثيق العلاجات والإجراءات الكافية لإدارة أي أحداث ضارة قد تنشأ في السجل الطبي للمريض وسجل العلاج بالصدمات الكهربائية.
- ح) الإبلاغ عن أي أحداث ضارة أو مضاعفات حدثت، وتحديد وقت الإبلاغ.
- ط) متطلبات جلسات العلاج بالصدمات الكهربائية للأطفال دون سن 18 عاماً (يلزم الحصول على رأي ثالث من استشاري طب نفسي خبير في العمل مع الأطفال).

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه الإعطاء الآمن للعلاج بالصدمات الكهربائية، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من اكتمال التحضير المسبق للعلاج بالصدمات الكهربائية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الموارد المتاحة في غرفة العلاج والإفاقة، وقد يستفسرون عن التحقق من توفر الموارد المطلوبة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة للإعطاء الآمن للعلاج بالصدمات الكهربائية، تتناول العناصر من أ) إلى ط) المذكورة في الغرض.
2. العاملون المعنيون على دراية بسياسة الإعطاء الآمن للعلاج بالصدمات الكهربائية.
3. يتم استكمال جميع التحضيرات المسبقة للعلاج بالصدمات الكهربائية ومراجعتها وتوثيقها في السجل الطبي للمريض كما هو مذكور في العنصر د) من الغرض.
4. يتم الإبلاغ عن أي أحداث ضارة ناتجة عن إعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية في الوقت المناسب، وتحليلها، واتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من تكرارها وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

MHP.03 تقييم ما قبل التخدير وتقييم ما قبل التحفيز، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، MHP.13 عملية التحقق المسبق، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث.

MHP.13 NSR.18 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية تحقق لما قبل الإجراءات التداخلي لضمان الرعاية الآمنة والمناسبة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

عملية التحقق المسبق

الغرض:

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان توفر جميع المواد والمستلزمات اللازمة قبل البدء في الإجراء التداخلي من أجل تحقيق أقصى درجات سلامة المرضى وملاءمة الرعاية المقدمة للمرضى الذين يتم خدمتهم.

إن ضمان توفر وعمل المعدات اللازمة يقلل من خطر الأخطاء عن طريق منع استخدام المعدات المعطلة أو إلغاء الإجراء بعد ذهاب المريض إلى وحدة الإجراءات. علاوة على ذلك، يجب صيانة جميع المعدات المطلوبة لإعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية وفقاً للمعايير المقبولة. يعد تنفيذ الفحوصات المنتظمة عملية لتحسين الجودة يجب أن تسترشد بقوائم مراجعة جيدة التصميم يقوم بها عاملون مدربون تدريباً جيداً.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية التحقق لما قبل الإجراء التداخلي في مستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بعملية التحقق لما قبل الإجراء التداخلي.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة المراجعة الخاصة بالمستشفى التي توضح توفر وعمل المعدات اللازمة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة للتحقق لما قبل الإجراء التداخلي، تشمل جميع الوثائق والمعدات اللازمة.
2. يتم توثيق عملية التحقق لما قبل الإجراء التداخلي لجميع الوثائق والمعدات اللازمة قبل كل إجراء.
3. العاملون المسؤولون على دراية بعملية التحقق المسبق.

المعايير ذات الصلة:

MHP.11 وضع علامات على الموقع وتحديده، WFM.03 التوصيف الوظيفي، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، EFS.10 خطة المعدات الطبية.

MHP.14 NSR.19 يتم إجراء الوقت المستقطع بفاعلية وفي الوقت المناسب، قبل البدء مباشرةً بالعلاج بالصدمات الكهربائية أو أي إجراء تداخلي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الوقت المستقطع

الغرض:

الوقت المستقطع هو وقفة منظمة قبل الإجراء الطبي تهدف إلى تحسين سلامة الإجراء. يهدف الوقت المستقطع قبل العلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراء تداخلي إلى التحقق من المريض الصحيح والإجراء الصحيح، كما يهدف إلى تحسين السلامة وتقليل الأخطاء في إعطاء العلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراء تداخلي.

يجب إجراء الوقت المستقطع في الموقع الذي سيتم فيه إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية أو أي إجراء تداخلي، ويشمل المشاركة الفعالة للفريق بأكمله (بما في ذلك الطبيب النفسي، والممرضة، وطبيب التخدير عند الاقتضاء). مشاركة المريض ليست إلزامية.

يجب توثيق اكتمال إجراء الوقت المستقطع في السجل الطبي للمريض، ويشمل ذلك تاريخ ووقت اكتمال الوقت المستقطع. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتحديد خطوات ومسؤوليات عملية الوقت المستقطع لضمان الإجراء الصحيح والمريض الصحيح.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بالوقت المستقطع، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مشاركة الطبيب النفسي والممرضة وطبيب التخدير في عملية الوقت المستقطع.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق إجراءات الوقت المستقطع.

أدلة التطابق مع المعيار :

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للوقت المستقطع لضمان المريض الصحيح والإجراء الصحيح.
2. العاملون المعنيون مدربون وعلى دراية تامة بسياسة الوقت المستقطع.
3. يتم تنفيذ الوقت المستقطع مباشرة قبل بدء إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية.
4. يشارك فريق العلاج بالصدمات الكهربائية في عملية الوقت المستقطع، بما في ذلك الطبيب النفسي القائم بالإجراء والممرضة وطبيب التخدير عند الاقتضاء.
5. يتم توثيق إجراء الوقت المستقطع في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

MHP.13 عملية التحقق المسبق، MHP.10 العلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراءات تداخلية، MHP.11 تحديد الموقع، WFM.03 التوصيف الوظيفي.

إدارة وسلامة الدواء

الغرض من الفصل:

أصبح الحصول على أقصى استفادة من الأدوية لكل من المرضى والمجتمع ذا أهمية متزايدة مع تناول المزيد من الأشخاص للمزيد من الأدوية. يتم تقديم الأدوية من قبل الخدمات الصحية في جميع أنحاء العالم. تمنع الأدوية أو تعالج أو تدير العديد من الأمراض أو الحالات وهي أكثر التدخلات شيوعاً في الرعاية الصحية.

يُعرف الدواء بأنه أي أدوية موصوفة بما في ذلك المخدرات، والأدوية النفسية، والفيتامينات، والمغذيات الدوائية، والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية؛ واللقاحات؛ والعوامل البيولوجية والتشخيصية والمطللة المستخدمة على الأشخاص أو التي يتم إعطاؤها لهم لتشخيص أو علاج أو منع الأمراض أو الحالات غير الطبيعية الأخرى؛ والتغذية الوريدية؛ ومنتجات الدم؛ والمنتجات المحتوية على أدوية، والمحاليل الوريدية التي تحتوي على إلكتروليات و/أو أدوية. لا يشمل تعريف الدواء محاليل التغذية المعوية (التي تعتبر منتجات غذائية)، والأكسجين، والغازات الطبية الأخرى ما لم يُنص على ذلك صراحة.

تلعب الأدوية في مستشفيات الصحة النفسية دوراً حاسماً في علاج مختلف اضطرابات الصحة النفسية. يمكن للدواء المناسب أن يقلل من الأعراض أو يزيلها ويحسن بشكل كبير من جودة حياة المريض. لا يمكن وصف الأدوية النفسية إلا من قبل متخصص طبي مرخص مثل الطبيب النفسي وفقاً للقانون واللوائح.

يعد استخدام الأدوية أحد التدخلات العلاجية الرئيسية للأشخاص المصابين بأمراض نفسية خطيرة. يمكن أن يقلل من الأعراض ويمنع انتكاسها، وغالباً ما يستخدم مع مناهج علاجية أخرى مثل العلاج النفسي وعلاجات تحفيز الدماغ.

تعد إدارة الدواء إحدى المسؤوليات الرئيسية في أي مستشفى. وهي عملية معقدة تتضمن مراحل مختلفة، بما في ذلك التخطيط، والمشتريات، والتخزين، والوصف، والنسخ، والطلب، والصرف، والإعطاء، ومراقبة الأدوية، وتقييم البرنامج. تشير الأدلة إلى أنه في كل مرحلة من مراحل الدورة، تحدث أخطاء تؤثر سلباً على سلامة المرضى، وهي أولوية في الممارسة اليوم. ومع ذلك، مع الاستخدام الكبير والمتزايد للأدوية يأتي خطر متزايد للضرر. ويتفاقم هذا بسبب الحاجة إلى وصف الأدوية لفئات خاصة، بما في ذلك الأطفال، والحوامل، وكبار السن ذوي الاحتياجات الطبية المتزايدة التعقيد وإدخال العديد من الأدوية الجديدة. هذه القضايا ذات أهمية خاصة في المستشفيات.

بالإضافة إلى ذلك، تعد الأخطاء الدوائية من أكثر الأخطاء شيوعاً في معاهد الرعاية الصحية، ويمكن أن تحدث في أي خطوة على طول مسار إدارة الدواء. ويُذكر كذلك أن المرض الناتج عن الأخطاء الدوائية يؤدي إلى تكاليف مالية عالية لمؤسسات الرعاية الصحية ويؤثر سلباً على جودة حياة المريض. يعد منع الأخطاء الدوائية أولوية رئيسية في النظام الصحي وقد أطلقت العديد من المنظمات الدولية مثل اللجنة المشتركة الدولية ومنظمة الصحة العالمية سلامة الدواء كجزء من مبادراتها العالمية لسلامة المرضى.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي لهذا الفصل هو:

1. تسليط الضوء على مبدأ إدارة وسلامة الدواء في مستشفى الصحة النفسية.
2. تعزيز الاستخدام الآمن والجيد للأدوية، وإدارة الدواء في جميع مراحل تقديم خدمات الصحة النفسية.

3. توفير إطار لبرنامج فعال وآمن لإدارة وسلامة الدواء.
4. تقييم استمرارية عمليات إدارة الدواء؛ من التخطيط إلى المراقبة والتقييم مع التركيز بشكل خاص على تحديد نقاط الخطر لتحسين نتائج المرضى وسلامتهم.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- 1) قانون مزاوله مهنة الصيدلة رقم 127 لسنة 1955.
- 2) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 172 لسنة 2011 بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمستحضرات الصيدلانية المؤثرة على الحالة النفسية.
- 3) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 475 لسنة 2019 بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمستحضرات الصيدلانية المؤثرة على الحالة النفسية.
- 4) قرار هيئة الدواء المصرية رقم 340 لسنة 2021 بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمستحضرات الصيدلانية المؤثرة على الحالة النفسية.
- 5) قانون المخدرات رقم 182 لسنة 1960.
- 6) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 496 لسنة 2012.
- 7) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان بشأن إنشاء مركز البقطة الدوائية رقم [غير مذكور] لسنة 2012.
- 8) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 777 لسنة 2020 بشأن اللائحة التنفيذية لهيئة الدواء المصرية.
- 9) إصدار الاستخدام الرشيد للدواء رقم 1 لسنة 2019 بشأن قائمة عربية الطوارئ وأدوية الطوارئ المصرية.
- 10) قرار هيئة الدواء المصرية رقم 271 لسنة 2021 بشأن تنظيم متطلبات تخزين الأدوية للمؤسسات الصيدلانية.
- 11) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 104 لسنة 2003 بشأن تنظيم الأدوية منتهية الصلاحية.
- 12) قرار وزير المالية بشأن قانون تنظيم التعاقدات التي تبرمها الجهات العامة الصادر بالقانون رقم 182 لسنة 2018 ولائحته التنفيذية.
- 13) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 380 لسنة 2009 بشأن إعادة تنظيم الاشتراطات الصحية للمؤسسات الصيدلانية.
- 14) الإرشادات المصرية لمعايير إدارة الدواء، الطبعة الأولى (2018).
- 15) معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP). أدوات وموارد سلامة الدواء. تم الوصول إليه في 6 ديسمبر 2017.
<https://www.ismp.org/tools>.

MMS.01 يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج فعال لإدارة الدواء

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج إدارة الدواء

الغرض:

تظل إدارة الدواء مصدر قلق أساسي في أي بيئة رعاية صحية، وغالبًا ما تكون مكونًا مهمًا في العلاج التلطيفي والعرضي والعلاجي للعديد من الأمراض والحالات. لا يمثل الاستخدام غير الآمن للدواء مشكلة السلامة الوحيدة في أي نظام رعاية صحية، ولكنه بالتأكيد أحد أهم القضايا. يعد ضمان وجود برنامج أكثر أمانًا لإدارة الدواء على المستوى التنظيمي تحديًا كبيرًا.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ برنامج لإدارة وسلامة الدواء يكون متاحًا لجميع العاملين المشاركين في أدوية المريض ويتناول على الأقل ما يلي:

(أ) التخطيط

(ب) الاختيار والشراء

(ج) التخزين

(د) الطلب والوصف

(هـ) التحضير والصرف

(و) الإعطاء

(ز) المراقبة

(ح) التقييم

تتم جميع عمليات إدارة وسلامة الدواء في مستشفيات الصحة النفسية وتنفيذ وفقًا للقوانين واللوائح المصرية (هيئة الدواء المصرية، ووزارة الصحة والسكان المصرية). يتم تزويد مستشفى الصحة النفسية بمصادر معلومات محدثة ومناسبة متعلقة بالأدوية في أشكال إلكترونية أو ورقية للعاملين المشاركين في استخدام الدواء.

يشرف فرد مؤهل ومرخص بشكل مباشر على برنامج إدارة وسلامة الدواء في جميع أنحاء مستشفيات الصحة النفسية، ولا يقوم بوصف الأدوية إلا أخصائي صحة نفسية مرخص (طبيب نفسي) وفقًا للقانون واللوائح الوطنية.

يتم تشكيل لجنة الأدوية والعلاجات متعددة التخصصات (DTC) (المعروفة أيضًا باسم لجنة الصيدلة والعلاجات (PTC)) مع اختصاصات واضحة. تشارك لجنة الأدوية والعلاجات في تطوير وتقييم برنامج إدارة الدواء. بالإضافة إلى ذلك، يتم إجراء مراجعة للبرنامج سنويًا على الأقل.

يجب أن تكون عملية تعاونية لتنفيذ وصيانة وإدارة وفرض برنامج فعال لإدارة الدواء يدعم سلامة المرضى ويسمح بالتحسينات والتغييرات في جودة الرعاية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج إدارة الدواء وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة اختصاصات لجنة الصيدلة والعلاجات.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين لتقييم مؤهلات الأفراد المشرفين على برنامج إدارة الدواء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج محدث يصف بوضوح عمليات إدارة وسلامة الدواء المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. الأفراد المؤهلون والمرخصون مسؤولون عن الإشراف على أنشطة إدارة وسلامة الدواء.
3. توجد اختصاصات واضحة للجنة الصيدلة والعلاجات.
4. يتم تقييم وتحديث برنامج إدارة وسلامة الدواء سنوياً على الأقل، ويتم اتخاذ الإجراءات اللازمة بناءً على النتائج.
5. العاملون المسؤولون على دراية ببرنامج وعمليات إدارة الدواء.

المعايير ذات الصلة:

MMS.02 اختيار الدواء وشرائه، MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه، MMS.04 أدوية الطوارئ، MMS.05 الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة، MMS.08 الطلب الآمن للدواء ووصفه ونسخه، MMS.10 تحضير الدواء وإعطائه، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشيكية، WFM.03 التوصيف الوظيفي.

MMS.02 يتم اختيار أدوية المستشفى، وإدراجها في قائمة، وشراؤها بناءً على معايير معتمدة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اختيار الدواء وشرائه

الغرض:

اختيار الدواء وشراؤه عملية تعاونية؛ تتضمن معايير لتحديد مدى توفر الأدوية المناسبة لصرفها أو إعطائها للمرضى، وتشمل هذه المعايير تحسين العلاج الدوائي، وتقليل التفاعلات الدوائية الضارة، وتحسين الكفاءة في إدارة المشتريات/المخزون، وخفض التكلفة الإجمالية للرعاية الصحية. كذلك، يجب أن تتم الموافقة على عملية شراء الأدوية من قبل لجنة الصيدلة والعلاجات بالمستشفى في الوقت المناسب لتلبية احتياجات المرضى. يجب أن تتم عملية شراء الأدوية المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية وفقاً للقانون واللوائح.

يجب أن تكون معايير الاختيار والشراء متوافقة مع رسالة المنشأة واحتياجات المريض وسلامته، وتغطي على الأقل ما يلي:
أ) اختيار الأدوية الأساسية الأكثر فاعلية من حيث التكلفة.

- ب) علاج الأمراض الشائعة.
- ج) تحديد الاحتياجات كمياً.
- د) الاختيار المسبق للموردين المحتملين.
- هـ) إدارة المشتريات والتسليم.
- و) ضمان جودة المنتج الجيدة.

يمكن أن تشمل عملية تقييم الموردين الجدد التحقق من الترخيص، والقيام بزيارات رسمية، والتحقق من المراجع مع العملاء والوكالات السابقين، وشراء كميات صغيرة للاختبار، وجمع معلومات محلية غير رسمية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه الاختيار والشراء المناسبين للأدوية وتحديد خطوات واضحة لشراء الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية المعتمدة فقط على أساس استثنائي أو في حالات الطوارئ، في حالة عدم توفر الدواء، أو النقص المؤقت في الإمداد، أو انقطاعه، أو تأخر التسليم، أو أي سبب آخر غير متوقع.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع قائمة أدوية محدثة باستمرار (تُعرف بدستور الأدوية) لجميع الأدوية التي يخزنها، والتي تحدد الأدوية الأكثر ملاءمة طبياً وفعالية من حيث التكلفة. يجب اختيار الأدوية المدرجة في دستور الأدوية من الأدوية المعتمدة قانونياً من هيئة الدواء المصرية وغيرها من الهيئات الوطنية المانحة للتراخيص بناءً على احتياجات المجتمع.

يجب أن تتضمن قائمة الأدوية المعتمدة (على سبيل المثال لا الحصر):

- أ. اسم الدواء.
- ب. قوة/تركيز الدواء.
- ج. الشكل الصيدلاني للدواء.
- د. دواعي الاستعمال.
- هـ. تاريخ انتهاء الصلاحية.

يجب مراجعة وتحديث القائمة بناءً على المعايير التالية (دواعي الاستعمال، الفاعلية، توفر أدوية بديلة في قائمة الأدوية المعتمدة، الآثار الجانبية الضارة، الأخطاء الدوائية، الفاعلية والسلامة، التفاعلات الدوائية، وتحليل التكلفة). بالإضافة إلى ذلك، يجب مراجعة وتحديث قائمة الأدوية المعتمدة سنوياً على الأقل. يجب أن تحترم المراجعة والتحديث المستمران الحكم الإكلينيكي للطبيب كالأطباء والصيدلة والخبراء الآخرين في علاج وتشخيص المرضى وتحسين رعاية المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه اختيار وشراء الأدوية، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة الأدوية المعتمدة (دستور الأدوية) بمستشفى الصحة النفسية، وقد يراجعون السجلات الطبية للمرضى (أوامر الأدوية) لتقييم مدى امتثالهم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة تتناول معايير الاختيار والشرء المناسبين للأدوية، وهي الغرض من أ) إلى و).
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية قائمة أدوية (دستور أدوية) معتمدة ومحدثة، والتي تغطي على الأقل العناصر من الأول إلى الخامس في الغرض.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة للتعامل مع الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية المعتمدة.
4. العاملون المسؤولون على دراية بالسياسة.
5. توجد عملية محددة للتعامل مع حالات نقص وانقطاع الأدوية.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01 برنامج إدارة الدواء، MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه، MMS.07 نظام استدعاء الأدوية.

تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه بأمان

MMS.03 NSR.20 يتم تخزين الأدوية بأمان وحمايتها بطريقة تحافظ على جودتها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تخزين الأدوية ووضع الملصقات التعريفية عليها

الغرض:

يمكن أن يقلل التخزين الجيد والمناسب للأدوية من الهدر، وصرف الأدوية بشكل غير صحيح، والتعامل الخاطئ معها. يحافظ مستشفى الصحة النفسية على ظروف تخزين مناسبة للأدوية (درجة الحرارة، والضوء، والرطوبة) في مناطق تخزين الأدوية لحماية استقرارها على مدار 24 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع وفقاً لمتطلبات الشركة المصنعة/ترخيص التسويق. يعتمد استقرار وفعالية الأدوية على تخزينها في درجة الحرارة الصحيحة، على سبيل المثال، الأدوية التي تتطلب تبريداً والعبوات متعددة الجرعات. يمكن أن يؤثر انقطاع الكهرباء بسهولة على بعض الأدوية، وقد لا تعتبر تلك الأدوية المتأثرة آمنة وفعالة للاستخدام. بعد انقطاع التيار الكهربائي، يجب أن يكون لدى مستشفى الصحة النفسية عملية للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي لضمان سلامة أي أدوية متأثرة قبل استخدامها.

يجب أن يكون هناك دليل واضح على أن مستشفى الصحة النفسية يضمن تخزين الأدوية بطريقة تحافظ على جودتها وسلامتها. كذلك، تحد مستشفيات الصحة النفسية من الوصول إلى مناطق تخزين الأدوية بمستوى الأمان المطلوب لحمايتها من الفقد أو السرقة اعتماداً على أنواع الأدوية المخزنة. يجب فصل متطلبات تخزين الأدوية المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية عن الأدوية الأخرى مع اتخاذ احتياطات خاصة وفقاً للقانون واللوائح الوطنية.

تعتبر الأدوية أو المحاليل الموجودة في عبوات ليس عليها ملصقات تعريفية أدوية لا يمكن التعرف عليها. وقد نتجت أخطاء، مأساوية في بعض الأحيان، عن إزالة الأدوية والمحاليل من عبواتها الأصلية ووضعها في عبوات ليس عليها

ملصقات تعريفية. تهمل هذه الممارسة غير الأمانة المبادئ الأساسية لإدارة الدواء الآمنة. يجب على مستشفيات الصحة النفسية ضمان أن وضع العلامات التعريفية على جميع الأدوية وعبوات الأدوية والمحاليل الأخرى هو نشاط للحد من المخاطر يتوافق مع إدارة الدواء الآمنة. كذلك، يجب تخزين الأدوية منتهية الصلاحية في مواقع منفصلة ووضع ملصقات تعريفية عليها كأدوية منتهية الصلاحية. تعالج هذه الممارسة نقطة خطر معترف بها في إعطاء الأدوية. تظهر البيانات التالية بوضوح على الملصقات (إذا لم تكن ظاهرة على العبوات أو العبء الأصلية):

أ) الاسم

ب) التركيز/القوة

ج) تاريخ انتهاء الصلاحية

د) رقم التشغيل

هـ) أي تحذيرات معمول بها

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين الأدوية في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية لتقييم ظروف التخزين ووضع العلامات التعريفية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين الأدوية المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية لتقييم ظروف الأمن والتخزين.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة العملية المطبقة للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. الأدوية آمنة ومنظمة ومخزنة بشكل آمن بناءً على توصيات الشركة المصنعة ووفقاً للقوانين واللوائح الوطنية.
2. يتم تخزين الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية والمخدرة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية للتعامل مع وتخزين الأدوية متعددة الجرعات لضمان استقرارها وسلامتها.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية ثابتة للتعامل مع انقطاع التيار الكهربائي لضمان سلامة الأدوية.
5. يتم وضع علامات واضحة على الأدوية وعبوات الأدوية والمكونات المستخدمة في تحضيرها (إذا لم تكن ظاهرة على العبوات أو الصناديق الأصلية) مع عناصر من أ) إلى هـ) في الغرض.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01 برنامج إدارة الدواء، MMS.02 اختيار الدواء وشرائه، MMS.05 الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة، MMS.06 الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، MMS.07 نظام استدعاء الأدوية، EFS.12 إدارة المرافق.

MMS.04 أدوية الطوارئ متوفرة ومؤمنة ويسهل الوصول إليها طوال الوقت.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

أدوية الطوارئ

الغرض:

عندما تحدث حالات الطوارئ للمرضى، فإن الوصول السريع إلى أدوية الطوارئ المناسبة أمر بالغ الأهمية وقد يكون منقذاً للحياة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات تضمن توفر وموقع أدوية الطوارئ والأدوية التي سيتم توفيرها في هذه المواقع. على سبيل المثال، عوامل عكس التخدير والترياق (الأمصال). يجب أن تكون أدوية الطوارئ متاحة، ومخزنة بشكل آمن، ومحمية من الفقد أو السرقة في جميع مناطق التخزين، وأن يتم تخزينها وترتيبها وإدارتها بشكل موحد.

يجب أن تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) توزيع وتوفير أدوية الطوارئ.
- ب) توحيد أسلوب إدارة وترتيب أدوية الطوارئ.
- ج) استبدال أدوية الطوارئ في الوقت الأنسب عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.
- د) استراتيجيات لمنع سوء الاستخدام أو الفقد أو السرقة في جميع مناطق التخزين.
- هـ) توضيح عملية مساءلة العاملين المسؤولين عن إدارة أدوية الطوارئ.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي توجه إدارة أدوية الطوارئ، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق تخزين أدوية الطوارئ لتقييم توزيع وتوافر وأمن أدوية الطوارئ.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لإدارة أدوية الطوارئ، تتضمن العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. يتم تخزين أدوية الطوارئ بشكل موحد، وتكون متاحة ويمكن الوصول إليها في مناطق رعاية المرضى عند الحاجة.
3. توجد عملية محددة لاستبدال أدوية الطوارئ في إطار زمني محدد مسبقاً عند استخدامها أو تلفها أو انتهاء صلاحيتها.
4. العاملون المسؤولون المعتمدون على دراية بسياسة إدارة أدوية الطوارئ بما في ذلك التوافر، وإمكانية الوصول، والأمن.
5. يتم توثيق أدوية الطوارئ التي تم استلامها في السجل الطبي للمريض وفقاً للقانون واللوائح ذات الصلة.

المعايير ذات الصلة:

ICD.20 الإنعاش القلبي الرئوي والطوارئ الطبية، ICD.21 خدمات الطوارئ، MMS.02 اختيار الدواء وشرائه، MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه.

MMS.05 NSR.21 تتم إدارة الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة بطريقة تضمن تقليل المخاطر إلى الحد الأدنى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة

الغرض:

الأدوية عالية الخطورة هي تلك التي تتطوي على مخاطر متزايدة لإحداث ضرر كبير للمريض عند استخدامها عن طريق الخطأ. تشمل أمثلة الأدوية عالية الخطورة، على سبيل المثال لا الحصر، مضادات التجلط، وعوامل خفض السكر في الدم، والأدوية ذات النطاق العلاجي الضيق، وأدوية التخدير، والعوامل المؤثرة في التقلص العضلي، والأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.

يحتاج مستشفى الصحة النفسية إلى وضع قائمته الخاصة بالأدوية عالية الخطورة بناءً على بياناته الخاصة وعلى بيانات المنظمات المعترف بها وطنياً ودولياً (على سبيل المثال، معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP) ومنظمة الصحة العالمية). بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون لدى مستشفى الصحة النفسية استراتيجيات لمنع الاستخدام والإعطاء غير المقصود لهذه الأدوية. ويجب مراجعة وتحديث قائمة الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة سنوياً على الأقل.

تشمل الإلكترونيات المركزة، على سبيل المثال لا الحصر، كلوريد البوتاسيوم [تركيز يساوي أو يزيد عن 2 مل مكافئ/مل]، وفوسفات البوتاسيوم [تركيز يساوي أو يزيد عن 3 ملليمول/مل]، وكلوريد الصوديوم [تركيز يزيد عن 0.9%]، وكبريتات المغنيسيوم [تركيز يساوي أو يزيد عن 50%]. هناك العديد من التقارير عن حالات وفاة عرضية بسبب الإعطاء غير المقصود للإلكترونيات المركزة. يعد تجنب تخزين الإلكترونيات المركزة في مناطق رعاية المرضى إحدى طرق تقليل مخاطر الوفاة أو الإصابة المرتبطة بهذه الأدوية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع احتياطات خاصة للإدارة الآمنة والفعالة والكفؤة للأدوية مثل الأدوية المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية والأدوية البحثية.

يجب تخزين الإلكترونيات المركزة بأمان بما في ذلك الفصل ووضع الملصقات التعريفية في جميع أنحاء المستشفى، وتخزينها بكميات محدودة في المناطق المخصصة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة مستشفى الصحة النفسية بالأدوية عالية الخطورة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المطبقة للتخزين الآمن وصرف وإعطاء الأدوية عالية الخطورة.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالعملية المطبقة لإدارة الأدوية عالية الخطورة بأمان.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية قائمة (قوائم) محدثة سنوياً للأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية موحدة للتخزين الآمن وإعطاء الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة، بما في ذلك الفصل ووضع العلامات التعريفية.
3. العاملون المسؤولون على دراية بالاستراتيجيات المطبقة عند إدارة الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة.

المعايير ذات الصلة:

MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه، MMS.06 الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشكة.

MMS.06 NSR.22 تتم إدارة الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق بطريقة تضمن تقليل المخاطر إلى الحد الأدنى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق

الغرض:

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق (LASA) هي تلك الأدوية المتشابهة بصرياً في المظهر المادي أو التعبئة وأسماء الأدوية التي بها تشابه إملائي و/أو صوتي.

قد يؤدي أي خلط بين هذه الأدوية إلى أخطاء ضارة. يحتفظ معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP) بقائمة مستمرة لأسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق لتسليط الضوء على الأدوية التي قد تتطلب ضمانات أو استراتيجيات خاصة لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على تجنب الخلط العرضي بين دواء وآخر.

هناك استراتيجية أخرى يوصي بها معهد الممارسات الدوائية الآمنة للحد من أخطاء أسماء الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق هي تضمين كل من الاسم التجاري والاسم غير المسجل، والشكل الصيدلاني، والتركيز، والتوجيهات، ودواعي الاستعمال، مما يمكن أن يساعد في التمييز بين أسماء الأدوية المتشابهة. إذا كانت للأدوية المتشابهة في الشكل والنطق دواعي استعمال مختلفة، فإن ربط دواعي الاستعمال بالدواء قد يساعد في تمييزه عن دواء آخر له اسم مشابه في النطق.

تشمل التوصيات الأخرى التي تهدف إلى تقليل الخلط في الأسماء إجراء تحليل دوري لأسماء المنتجات الجديدة؛ والفصل المادي وعزل هذه الأدوية في مناطق تخزين الأدوية يمنع الخلط ويعزز السلامة.

يحتاج مستشفى الصحة النفسية إلى وضع استراتيجيات لإدارة المخاطر لتقليل الأحداث الضارة المتعلقة بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، وتعزيز سلامة المرضى، والحماية من الإغطاء غير المقصود. بالإضافة إلى ذلك، يجب مراجعة وتحديث قائمة الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق سنوياً على الأقل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة مستشفى الصحة النفسية بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، ويولي ذلك إجراء مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالعمليات اللازمة لتقليل المخاطر المرتبطة باستخدام الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الصيدلية، وعربات الأدوية، ومناطق تخزين الأدوية، ومناطق تحضير الأدوية للتحقق من تخزين ووضع الملصقات التعريفية على الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية قائمة محدثة سنوياً بالأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة للتعامل الآمن مع الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، بما في ذلك الفصل، ووضع العلامات التعريفية، والإعطاء.
3. العاملون المسؤولون على دراية بالاستراتيجيات المطبقة عند التعامل مع الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق.

المعايير ذات الصلة:

MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه، MMS.05 الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشيكة.

MMS.07 يوجد بمستشفى الصحة النفسية نظام لاستدعاء الأدوية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

نظام استدعاء الأدوية

الغرض:

يكون استدعاء الدواء مطلوباً عند ظهور مشكلات تتعلق بالسلامة، ويجب إعادة المنتجات المعيبة إلى الشركة المصنعة/الموزع. ويشمل ذلك الأدوية منتهية الصلاحية، أو القديمة، أو التالفة، أو المصروفة ولكن لم يتم استخدامها، و/أو الملوثة. يمكن أن يكون استدعاء الأدوية مكلفاً للغاية ويمكن أن يضر بثقة المستهلك في المنتج أو الشركة، لذلك بطبيعة الحال، تحاول جميع الشركات قدر الإمكان تجنب مثل هذه السيناريوهات.

يجب أن يكون لدى مستشفى الصحة النفسية نظام لتحديد واسترجاع الأدوية التي تم استدعاؤها من قبل هيئة الدواء المصرية، أو الشركة المصنعة/صاحب ترخيص التسويق، أو غيرها من الهيئات المعترف بها.

يتم وضع علامات واضحة على الأدوية المستدعاة وفصلها عن المخزون العادي في انتظار إزالتها من قبل الشركة المصنعة/صاحب ترخيص التسويق أو إتلافها. يتضمن نظام الاستدعاء ما يلي:

(أ) عملية استرجاع الأدوية المستدعاة

(ب) وضع الملصقات التعريفية

(ج) الفصل

(د) التخلص أو الإزالة

(هـ) إخطار المريض (عند الاقتضاء)

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان تلبية الأدوية للمعايير المطلوبة لسلامة المنتج، وأنه لا يمكن استخدام الأدوية منتهية الصلاحية أو إعطاؤها عن غير قصد. تساعد المراقبة المنتظمة للتخلص من الأدوية غير المستخدمة أو غير المرغوب فيها أو منتهية الصلاحية في تحديد احتمالية التحويل الفعلي وغير المصرح به للأدوية.

من مسؤولية مستشفى الصحة النفسية ضمان أن جميع العاملين الذين يتعاملون مع الأدوية على دراية بنظام استدعاء الأدوية وإجراءات التعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية أو التالفة أو القديمة أو الملوثة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي تدير الأدوية منتهية الصلاحية والتالفة والملوثة، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الصيدلية، وعربات الأدوية، ومناطق تخزين الأدوية، ومناطق تحضير الأدوية، ومناطق رعاية المرضى للتحقق من وجود أدوية مستدعاة، أو منتهية الصلاحية، أو تالفة، أو مصروفة ولكن لم يتم استخدامها، و/أو ملوثة.
- قد يطلب مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تتبع دواء مستدعى من استلام إشعار استدعاء الدواء حتى التخلص منه أو إزالته.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية نظام لاستدعاء الأدوية يتضمن العناصر من أ) إلى هـ) المذكورة في الغرض.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لإزالة وتخزين والتخلص من الأدوية منتهية الصلاحية أو التالفة أو الملوثة.
3. يتم وضع علامات واضحة على الأدوية المستدعاة وفصلها وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة/التسويق.
4. العاملون المشاركون في عملية استدعاء الأدوية على دراية بنظام استدعاء الأدوية وعملية التعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية.

المعايير ذات الصلة:

MMS.02 اختيار الدواء وشرائه، MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه.

الطلب الآمن للدواء، ووصفه، ونسخه، والتوافق بين الأدوية MMS.08 يتم طلب الأدوية ووصفها ونسخها بأمان.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الطلب الآمن للدواء، ووصفه، ونسخه

الغرض:

يتطلب علاج المريض بالأدوية معرفة وخبرة محددة. عند وصف الأدوية واستخدامها بفاعلية، فإنها تتمتع بالقدرة على تحسين نوعية الحياة بشكل كبير وتحسين سلامة المرضى ونتائجهم. ومع ذلك، لا ينبغي الاستهانة بالتحديات المرتبطة بوصف الأدوية الصحيحة، ودعم المرضى لاستخدامها بفاعلية. يجب على الطبيب النفسي إجراء تقييم شامل قبل وصف الدواء للتأكد من الجرعة المناسبة للمدة الزمنية المثلى/ في الوقت المناسب لكل مريض.

في مستشفى الصحة النفسية، يجب توخي الحذر عند وصف الأدوية وتنفيذ إجراءات متكاملة تضمن الاستخدام والإشراف المناسبين على الأدوية الموصوفة، بما في ذلك وصف الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية، مثل وصف مضادات الذهان خارج نطاق الاستخدام المعتمد للأطفال والمراهقين واستخدام أكثر من مضاد ذهان أو جرعات متعددة من أكثر من دواء مؤثر على الحالة النفسية.

عندما يصف الأطباء النفسيون دواءً مضاداً للذهان، خاصة العلاج بجرعات عالية من مضادات الذهان (HDAT) لدواعٍ معينة، يجب أخذ نسبة المخاطر إلى الفوائد في الاعتبار. مثال (قد تسبب الأدوية المضادة للذهان آثاراً جانبية خارج هرمية، بما في ذلك خلل الحركة المتأخر. لذلك لا يوصى بها لعلاج القلق).

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عمليات طلب الأدوية ووصفها ونسخها، بما في ذلك المخدرات والمؤثرات العقلية. يجب أن تحتوي السياسة على الأقل على ما يلي:

- (أ) معايير كتابة أوامر الأدوية المعتمدة المقبولة (تحدد معايير كتابة أوامر الأدوية عناصر أمر الدواء الكامل).
- (ب) أنواع أوامر الأدوية المقبولة للاستخدام لتقليل احتمالية حدوث أخطاء عند تسجيل الأوامر. مثل أوامر الطوارئ، أو الأوامر الدائمة، أو أوامر الإيقاف التلقائي.
- (ج) استراتيجيات أو تدابير وقائية لأوامر الأدوية المتشابهة في الشكل أو النطق واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الأخطاء التي تنطوي على تبادل هذه الأدوية.
- (د) تحديد العاملين المصرح لهم بوصف أوامر الأدوية.
- (هـ) يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة عندما تكون أوامر الأدوية غير مكتملة أو غير مقروءة أو غير واضحة.
- (و) معايير لأنواع معينة من أوامر الأدوية التي يتم وصفها بأمان. مثال (الأوامر الدائمة محظورة في علاج المرضى بالأدوية المؤثرة على الحالة النفسية).
- (ز) عملية النسخ والاستخدام.

يجب كتابة جميع أوامر الأدوية أو طباعتها بشكل مقروء، وأن تكون مفهومة بوضوح، وأن يتم نسخها بدقة وفي الوقت المناسب، ويجب أن تتوافق مع معايير كتابة أوامر الأدوية لتقليل احتمالية حدوث أخطاء عند تسجيل الأوامر. تشمل عناصر الأمر الكامل على الأقل ما يلي:

- i. بيانات تعريف المريض
- ii. البيانات الديموغرافية للمريض
- iii. اسم الدواء
- iv. الشكل الصيدلاني
- v. القوة أو التركيز
- vi. جرعة الدواء وتكراره ومدته
- vii. طريقة الإعطاء
- viii. معدلات الإعطاء (عند طلب الحقن الوريدي)
- ix. دواعي الاستعمال والحد الأقصى للتكرار والجرعة اليومية القصوى (لأوامر "عند اللزوم")
- x. تاريخ ووقت الأمر
- xi. الاختصارات المعتمدة وتوقيع المسؤول عن وصف الدواء.

يمنع تجنب الاختصارات سوء الفهم وسوء التواصل وإعطاء الوصفات الطبية غير الصحيحة. يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان الاستخدام الموحد للرموز والاختصارات المعتمدة في جميع أنحاء المنشأة. في مستشفيات الصحة النفسية، للمرضى الذين يتلقون العلاج الحق المطلق في معرفة المعلومات ذات الصلة بالأدوية الموصوفة لهم.

يجب تشجيع المريض والأسرة ومقدم الرعاية (وفقاً للأهلية العقلية للمريض) على أن يكونوا مشاركين نشطين في رعايته/رعايتها عندما يتعلق الأمر باتخاذ قرارات بشأن الدواء وأن يكونوا على دراية بمخاطر وفوائد العلاج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توجه طلب الأدوية ووصفها ونسخها، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من أوامر الأدوية للتحقق من اكتمال الأمر، وقد يلاحظون العملية المطبقة عندما يكون الأمر غير مكتمل أو غير مقروء أو غير واضح.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. مستشفى الصحة النفسية مسؤول عن تحديد هؤلاء الأفراد المسموح لهم بموجب القانون واللوائح، والمؤهلات، والتدريب، والخبرة، والتوصيف الوظيفي لطلب/وصف ونسخ الأدوية.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لطلب الأدوية ووصفها ونسخها بأمان واكتمال، والتي تغطي عناصر العناصر من أ) إلى ز) في الغرض.

3. جميع العاملين المعنيين على دراية ومدربون على كيفية تطبيق السياسة.
4. تتم كتابة أو طباعة أمر الدواء الكامل بشكل مقروء، ومفهوم بوضوح، ونسخه بدقة، وفقًا لمعايير كتابة أمر الدواء.
5. توجد عملية محددة عندما يكون أمر الدواء غير مكتمل أو غير مقروء أو غير واضح.
6. يتم وصف الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية والمخدرة/الخاضعة للرقابة بأمان وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01 برنامج إدارة الدواء، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية.

MMS.09 يحدد مستشفى الصحة النفسية المعلومات المطلوبة للتوافق الدوائي الآمن والمتسق.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التوافق بين الأدوية

الغرض:

غالبًا ما يتلقى المرضى أدوية جديدة أو يتم إجراء تغييرات على أدويتهم الحالية والمستمرة في أوقات التحولات في الرعاية (دخول مستشفى الصحة النفسية، أو الخروج منه). ونتيجة لذلك، قد يتجاهل نظام الدواء الجديد الموصوف وقت الخروج عن غير قصد الأدوية اللازمة، أو يكرر العلاجات الحالية دون داعٍ، أو يحتوي على جرعات غير صحيحة. تعرض هذه التناقضات المرضى لخطر الأحداث الدوائية الضارة.

التوافق الدوائي هو عملية رسمية يعمل فيها متخصصو الرعاية الصحية مع المرضى والأسر ومقدمي الرعاية لضمان توصيل معلومات دوائية دقيقة وشاملة باستمرار عبر مراحل انتقال الرعاية من خلال مقارنة قائمة الأدوية الحالية للمريض بأوامر القبول أو النقل و/أو الخروج الخاصة بالطبيب، بهدف توفير الأدوية الصحيحة للمريض في جميع نقاط الانتقال داخل المستشفى. في مستشفى الصحة النفسية، قد تحتاج عملية التوافق الدوائي إلى أن تختلف عن المستشفى العام حيث يكون الحصول على المعلومات أكثر صعوبة. يمثل انتشار الضعف الإدراكي والخرف مع تقدم العمر عائقًا أمام مطابقة الأدوية في هذه الفئة من السكان وضعف تاريخ تناول الأدوية. ويزيد من الأدوية المحذوفة التي تؤدي إلى عدم وضوح الأدوية التي يتناولونها للمرضى. لذلك، يجب إشراك أسرة المريض ومقدم الرعاية في عملية التوافق.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ عملية توافق منظمة تتناول على الأقل ما يلي:

أ) الحالات التي يتطلب فيها التوافق الدوائي:

- i. عند الدخول (مطابقة قائمة الأدوية الحالية مع أفضل تاريخ دوائي ممكن).
- ii. التسجيل كمرضى بالعيادات الخارجية.
- iii. عند الخروج (التحقق من أن الأدوية المطلوبة في وصفة الخروج تتطابق مع تلك الموجودة في خطة الخروج وقائمة الأدوية والتأكد من توثيق التغييرات).

ب) تحديد المسؤولية عن إجراء التوافق الدوائي.

ج) إشراك المرضى والأسرة.

د) متطلبات التوثيق؛ قائمة كاملة ودقيقة بالأدوية الحالية في السجل الطبي للمريض بما في ذلك اسم الدواء، والجرعة، والمعدل، وطريقة الإعطاء، وتاريخ الاستجابة التحسسية السابقة، أو التفاعلات الضارة الأخرى للأدوية المؤثرة على الحالة النفسية.

هـ) وصف جميع الخطوات المطلوبة لإكمال عملية التوافق الدوائي مثل جمع قائمة الأدوية، والفيتامينات، والمكملات الغذائية، والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية، واللقاحات التي يستخدمها المرضى، وتوضيح ما إذا كانت هذه الأدوية وجرعاتها مناسبة، ومطابقتها مع قائمة جديدة من الأدوية، وتسجيل التغييرات.

و) تحديد الإجراءات التي يجب اتخاذها عند تحديد وتوثيق أي تناقضات (مثل الإغفال، أو التكرار غير الضروري، أو أخطاء الجرعات).

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مستشفى الصحة النفسية للتوافق الدوائي وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى لتقييم تسجيل الأدوية الحالية عند الدخول.
- قد يتحقق مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مما إذا كانت أدوية المريض الخاصة تتطابق مع الأدوية الحالية المسجلة عند الدخول ومدرجة في عملية التوافق الدوائي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لضمان إجراء توافق دوائي دقيق لجميع المرضى، وتتضمن العملية العناصر من أ) إلى و) المذكورة في الغرض.
2. يتم تسجيل قائمة كاملة ودقيقة بالأدوية الحالية في السجل الطبي للمريض وتتضمن جميع العناصر المذكورة في البند د) من الغرض.
3. العاملون المعنيون على دراية بكيفية تطبيق عملية التوافق الدوائي.
4. تتم مقارنة جميع أوامر الأدوية بقائمة الأدوية الحالية، وفقاً للعملية المعمول بها في المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

MMS.08 الطلب الأمن للدواء ووصفه ونسخه، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية، ACT.10 خروج المريض.

تحضير الدواء ووصفه وإعطاؤه.

MMS.10 يتم تحضير جميع الأدوية وإعطائها بأمان ودقة.

الكلمات الرئيسية:

تحضير الدواء وإعطائه

الغرض:

يتم توفير بيئة عمل آمنة ونظيفة ومنظمة الأساس لممارسة تحضير الأدوية الجيدة. ويشمل ذلك العاملين المؤهلين/المدرسين، والمناطق البيئية المناسبة، والرفوف ومناطق التخزين الكافية، وأسطح العمل المناسبة، والمعدات المناسبة، ومواد التعبئة والتغليف اللازمة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد معايير الممارسة لبيئة تحضير وإعطاء الأدوية الآمنة. ويطلب من متخصصي الرعاية الصحية الذين يحضرون الأدوية استخدام تقنيات لضمان الدقة (مثل التحقق المزدوج من الحسابات الدوائية)، وتجنب التلوث، بما في ذلك استخدام تقنيات نظيفة أو معقمة حسب الاقتضاء؛ والحفاظ على مناطق نظيفة وغير مزدحمة لتحضير المنتج. علاوة على ذلك، فإن متخصصي الرعاية الصحية الذين يحضرون المنتجات المعقمة المركبة أو يحضرون الأدوية باستخدام قوارير متعددة الجرعات أو الأدوية الخطرة هم أكفاء ومدربون على مبادئ تحضير الأدوية وتقنية التعقيم. وبالمثل، تتوفر أغشية تدفق الهواء الرقائقي وتستخدم عند الإشارة إليها من خلال الممارسات المهنية (مثل تحضير الأدوية السامة للخلايا).

يتم وضع ملصقات تعريفية على الأدوية المحضرة بطريقة موحدة. ينطبق هذا المطلب على أي دواء يتم تحضيره ولكن لا يتم إعطاؤه على الفور (لا ينطبق هذا المطلب على الدواء الذي يتم تحضيره وإعطائه على الفور في حالات الطوارئ). كحد أدنى، يجب أن تتضمن الملصقات (إذا لم تكن ظاهرة على العبوة) ما يلي:

أ) بيانات تعريف المريض (وسيلتي تعريف فريدتان)

ب) اسم الدواء

ج) القوة/التركيز

د) الكمية

هـ) تاريخ انتهاء الصلاحية

و) تاريخ انتهاء الاستخدام

ز) تعليمات الاستخدام

ح) أي تعليمات خاصة/تحذيرية

ط) تاريخ ووقت التحضير والمادة المخففة لجميع الخلطات الوريدية المركبة، والمحاليل الوريدية (إن وجدت).

يجب على مستشفى الصحة النفسية اتباع عملية واضحة وثابتة لتحضير وإعطاء الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية والمخدرة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها. يجب أن يشمل الإعطاء الآمن للأدوية على الأقل ما يلي:

أ. المريض الصحيح

أ. الدواء الصحيح

أ. الوقت والمعدل الصحيح للإعطاء

١٧. الجرعة والنظام الصحيح
٧. طريقة إعطاء الصحيحة
١٦. الأسباب/دواعي الاستعمال الصحيحة للعلاج الدوائي.
١٧. مراجعة ما إذا كان المريض يعاني من حساسية تجاه أي دواء في الوصفة الطبية أو الأمر الطبي.
١٨. توفير معلومات حول الأدوية التي سيتم إعطاؤها لهم ومنح المرضى فرصة لطرح الأسئلة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تثقيف المرضى و/أو أسرهم، ومقدمي الرعاية حول الاستخدام الآمن والفعال للأدوية الموصوفة والتي سيتم إعطاؤها بما في ذلك (إذا لزم الأمر) أي تفاعلات ضارة كبيرة محتملة، أو مخاوف أخرى بشأن إعطاء الدواء.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية تحضير/تركيب أوامر الأدوية، وقد يلاحظون وضع الملصقات التعريفية على المنتجات المحضرة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من كفاءات العاملين المسؤولين عن تحضير وإعطاء الدواء.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية إعطاء الدواء بما في ذلك الأدوية المخدرة والمؤثرة على الحالة النفسية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يضمن مستشفى الصحة النفسية أن متخصصي الرعاية الصحية الأكفاء والمدربين تدريباً جيداً يحضرون و/أو يعطون الأدوية والخلطات، مع أو بدون إشراف.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لتوجيه تحضير وتركيب المستحضرات المعقمة وغير المعقمة.
3. يتم وضع علامات صحيحة على جميع الأدوية المحضرة في مستشفى الصحة النفسية بطريقة موحدة مع ما لا يقل عن العناصر من أ) إلى ط) في الغرض.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لإعطاء الدواء الآمن تتضمن عناصر من الأول إلى الثامن في الغرض.
5. يتم تحضير وإعطاء الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية والمخدرة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01 برنامج إدارة الدواء، MMS.05 الأدوية عالية الخطورة والإلكترونيات المركزة، MMS.06 الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، MMS.03 تخزين الدواء ووضع الملصقات التعريفية عليه، MMS.08 الطلب الآمن للدواء ووصفه ونسخه، IPC.08 ممارسات الحقن الآمن.

MMS.11 يتم صرف أوامر الأدوية بأمان بعد مراجعتها للتأكد من ملاءمتها ودقتها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

صرف الدواء

الغرض:

يجب مراجعة جميع أوامر الأدوية قبل صرفها وإعطائها. يجب على مستشفيات الصحة النفسية إجراء مراجعات لأوامر الأدوية لمراقبة الدواء بشكل مناسب والتأكد من أن الأدوية التي يتلقاها كل مريض لها دواعي استعمال إكلينيكية.

تتم مراجعة كل وصفة طبية للتأكد من اكتمالها ودقتها وملاءمة الدواء للمريض المناسب والاحتياجات الإكلينيكية الصحيحة قبل الصرف والإعطاء، باستثناء حالات الطوارئ التي قد تضر بالمريض وتأخر النتائج المرجوة. تتم مراجعة كل وصفة طبية/أمر من قبل متخصص رعاية صحية مؤهل ومختص. يجب أن تغطي مراجعة الملاءمة على الأقل ما يلي؛

- (أ) ملاءمة الدواء لخصائص المريض وحالته
- (ب) الجرعة، والتكرار، وطريقة الإعطاء، والمدة
- (ج) الازدواجية العلاجية.
- (د) التفاعلات الدوائية، بما في ذلك التفاعل مع الطعام.
- (هـ) احتمالية حدوث سمية للأعضاء.
- (و) أي حساسية أو تحسس.
- (ز) تحديد الجرعة بناءً على الوزن.
- (ح) المعلومات الإكلينيكية المحددة للمريض
- (ط) أي موانع استعمال محتملة

يجب أن يكون لدى مستشفى الصحة النفسية عملية لتوفير الأدوية لتلبية احتياجات المرضى عندما تكون الصيدلية مغلقة. وتحديد العاملين المصرح لهم بإجراء مراجعة الملاءمة في مثل هذه الحالات. يجب إجراء مراجعة ثانية من قبل متخصص الرعاية الصحية المرخص في غضون 24 ساعة.

كذلك، يجب أن يتبع صرف الأدوية داخل المستشفى عمليات موحدة لضمان سلامة المرضى. يجب على مستشفى الصحة النفسية صرف الأدوية في أكثر أشكالها جاهزية للإعطاء لتقليل فرص حدوث خطأ أثناء التوزيع والإعطاء. الصيدلي المرخص هو وحده المسؤول عن صرف أمر الدواء وفقاً للقوانين واللوائح. يجب على مستشفى الصحة النفسية الاحتفاظ بسجلات أوامر الأدوية وفقاً للقانون واللوائح، والترخيص، ومعايير الممارسة المهنية.

يجب أن يتم خلال عملية الصرف تقديم معلومات وتعليمات شفوية أو مكتوبة بلغة مفهومة للمريض أو الأسرة أو مقدم الرعاية فيما يتعلق بالأدوية الموصوفة، ويجب أن تتضمن المعلومات المقدمة على الأقل ما يلي:

- i. دواعي الاستعمال
- ii. التفاعلات المحتملة بين الأدوية وبعضها و/أو بين الأدوية والطعام

iii. الآثار الجانبية الشائعة واحتياطات الاستخدام

iv. تعليمات الاستخدام

v. تعليمات التخزين

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين عن صرف الأدوية للتحقق من درايتهم بمراجعات الملاءمة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية الصرف الآمن المطبقة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تتم مراجعة كل وصفة طبية/أمر من قبل متخصص رعاية صحية مؤهل ومختص للتأكد من اكتمالها ودقتها وملاءمتها قبل الإعطاء والصرف، وتغطي على الأقل عناصر من أ) إلى ط) في الغرض.
2. يضمن مستشفى الصحة النفسية عملية صرف الأدوية الآمنة والدقيقة والتي تغطي عناصر من الأول إلى الخامس في الغرض.
3. العاملون ذوو الصلة المشاركون في عملية مراجعة وصرف الأدوية على دراية ومدربون على كيفية تطبيق عملية الملاءمة.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية ثابتة عندما لا يكون متخصص الرعاية الصحية المؤهل والمختص متاحًا.

المعايير ذات الصلة:

- MMS.01 برنامج إدارة الدواء، MMS.08 الطلب الآمن للدواء ووصفه ونسخه، MMS.10 تحضير الدواء وإعطائه، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

الأحداث الدوائية الضارة، والأخطاء الدوائية، والأحداث الوشيكية

- MMS.12 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لمراقبة تأثيرات الأدوية على المرضى، وكذلك للكشف عن الأحداث الدوائية الضارة والأخطاء الدوائية والأحداث الوشيكية والتصرف بناءً عليها والإبلاغ عنها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشيكية

الغرض:

تتم مراقبة الأدوية للتأكد من فاعليتها الإكلينيكية وآثارها الدوائية الضارة. الغرض من المراقبة هو تقييم الاستجابة العلاجية للدواء (الأدوية)، بما في ذلك السلامة والفاعلية، من أجل تعديل جرعة أو نوع الدواء عند الحاجة، وتقييم أي تفاعل دوائي، وتقييم المريض بحثًا عن آثار ضارة أو ردود فعل تحسسية. تشمل مراقبة تأثيرات الدواء ملاحظة وتوثيق أي آثار ضارة. ويتم ذلك باستخدام نموذج موحد (النماذج القومية المصرية).

يتم الإبلاغ للمؤسسات المعتمدة في الوقت المناسب وفقاً للوائح الوطنية.

- يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ عملية لمراقبة الدواء يجب أن تحتوي على الأقل على الفئات التالية:
- أ) مراقبة الاستجابة للجرعة الأولى من دواء جديد، حيث يجب تقييم الجرعة الأولى لأن أي تفاعلات ضارة، بما في ذلك الخطيرة منها، تكون غير متوقعة إذا لم يتم استخدام الدواء من قبل مع المريض.
- ب) مراقبة المرضى الذين يتلقون أدوية نفسية: جميع الأدوية لها آثار جانبية ولكن الأدوية المضادة للذهان لها متطلبات مراقبة خاصة مثل: (مراقبة القلب والأبيض ومراقبة الكلوزابين) وكذلك للمرضى الذين يستخدمون أدوية متعددة مضادة للذهان.
- ج) مراقبة التخفيض التدريجي للجرعة، وإدارة الانسحاب للمرضى.
- د) إجراء المراقبة مع أوامر الأدوية (عند اللزوم) للأدوية النفسية.
- هـ) مراقبة الأطفال والمراهقين: للاستخدام الآمن والفعال للأدوية المضادة للذهان.
- و) مراقبة المرضى المسنين: قد يتحملون جرعات أقل من الأدوية النفسية المطلوبة، وإصابات السقوط التي يمكن أن تسبب نتائج ضارة خطيرة لدى كبار السن بما في ذلك زيادة خطر الوفاة.
- ز) مراقبة المريضات الحوامل وبعد الولادة، وقبل البدء في تناول الأدوية النفسية وحسب الدواعي الإكلينيكية.
- تعتبر الأخطاء الدوائية والأحداث الوشيكة ذات أهمية خاصة بالنظر إلى الحجم العالمي الكبير والمتزايد لاستخدام الأدوية. وهذا أمر بالغ الأهمية بشكل خاص في أماكن الرعاية الصحية حيث تحدث نسبة كبيرة من عمليات الوصف الطبي. من المهم أن يكون لدى مستشفى الصحة النفسية عملية لتحديد الأخطاء الدوائية والأحداث الوشيكة والإبلاغ عنها. وتتضمن العملية تحديد الخطأ الدوائي والحدث الوشيك، وتثقيف العاملين حول العملية وأهمية الإبلاغ.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مراقبة الدواء وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية الإبلاغ عن الأحداث الدوائية الضارة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية والأحداث الوشيكة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم الإبلاغ عن الأحداث الدوائية الضارة بطريقة تتفق مع الإرشادات الوطنية والدولية.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية ثابتة لمراقبة الاستجابة للأدوية المؤثرة على الحالة النفسية، خاصة للمرضى الذين يتلقون أدوية متعددة مضادة للذهان.
3. تتم مراقبة الآثار الدوائية الضارة الفعلية أو المحتملة للأدوية على المرضى وتوثيقها في سجل المريض، بما في ذلك الإجراءات التي يجب اتخاذها كاستجابة فورية.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية تعريفات واضحة للخطأ الدوائي، والحدث الوشيك، وينفذ عملية للتصرف بناءً على الأخطاء الدوائية والأحداث الوشيكة والإبلاغ عنها بطريقة تتفق مع الإرشادات الوطنية.

المعايير ذات الصلة:

MMS.01 برنامج إدارة الدواء ، MMS.08 الطلب الآمن للدواء ووصفه ونسخه، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث،
QPI.06 الأحداث الوشيكة.

القسم 3: المعايير المتمركزة حول المنشأة

بينما كان التركيز في القسم السابق على سلامة المرضى والرعاية المتمركزة حول المريض، إلا أن المرضى ليسوا العملاء الوحيدين لأنظمة الرعاية الصحية. فمخصصو الرعاية الصحية يواجهون مخاطر أيضًا. على الرغم من استمرار الجدل حول ما إذا كان يجب اعتبار رفاهية العامل جزءًا من مبادرات سلامة المرضى، فإن العديد من المنظمات تفكر في الأمر بهذه الطريقة، بما في ذلك اللاعبون الرئيسيون في صناعة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. ثلاثة جوانب رئيسية قد تؤثر على رفاهية العامل؛ السلامة، والتوتر، والهيكل التنظيمي للمستشفى.

فيما يتعلق بالسلامة، وفقًا لإدارة السلامة والصحة المهنية (OSHA) بوزارة العمل بالولايات المتحدة، يعد المستشفى أحد أخطر أماكن العمل. يعاني متخصصو الرعاية الصحية من بعض أعلى معدلات الأمراض والإصابات غير المميتة، متجاوزين بذلك صناعات البناء والتصنيع. في عام 2011، سجلت المستشفيات الأمريكية 253,700 إصابة ومرض مرتبط بالعمل، بمعدل 6.8 إصابة مرتبطة بالعمل لكل 100 موظف بدوام كامل. من عام 2002 إلى 2013، كان معدل حوادث العنف الخطيرة في مكان العمل (تلك التي تتطلب أيام إجازة لتعافي العامل المصاب) أكبر بأكثر من أربع مرات في الرعاية الصحية منه في القطاع الخاص في المتوسط. في الواقع، تمثل الرعاية الصحية ما يقرب من عدد الإصابات العنيفة الخطيرة التي تحدث في جميع الصناعات الأخرى مجتمعة، وأفادت إدارة السلامة والصحة المهنية أن الممرضات والعاملين في مجال الصحة النفسية تعرضوا لأعمال عنف في مكان العمل أثناء عملهم مع المرضى الذين أظهروا سلوكًا عدوانيًا. وهناك الكثير من الاعتداءات أو التهديدات التي لا يتم الإبلاغ عنها. يأتي العنف في مكان العمل بتكلفة باهظة؛ ومع ذلك، يمكن منعه.

من ناحية أخرى، قد يؤدي التعرض للتوتر لفترة طويلة جدًا إلى خفض كفاءة الشخص ويمكن أن يؤدي إلى عواقب سلبية على صحته أو حياته الأسرية والاجتماعية. ومع ذلك، ليس كل مظهر من مظاهر التوتر هو دائمًا توتر في مكان العمل. قد يكون سبب التوتر في مكان العمل عوامل مختلفة. بعض المهن بطبيعتها أكثر إرهاقًا من غيرها. أظهرت بعض الدراسات أن مهن الرعاية الصحية هي من بين المهن الست الأولى الأكثر إرهاقًا. لا يصاب جميع متخصصي الصحة بنفس المستوى من التوتر، ولا تظهر على جميعهم علامات الإرهاق المهني أيضًا. وفقًا لعدة دراسات، أفاد الطاقم الطبي /طاقم التمريض في وحدة العناية المركزة أن التعامل مع الموت هو مصدر التوتر الأول لديهم، مقارنة بالممرضات اللاتي يعملن في أقسام الطب الباطني أو الجراحة. بالنسبة لهؤلاء المتخصصين، قد يكون عبء العمل والتخطيط الكافي للقوى العاملة هو أهم مصدر للتوتر.

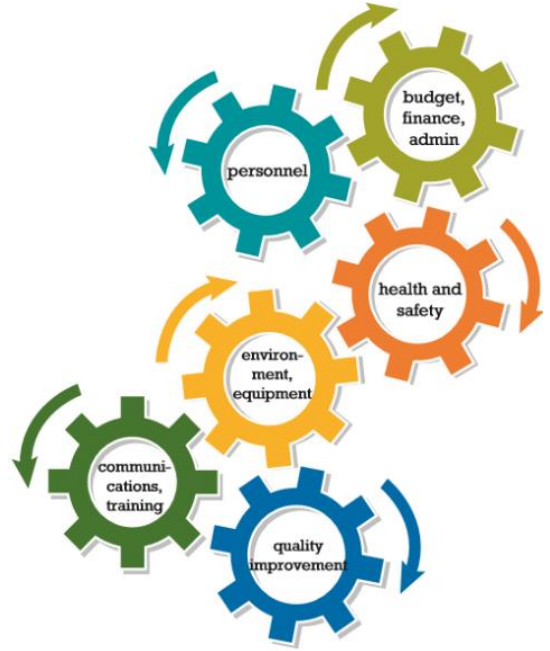
يوفر الهيكل التنظيمي للمستشفى التوجيه لجميع العاملين من خلال تحديد علاقات الإبلاغ الرسمية التي تحكم سير العمل في الشركة. يسهل المخطط الرسمي لهيكل المستشفى إضافة وظائف جديدة في المستشفى، كما يوفر وسيلة مرنة وجاهزة للنمو. يجب أن تكون إدارة المنشأة وفقًا لإطار أخلاقي واضح يستجيب لاحتياجات المجتمع. تلتزم المنشآت بالعمل لصالح المجتمع ككل. يحتاج العاملون، كأعضاء في المجتمع، إلى المشاركة في تقييم احتياجات المجتمع والاستجابة لها، بالإضافة إلى حمايتهم من مخاطر السلامة والتوتر أثناء العمل في المستشفى.

ومع ذلك، تقع على عاتق كل من المستشفى والعاملين مسؤولية الحفاظ على سلامة القوى العاملة. على سبيل المثال، بينما توفر الإدارة معدات الوقاية الشخصية، مثل نظارات السلامة لإبعاد الحطام ورذاذ المواد الكيميائية عن العينين، فمن مسؤولية العاملين ارتداء معدات الوقاية الشخصية عند أداء العمل الذي حددته الإدارة على أنه يتطلب ذلك. بشكل أعم، تقع

على عاتق الإدارة مسؤولية إعداد تعليمات عمل مفصلة تصف بوضوح كيفية أداء العمل من أجل منع إخفاقات الجودة والسلامة؛ والعاملون مسؤولون عن اتباع هذه الإجراءات.

وبالتالي، سيركز هذا القسم على بعض الأفكار الأحدث حول ملائمة مكان العمل في الرعاية الصحية لتوفير بيئة آمنة وفعالة ومتحسنة لخدمة الرعاية الصحية. إحدى الأدوات المستخدمة لتصميم هذا القسم تسمى Health-WISE، وهي أداة عمل طورتها منظمة العمل الدولية (ILO) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية. انبثقت هذه الأداة من التفكير التقليدي حول سلامة المرضى والتحسين بشكل أعم. وهي تصف عملية وهيكلًا قد يؤديان إلى تحسين السلامة في مجموعة متنوعة من بيئات الرعاية الصحية.

يهدف HealthWISE إلى تزويد مؤسسات الرعاية الصحية بأداة عملية وتشاركية وفعالة من حيث التكلفة لتحسين ظروف العمل والأداء والصحة والسلامة المهنية للعاملين الصحيين وجودة الخدمات الصحية المقدمة. يتم إدخال التحسينات واستدامتها من خلال الجهود المشتركة للإدارة والعاملين، مجتمعين في فريق متخصص. يركز HealthWISE على القوى العاملة الصحية ويعالج الموضوعات الرئيسية لتقديم رعاية جيدة. ويشجع الجميع على المشاركة في جعل مكان عملهم ليس فقط مكانًا جيدًا للعمل ولكن بيئة رعاية صحية عالية الجودة يقدرها المرضى والمجتمع.



عناصر مكان العمل الآمن لتقديم الرعاية الصحية

بما أن إدارة المنشأة مسؤولة عن توفير هيكل فعال للمستشفى، حيث تكون الهيئة الحاكمة محددة جيدًا وتستجيب لاحتياجات المستشفى، يعمل القادة بشكل تعاوني لإدارة المستشفى نحو

التوجهات الاستراتيجية المعتمدة مسبقًا. ويتضمن الهيكل الراسخ تحديد قدرة وأدوار القوى العاملة في المستشفى، وتوفير التوجيه والتعليم الكافيين، والمراقبة والتقييم المستمرين. وبالتالي، هناك حاجة إلى إدارة قوية للمعلومات والتكنولوجيا لتسجيل البيانات والمعلومات، بالإضافة إلى برنامج قوي لإدارة الجودة يمكنه التقاط وتفسير البيانات والمعلومات.

سلامة البيئة والمنشأة

الغرض من الفصل:

تهدف سلامة البيئة والمنشأة في مستشفيات الصحة النفسية إلى تقليل المخاطر المحتملة للمرضى والزوار والعاملين والمباني من خلال الامتثال للقوانين واللوائح المحلية وقوانين الحريق والبناء لتوفير بيئة عمل آمنة ومأمونة.

من وجهة نظر بيئية، فإنه ينطوي على إنشاء نهج منهجي للامتثال للوائح البيئية، مثل إدارة النفايات والحفاظ على حالة بيئية آمنة. ومن وجهة نظر السلامة، فإنه ينطوي على بذل جهود منظمة وإجراءات لتحديد مخاطر مكان العمل وتقليل الحوادث والتعرض للمواقف والمواد الضارة. ويشمل أيضًا تدريب العاملين على الوقاية من الحوادث، والاستجابة للحوادث، والتأهب للطوارئ، واستخدام الملابس والمعدات الواقية. على الصعيد العالمي، تم تطوير معايير تصميم الرعاية الصحية للحفاظ على هيكل مستشفى مناسب يحافظ على السلامة والكفاءة لجميع المستخدمين.

يصدر معهد إرشادات المرافق معايير دورية قائمة على الأبحاث لتصميمات مرافق الرعاية الصحية. تضع إدارة السلامة والصحة المهنية (OSHA)، ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC)، ومنظمة الصحة العالمية، وغيرها من الجهات الفاعلة الدولية في مجال الرعاية الصحية معايير معينة لمختلف جوانب تصميم الرعاية الصحية. محليًا، تلعب المتطلبات التنظيمية دورًا مهمًا في سلامة البيئة والمنشأة. يجب على المستشفى تحديد وفهم جميع لوائح سلامة البيئة والمنشأة ذات الصلة لتنفيذ التدابير المطلوبة. تشمل المبادرات الوطنية على سبيل المثال لا الحصر (قوانين بناء المنشآت، ومتطلبات الترخيص للمنظمة بأكملها والوظائف/الآلات/المعدات/الوحدات الفردية داخل المستشفى، وقوانين الدفاع المدني، ومبادرات المستشفيات الخضراء، والقوانين البيئية).

سيقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمقابلة العاملين المعنيين في قسم سلامة البيئة والمنشأة ومناقشة المعايير المختلفة للفصل ومراجعة الوثائق وتتبع الأنشطة والوظائف وقياس وعي المنشأة بالسلامة. وتعد الجولة الميدانية أداة مهمة يستخدمها المراجعون لقياس مخاطر السلامة البيئية في المستشفى.

الهدف من الفصل:

بدأ هذا الفصل بالتخطيط والإدارة الفعالة لسلامة المنشأة البيئية بالمستشفى. يليه اشتراط وضع وتنفيذ ومراقبة وتحسين وتقييم وتحديث سنوي لخطط السلامة البيئية. والهدف الرئيسي هو ضمان قدرة المنشأة على تحديد مشكلات السلامة وتوفير برنامج آمن وفعال للتعامل مع السلامة البيئية والحفاظ عليها. يناقش الفصل ما يلي:

• السلامة من الحرائق:

الوقاية، والكشف المبكر، والاستجابة، والإخلاء الآمن في حالة نشوب حريق.

• المواد الخطرة:

التعامل الآمن مع المواد الخطرة، وتخزينها، ونقلها، واستخدامها، والتخلص من النفايات.

• السلامة:

توفير بيئة عمل آمنة لجميع شاغلي المبنى، وضمان أن مباني المستشفى ومناطق البناء والمعدات لا تشكل خطرًا على المرضى والعاملين والزوار.

• الأمن:

حماية ممتلكات جميع شاغلي المبنى من الفقد أو السرقة أو التلف أو العبث أو الوصول أو الاستخدام غير المصرح به.

• **المعدات الطبية:**

اختيار المعدات الطبية، وفحصها، واختبارها، وصيانتها، واستخدامها الآمن.

• **أنظمة المرافق:**

ضمان كفاءة وفعالية جميع المرافق من خلال الفحص المنتظم والصيانة والاختبار والإصلاح للمرافق الأساسية لتقليل مخاطر فشل التشغيل.

• **التأهب للكوارث:**

الاستجابة للكوارث والطوارئ التي يحتمل حدوثها داخل المنطقة الجغرافية للمستشفى مع تقييم السلامة الهيكلية لبيئة رعاية المرضى.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ :

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) الكود المصري لتصميم المنشآت الصحية.
- (2) متطلبات الدفاع المدني المصري.
- (3) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- (4) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- (5) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010.
- (6) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021.
- (7) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004.
- (8) معايير ترخيص منشآت الصحة النفسية الصادرة عن المجلس القومي للصحة النفسية.
- (9) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 402 لسنة 2015 بشأن معايير تصميم المنشآت الصحية.
- (10) قانون العمل القومي رقم 12 لسنة 2007.
- (11) قانون تنظيم إدارة المخلفات رقم 202 لسنة 2020.
- (12) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 722 لسنة 2022 بشأن تنظيم إدارة المخلفات.
- (13) القانون الوطني للبيئة رقم 4 لسنة 1994 والمعدل بالقانون رقم 9 لسنة 2004.
- (14) قرار هيئة الدواء المصرية رقم 271 لسنة 2021 بشأن تنظيم متطلبات تخزين الأدوية للمؤسسات الصيدلانية.
- (15) القرار الجمهوري رقم 3185 لسنة 2016.
- (16) الإرشادات المصرية لسلامة الغذاء.
- (17) السلامة البيئية: الدليل الإرشادي المصري لنظام اليقظة للأجهزة الطبية /2013.
- (18) السلامة البيئية: الاستراتيجية الوطنية في إدارة الكوارث.
- (19) نظام تقييم الهرم الأخضر (GPRS).
- (20) شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في حالات الطوارئ التابعة لمنظمة الصحة العالمية.
- (21) اللوائح الصحية الدولية لمنظمة الصحة العالمية، 2005.
- (22) المعدات الطبية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية، 2011.

هيكل وبنية تحتية آمنة ومناسبة للمستشفى

EFS.01 تتوافق مرافق مستشفى الصحة النفسية مع القوانين واللوائح وقوانين الحريق والبناء الوطنية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية

الغرض:

في حين أن مستشفيات الصحة النفسية تهدف إلى توفير الشفاء والراحة، فإنها تشمل أيضًا مخاطر معينة. تحتوي مستشفيات الصحة النفسية على مواد كيميائية خطيرة، ومواد معدية، من بين أشياء أخرى مهددة. ولهذا السبب، تفرض السلطات الحكومية قوانين ولوائح لضمان الحماية من التعرض لمثل هذه الأشياء. بالإضافة إلى ذلك، هناك أيضًا مخاطر من الحريق والدخان يمكن أن تكون خطيرة بشكل خاص على مرضى المستشفيات الضعفاء.

تم وضع قوانين البناء لتقديم إرشادات حول تدابير السلامة أثناء تصميم بيئات المستشفيات. ويجب على المستشفى الامتثال للقوانين واللوائح والقوانين ذات الصلة مثل الدفاع المدني والحريق وقوانين البناء لضمان سلامة المرضى والعاملين والزوار والموردين والبيئة. يجب على المستشفى وضع وصيانة برنامج لسلامة البيئة والمنشأة، ويجب أن يشمل البرنامج على الأقل ما يلي:

أ) المساحة الدقيقة المطلوبة لتقديم الخدمات الإكلينيكية والتشخيصية وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها ونطاق خدمة مستشفى الصحة النفسية.

ب) التصاريح والتراخيص ورسومات تصميم المستشفى السارية والحالية.

ج) وجود عاملين مؤهلين في مجال السلامة البيئية تتطابق مهاراتهم ومؤهلاتهم مع متطلبات نطاق خدمات مستشفى الصحة النفسية والقوانين واللوائح.

د) ميزانية لتحديث و/أو استبدال الأدوات أو الأنظمة للحفاظ على السلامة البيئية و/أو لتوسيع الخدمات المقدمة داخل مستشفى الصحة النفسية.

هـ) منهجية مراجعة البيانات الأساسية المجمعة، وتقارير الحوادث، وتقارير التدريبات، وتقارير الترخيص، وتدابير خطة السلامة، والإجراءات المتخذة، والمتابعة لضمان الامتثال الكامل لجميع متطلبات السلامة.

و) لجنة سلامة البيئة والمنشأة التي تشرف على أنشطة السلامة البيئية والتدريب مع اختصاصات واضحة تمثلت للقوانين واللوائح.

ز) آليات المراقبة المستمرة لبرامج سلامة البيئة والمنشأة.

يجب تقديم تقرير شامل إلى قادة مستشفى الصحة النفسية وجميع الأطراف المعنية، بطريقة منتظمة، على الأقل كل ثلاثة أشهر مع ملاحظات مناسبة وإجراءات متخذة. وإذا أبلغت سلطة أو وكالة خارجية، مثل الدفاع المدني، عن ملاحظة أثناء تفتيشها، فإن قادة المستشفى مسؤولون عن تقديم خطة عمل تصحيحية لأي عدم امتثال في الإطار الزمني المطلوب.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى الامتثال للقوانين واللوائح ومطابقة المساحات المخصصة للخدمات والوظائف.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق التي توضح رسومات المستشفى، والميزانية، ومؤهلات موظفي السلامة، وتقارير السلطات الخارجية مع خطط العمل، ومحاضر وجداول أعمال اجتماعات اللجنة الموثقة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تحافظ قيادة مستشفى الصحة النفسية على الامتثال لقوانين السلامة البيئية، واللوائح، وقوانين البناء الوطنية.
2. يحافظ مستشفى الصحة النفسية على المتطلبات الأساسية لتطوير برنامج سلامة البيئة والمنشأة الذي يتضمن على الأقل العناصر من أ) إلى ز).
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية لجنة لسلامة البيئة والمنشأة تشرف على السلامة البيئية مع اختصاصات معتمدة.
4. تجتمع لجنة سلامة البيئة والمنشأة بانتظام ويتم تسجيل الاجتماعات.
5. يتم تسجيل ومراقبة دليل التفتيش الخارجي المنتظم لسلامة البيئة والمنشأة.
6. تضمن قيادة مستشفى الصحة النفسية الامتثال لتقارير التفتيش الخارجية وتصحيح الملاحظات في الإطار الزمني المطلوب.

المعايير ذات الصلة:

- OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، DAS.01 تخطيط وتوفير خدمات التصوير الطبي، DAS.08 برنامج السلامة من الإشعاع، DAS.09 تخطيط وإدارة خدمات المعمل، DAS.16 برنامج السلامة في المعمل، EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.13 خطة التأهب للطوارئ

خطط فعالة وآمنة لسلامة البيئة والمنشأة

- NSR.23 EFS.02 تتناول خطة السلامة من الحرائق والدخان الوقاية والكشف المبكر والاستجابة والإخلاء الآمن في حالة نشوب حريق أو حالات طوارئ داخلية أخرى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة السلامة من الحريق والدخان

الغرض:

أحد الاعتبارات الحاسمة في تصميم السلامة لمستشفى الصحة النفسية هو الوقاية من الحرائق، لا سيما فيما يتعلق بقابلية احتراق مواد البناء والأثاث وانتشار الحريق والدخان. في حالة نشوب حرائق عرضية أو متعمدة، يجب أن تكون معدات الإطفاء سهلة الوصول لمكافحة هذه الحرائق. يجب أن يكون لدى العاملين في المستشفى معرفة عملية بكيفية استخدام المعدات وتجنب الذعر. إن نقل جميع المرضى والزوار والعاملين خارج المرافق الخطرة و/أو المتضررة بأمان قدر الإمكان هو دائماً الهدف من الإخلاء.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع خطة للسلامة من الحرائق والدخان تتناول على الأقل ما يلي:

(أ) تقييم مستمر للمخاطر يتميز بالسّمات التالية:

- i. تقييم الامتثال للوائح الدفاع المدني.
- ii. يشمل الفصل بين مناطق الحريق والدخان، والمناطق عالية الخطورة على سبيل المثال المخازن، ومناطق تخزين إمدادات الأكسجين، ولوحات التحكم الكهربائية، وغرفة السجلات الطبية، وغرفة القمامة، إلخ.
- iii. يتناول سلامة جميع شاغلي المبنى بما في ذلك المرضى والأسر والعاملون بدوام كامل والعاملون بدوام جزئي والزوار والموردون والمقاولون وغيرهم.
- iv. يتناول الإخلاء في حالات الطوارئ المتعلقة بالحرائق وغير المتعلقة بالحرائق.
- v. يتم إجراء تقييم خاص للمخاطر أثناء التجديد والبناء.

(ب) وجود نظام الكشف المبكر عن الحريق والدخان، بما في ذلك لوحة التحكم المتصلة بجميع المناطق في مستشفى الصحة النفسية وفقاً لوظائفها، وضمان المراقبة المستمرة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

(ج) تدابير مكافحة التدخين.

(د) أنظمة إطفاء الحرائق مثل أنظمة المياه، وطفائيات الحريق الآلية أو اليدوية.

(هـ) قائمة بأنظمة مكافحة الحرائق والإنذار تتضمن جدول اختبار الصيانة والفحص.

(و) توفر مخارج حريق آمنة، مع لافتات واضحة لمناطق التجمع وأضواء الطوارئ، بالإضافة إلى لافتات أخرى ذات صلة مثل كيفية تفعيل إنذار الحريق باستخدام طفاية الحريق وبكرة الخرطوم.

(ز) يجب إجراء فحص لجميع أنظمة مكافحة الحرائق والإنذار، وتسجيل النتائج مع الإجراءات التصحيحية اللازمة.

(ح) التخزين والتعامل الآمن مع المواد شديدة الاشتعال.

(ط) التدريب والتوجيه العملي المناسب لجميع العاملين للتأكد من أن كل شخص في مستشفى الصحة النفسية يمكنه:

i. تطبيق إجراءات RACE و PASS.

ii. إخلاء جميع شاغلي المبنى بأمان (على سبيل المثال، مسار الإخلاء، واللافتات الواضحة، والعاملون المدربون، والمخارج

الآمنة والواضحة، ونقاط التجمع، إلخ...).

(ي) توثيق جميع النتائج بطريقة سليمة وتكرارها وفقاً لخطة التدريب.

يتم تقييم الخطة سنوياً، وإذا لزم الأمر، وفقاً لنتائج مقاييس الأداء ذات الصلة أو الحوادث الكبرى بما في ذلك الإجراءات التصحيحية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة السلامة من الحرائق، وعمليات تفتيش سلامة المنشأة من الحرائق، وصيانة نظام الحريق.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أن أنظمة إنذار الحريق ومكافحة الحرائق واحتواء الدخان تعمل بفاعلية وتتوافق مع متطلبات الدفاع المدني.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة للسلامة من الحرائق والتدخين تتضمن جميع العناصر من أ) إلى ي) في الغرض.
2. تتوفر أنظمة إنذار الحريق ومكافحة الحرائق واحتواء الدخان في مستشفى الصحة النفسية، وتعمل، وتتوافق مع متطلبات الدفاع المدني.
3. يتم إجراء فحص واختبار وصيانة أنظمة إنذار الحريق ومكافحة الحرائق واحتواء الدخان وتسجيلها.
4. يقدم المستشفى تدريباً على الاستجابة للحرائق والإخلاء لجميع العاملين مرتين سنوياً على الأقل.
5. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية إخلاء آمنة لجميع شاغلي المبنى في حالة نشوب حريق و/أو حالات طوارئ داخلية أخرى.
6. يتم تقييم خطة السلامة من الحرائق والدخان سنوياً مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.03 بيئة خالية من التدخين، EFS.04 تدريبات مكافحة الحرائق، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.09 تقييم المخاطر قبل الإنشاء، EFS.13 خطة التأهب للطوارئ، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، ACT.04 اللافتات الإرشادية.

EFS.03 تعتبر المناطق الإكلينيكية وغير الإكلينيكية بالمستشفى خالية من التدخين فيما يتعلق بالاستثناءات المعتمدة وفقاً لحالة المريض.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بيئة خالية من التدخين

الغرض:

وفقاً لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC)، يسبب التدخين حوالي 90% (أو 9 من أصل 10) من جميع وفيات سرطان الرئة. ويموت عدد أكبر من النساء بسبب سرطان الرئة كل عام مقارنة بسرطان الثدي. يسبب التدخين حوالي 80% (أو 8 من أصل 10) من جميع الوفيات الناجمة عن مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD). يزيد تدخين السجائر من خطر الوفاة من جميع الأسباب لدى الرجال والنساء.

تظهر الأبحاث العلمية أنه على الرغم من أن المستشفيات تقيد التدخين في الداخل، إلا أن العديد من الأشخاص يواصلون التدخين في الخارج، مما يخلق مشاكل مع التدخين السلبي، والقمامة، ومخاطر الحريق، والقذوة السلبية. تعد سياسات حظر التدخين مكوناً مهماً في النهج البيئي والاجتماعي المعرفي للحد من تعاطي التبغ والأمراض المرتبطة بالتبغ. بالإضافة إلى ذلك، تم الإبلاغ عن أن سياسات مكافحة التدخين تسبب العديد من الآثار الإيجابية على أداء الموظفين والاحتفاظ بهم.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لمكافحة التدخين تشمل على سبيل المثال لا الحصر؛

- أ) الأماكن المخصصة للتدخين
- ب) استثناءات عدم التدخين وفقاً لحالة المريض
- ج) المناطق المحظور فيها التدخين
- د) لافتات التدخين وعدم التدخين
- هـ) العقوبات على المخالفة وفقاً للقوانين واللوائح
- و) تعريف العاملين بالسياسة

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخالية من التدخين.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية دليل عدم الامتثال للسياسة مثل بقايا السجائر وعلب السجائر، خاصة في المناطق النائية.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة لبيئة خالية من التدخين تتناول جميع العناصر الواردة في الغرض من أ) إلى و).
2. العاملون والمرضى والزوار على دراية بسياسة المستشفى.
3. لا يدخن شاغلو المبنى، وفقاً للقوانين واللوائح، في جميع المناطق باستثناء المناطق المخصصة.
4. يتابع مستشفى الصحة النفسية مدى الامتثال لسياسة منع التدخين.

المعايير ذات الصلة :

EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

EFS.04 NSR.24 يجري مستشفى الصحة النفسية تدريبات فعالة على مواجهة الحريق في جميع المناطق الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تدريبات مكافحة الحرائق

الغرض:

تم تصميم تدريبات مكافحة الحرائق لضمان أنه من خلال التدريب والمحاكاة المنتظمين، سيتمكن العاملون من: امتلاك المعرفة والفهم لخطة السلامة من الحرائق حتى يتمكنوا من التصرف بسرعة وأمان وبطريقة منظمة. وزيادة الثقة بالنفس والقدرة على الوفاء بمسؤولياتهم في حالة نشوب حريق.

يجب تدريب عاملي مستشفى الصحة النفسية جيدًا على مكافحة الحرائق والإخلاء الآمن من خلال المحاكاة العملية والتدريبات المنتظمة لضمان استعداد العاملين في حالة نشوب حريق و/أو حالات طوارئ داخلية أخرى.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تسجيل تفاصيل تدريبات مكافحة الحرائق بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ) التواريخ والتوقيعات.
- ب) العاملون الذين شاركوا في التدريب.
- ج) المناطق المعنية.
- د) نوبات العمل.
- هـ) تقييم التدريب وخطة العمل التصحيحية.
- و) مقابلة العاملين للتحقق من الوعي بخطة السلامة من الحرائق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات مثل RACE و PASS.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات تدريبات مكافحة الحرائق والإخلاء مع التواريخ والتوقيعات والعاملين الذين شاركوا والمناطق المعنية في المستشفى وخطط العمل التصحيحية بناءً على تقييم التدريب.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من الوعي بخطة السلامة من الحرائق والإجراءات الأساسية في مثل هذه الحالات مثل (الإنقاذ، والإنذار، والحصر، والإطفاء/الإخلاء، واسحب، ووجه، واضغط، وحرك).

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إجراء تدريبات مكافحة الحرائق بناءً على فترة زمنية محددة مسبقًا.
2. يشارك العاملون في تدريبات مكافحة الحرائق سنويًا على الأقل.
3. يتم توثيق نتائج تدريبات مكافحة الحرائق من أ) إلى و) المذكورة في الغرض.
4. يتم إجراء تقييم لنتائج تدريبات مكافحة الحرائق بعد إجراء كل تدريب.
5. يخطط المستشفى لاتخاذ إجراءات تصحيحية، كلما أشارت نتائج التدريب إلى ذلك.

المعايير ذات الصلة:

EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان، EFS.03 بيئة خالية من التدخين، EFS.13 خطة التأهب للطوارئ، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

خطة آمنة لإدارة المواد والنفايات الخطرة

EFS.05 NSR.25 يخطط مستشفى الصحة النفسية للتعامل الآمن مع المواد الخطرة وتخزينها واستخدامها ونقلها والتخلص من النفايات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

إدارة المواد الخطرة والنفايات

الغرض:

المواد الخطرة هي مواد يمكن أن تشكل، في حالة إطلاقها أو إساءة استخدامها، تهديدًا للبيئة أو الحياة أو الصحة. تستخدم هذه المواد الكيميائية في الصناعة والزراعة والطب والبحث والسلع الاستهلاكية. تأتي المواد الخطرة في شكل متفجرات، ومواد قابلة للاشتعال والاحتراق. غالبًا ما يتم إطلاق هذه المواد بسبب حوادث النقل أو الحوادث الكيميائية في المستشفيات.

نظرًا لأن آثار المواد الخطرة يمكن أن تكون مدمرة وبعيدة المدى، فمن المهم أن تخطط مستشفيات الصحة النفسية لاستخدامها الآمن وأن تنشئ بيئة عمل آمنة. تشمل نفايات الرعاية الصحية النفايات المعدية والكيميائية والأدوية منتهية الصلاحية والأدوات الحادة. يمكن أن تكون هذه المواد مسببة للمرض وغير آمنة بيئيًا. تشمل بنود النفايات الأخرى الناتجة عن الرعاية الصحية ولكنها ليست خطرة صناديق الأدوية، وتغليف المواد الطبية والأغذية، وبقايا الطعام، ونفايات المكاتب.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد المواد والنفايات الخطرة والتحكم فيها في جميع أنحاء المستشفى لضمان سلامة العاملين والمرضى والأقارب والموردين والبيئة، ويجب حفظها بعيدًا بحيث لا يمكن للمرضى الوصول إليها بسهولة في أي وقت. يتم تصنيف المواد والنفايات الخطرة إلى الفئات التالية وفقًا لتصنيف منظمة الصحة العالمية:

- i. معدية
- ii. مَرَضِيَّة وتَشْرِيجِيَّة
- iii. صيدلانية
- iv. كيميائية
- v. معادن ثقيلة
- vi. حاويات مضغوطة
- vii. أدوات حادة
- viii. سامة للجينات/سامة للخلايا
- ix. مشعة

يجب أن تتضمن إدارة المواد والنفايات الخطرة الامتثال الكامل للقوانين واللوائح، وتوافر التراخيص و/أو التصاريح المطلوبة. يجب أن تتضمن الخطة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ) قائمة جرد حالية ومحدثة للمواد الخطرة المستخدمة في مستشفى الصحة النفسية، ويجب أن تتضمن القائمة اسم المادة، ونوع الخطر، والموقع، والاستخدام، ومعدل الاستهلاك، والمسؤولية.
- ب) يجب أن تتوفر صحيفة بيانات سلامة المواد (MSDS) وتتضمن معلومات مثل البيانات المادية، ونوع المادة الخطرة (قابلة للاشتعال، سامة للخلايا، أكالة، مسرطنة، إلخ)، والتخزين الآمن، والتعامل، وإدارة الانسكاب، والتعرض، والإسعافات الأولية، والتخلص.
- ج) وضع ملصقات تعريفية مناسبة على المواد الخطرة.
- د) إجراء للاستخدام الآمن والتعامل والتخزين والانسكاب للمواد الخطرة.
- هـ) الفصل المناسب ووضع العلامات التعريفية والتعامل والتخزين والنقل والتخلص من جميع فئات النفايات الخطرة.
- و) توفر معدات الوقاية المطلوبة ومجموعات التعامل مع الانسكابات.
- ز) التحقيق في الحوادث المختلفة وتوثيقها مثل الانسكابات والتعرض.
- ح) تدريب وتوعية العاملين.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تقييم وتحديث خطة إدارة المواد والنفايات الخطرة سنوياً أو عند الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة إدارة المواد الخطرة والتخلص من النفايات، وقوائم جرد المواد والنفايات الخطرة، بالإضافة إلى صحيفة بيانات سلامة المواد.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بخطة إدارة المواد الخطرة والتخلص من النفايات.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية وضع الملصقات التعريفية على المواد الخطرة وتخزينها بالإضافة إلى عملية فرز وتخزين والتخلص النهائي من النفايات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة لإدارة المواد والنفايات الخطرة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ح).
2. يضمن مستشفى الصحة النفسية سلامة العاملين عند التعامل مع المواد و/أو النفايات الخطرة.
3. يضمن مستشفى الصحة النفسية الاستخدام الآمن والتعامل والتخزين ووضع الملصقات التعريفية على المواد الخطرة.
4. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لإدارة الانسكابات والتحقيق فيها وتسجيل وتوثيق الحوادث المتعلقة بالمواد الخطرة.
5. يتم تقييم وتحديث الخطة سنوياً مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، IPC.09 أنشطة التنظيف البيئي، DAS.08 برنامج السلامة من الإشعاع، DAS.16 برنامج السلامة في المعمل، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، EFS.12 إدارة المرافق، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية.

خطة السلامة والأمن

EFS.06 تتناول خطة بيئة العمل الآمنة المناطق عالية الخطورة، والإجراءات، ومتطلبات تخفيف المخاطر، والأدوات، والمسؤوليات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة إدارة السلامة

الغرض:

تلتزم الخدمات الصحية بتوفير بيئة آمنة للمرضى والعاملين والزوار. تحافظ ترتيبات السلامة في المستشفى على سلامة المرضى والعاملين والزوار من المخاطر غير الملائمة مثل الكهرباء والسلوك غير اللائق مثل العنف والعُدوان. يجب أن يكون لدى المستشفى خطة سلامة تغطي المبنى والممتلكات والمعدات الطبية والأنظمة لضمان بيئة مادية آمنة للمرضى والأسر والعاملين والزوار والموردين.

يجب أن تتضمن خطة السلامة على الأقل ما يلي:

- (أ) التقييم الاستباقي للمخاطر.
- (ب) تخطيط فعال لمنع الحوادث والإصابات والانتحار وتقليل المخاطر المحتملة، للحفاظ على ظروف آمنة لجميع شاغلي المبنى.
- (ج) عمليات مكافحة الحشرات والقوارض.
- (د) يحدد المستشفى المخاطر المحتملة بسبب فشل النظام، أو سلوك العاملين أو المرضى، على سبيل المثال، الأرضيات المبللة؛ تسرب المياه من السقف بجوار المقصورات الكهربائية؛ التعامل غير السليم مع الأدوات الحادة؛ عدم الامتثال لمعدات الوقاية الشخصية في حالة العمل على ارتفاعات، والقطع، واللحام، والتعامل مع الجهد العالي؛ والتخزين غير الآمن، ومحاولات الانتحار.
- (هـ) الفحص المنتظم مع توثيق النتائج، وإجراء الإجراءات التصحيحية، والمتابعة المناسبة.
- (و) تحسينات للتحديث أو الاستبدال على المدى الطويل.
- (ز) يعتمد التدريب على السلامة على تحليل مخاطر الوظيفة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة سلامة المستشفى، وتقييم المخاطر، والنتائج الموثقة لعمليات التفتيش المنتظمة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالخطة.

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تدابير السلامة المطبقة وقد يلاحظون تعليمات السلامة في المناطق عالية الخطورة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة معتمدة لضمان بيئة عمل آمنة تتضمن جميع العناصر من أ) إلى ز) المذكورة في الغرض.
2. العاملون على دراية بتدابير السلامة المتعلقة بوظائفهم.
3. يتم تطبيق تدابير السلامة في جميع المناطق.
4. يتم نشر تعليمات السلامة في جميع المناطق عالية الخطورة.
5. يتم تقييم وتحديث خطة إدارة السلامة سنوياً مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان، EFS.03، EFS.05 إدارة المواد والنفايات الخطرة، EFS.08 برنامج الوقاية من العنف، EFS.09 تقييم المخاطر قبل الإنشاء، EFS.13 خطة التأهب للطوارئ، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية.

EFS.07 تتناول خطة الأمن أمن جميع شاغلي المبنى والممتلكات بما في ذلك المناطق المقيدة والمعزولة، وتحدد تدابير الحد من المخاطر، وضوابط التحكم، والأدوات، والمسؤوليات.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة الأمن

الغرض:

تعتبر المشاكل الأمنية مثل العنف، والعدوان، والسرقات، والتحرش، والانتحار، والتهديد بوجود قنابل، والإرهاب، وإطلاق النار، واختطاف الأطفال واردة في المستشفيات. عادةً ما تفرض المستشفيات مدونة سلوك لا تتسامح مع العدوان الجسدي أو اللفظي، أو الإيذاء تجاه العاملين أو المرضى أو أفراد الأسرة أو الزوار. للحفاظ على سلامة العاملين والمرضى والزوار، قد تستخدم المستشفيات مجموعة من التدابير الأمنية، بما في ذلك استخدام كاميرات المراقبة، وأجهزة إنذار للطوارئ للعاملين، وأنظمة التحكم الإلكتروني في الدخول للمداخل. كما توظف بعض المستشفيات عاملي أمن.

يضمن المستشفى حماية جميع شاغلي المبنى من العنف، والعدوان، والسرقات، والتحرش، والانتحار، والتهديد بوجود قنابل، والإرهاب، وإطلاق النار، واختطاف الأطفال. تتضمن الخطة الأمنية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

أ) تقييم المخاطر الأمنية.

ب) ضمان تحديد هوية المرضى والزوار والعاملين في المستشفى.

ج) تحديد هوية الموردين/المقاولين مع تقييد حركتهم داخل مستشفى الصحة النفسية.

(د) يجب حماية المرضى الأكثر عرضة للخطر مثل كبار السن والأطفال وذوي الإعاقة من الإيذاء والأضرار المذكورة أعلاه.

(هـ) تدابير وقائية لمنع هروب المرضى مع إجراء تدريب واحد على الأقل سنوياً.

(و) تدابير وقائية لمنع اختطاف الأطفال مع إجراء تدريب واحد على الأقل سنوياً.

(ز) مراقبة المناطق النائية والمعزولة.

(ح) تدريب وتوجيه العاملين.

(ط) يتم تقييم الخطة سنوياً، وإذا لزم الأمر، وفقاً لنتائج مقاييس الأداء ذات الصلة أو الحوادث الكبرى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الخطة الأمنية لمستشفى الصحة النفسية، وتقييم المخاطر الأمنية، والنتائج الموثقة لعمليات التفتيش المنتظمة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير الأمنية المطبقة بما في ذلك تدابير الوقاية من اختطاف الأطفال وهروب المرضى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة أمنية معتمدة تتضمن العناصر من أ) إلى ط) المذكورة في الغرض.
2. يتم تطبيق تدابير وقائية لمنع هروب المرضى.
3. يتم تطبيق التدابير الأمنية بما في ذلك تحديد هوية شاغلي المبنى.
4. يتم تطبيق تدابير وقائية لمنع اختطاف الأطفال.
5. تتم حماية وتأمين المناطق المقيدة والمعزولة.
6. يتم تقييم وتحديث الخطة الأمنية سنوياً مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

PCC.09 متعلقات المريض، EFS.08 برنامج الوقاية من العنف، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

برنامج الوقاية من العنف

EFS.08 NSR.26 ينفذ مستشفى الصحة النفسية برنامجاً للوقاية من العنف.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج الوقاية من العنف

الغرض:

قد يكون العنف في مكان العمل في منشآت الرعاية الصحية المختلفة معروفاً، ولكنه حدث شائع أكثر في مستشفيات الصحة النفسية نظراً للطبيعة الخاصة للمرضى الذين يتلقون الرعاية في هذه المستشفيات.

يتعرض العاملون في مجال الرعاية الصحية في مستشفيات الصحة النفسية بشكل أكبر لأعمال العنف في مكان العمل أثناء عملهم مع المرضى الذين أظهروا سلوكًا عدوانيًّا، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الهجمات المباشرة التي تنطوي على اللكمات والركلات والخدوش والضرب بالأشياء.

يمكن أن يتعرض العاملون في مجال الرعاية الصحية في مستشفيات الصحة النفسية لإصابات تشمل ارتجاج المخ، والتجمعات الدموية، والكسور، والكدمات، والجروح، والعض أثناء تقديم الرعاية للأفراد العدوانيين والعنيفين.

إن تنفيذ برنامج للوقاية من العنف في مكان العمل هو مسؤولية الجميع، وسيحمي بالتأكيد الموظفين ويزيد من ولائهم تجاه عملهم مما يضمن اتخاذ جميع التدابير لحمايتهم. يجب أن يتضمن البرنامج على الأقل ما يلي:

- أ) تحليل لمكان العمل.
- ب) تحديد المخاطر والوقاية منها والسيطرة عليها.
- ج) تطوير ضوابط العنف في مكان العمل، بما في ذلك تنفيذ الضوابط الهندسية والإدارية والأساليب المستخدمة لمنع حوادث العنف المحتملة في مكان العمل.
- د) تدريب العاملين وإشراكهم في البرنامج.
- هـ) الإبلاغ عن الحوادث التي تنتج عن العنف في مكان العمل مع نتائج مكتوبة وتوصيات وخطط للإجراءات التصحيحية.
- و) حفظ السجلات وتقييم البرنامج ومراجعته مع الالتزام بإطار زمني محدد.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج الوقاية من العنف في مكان العمل.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الضوابط والأساليب الهندسية والإدارية المستخدمة لمنع حوادث العنف المحتملة في مكان العمل.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات الإبلاغ عن حوادث العنف.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بالمستشفى برنامج للوقاية من العنف في مكان العمل يتضمن العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. العاملون على دراية بأدوارهم ومسؤولياتهم المتعلقة ببرنامج الوقاية من العنف في مكان العمل.
3. تكتمل السجلات المخصصة للإبلاغ عن حوادث العنف مع النتائج والتحليل والتوصيات وخطط الإجراءات التصحيحية.
4. يتم تقييم البرنامج سنويًّا، وإذا لزم الأمر، وفقًا لنتائج مقاييس الأداء ذات الصلة أو الحوادث الكبرى.

المعايير ذات الصلة:

EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.07 الخطة الأمنية، OGM.11 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

تقييم آمن للمخاطر قبل البناء والتجديد

EFS.09 يقوم مستشفى الصحة النفسية بإجراء تقييم للمخاطر قبل البناء عند التخطيط للبناء أو التجديد.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم المخاطر قبل البناء

الغرض:

تؤثر أعمال البناء أو التجديد الجديدة في المستشفى على جميع شاغلي المبنى، الذين قد يعانون من تغير جودة الهواء بسبب الغبار أو الروائح، والضوضاء، والاهتزازات، والحطام. عند إجراء أعمال بناء أو تجديد جديدة في مستشفى الصحة النفسية، يجب إجراء وتقييم تقييم للمخاطر قبل البناء (PCRA) من أجل وضع خطة تقلل من المخاطر المرتبطة.

يضمن مستشفى الصحة النفسية إشراك جميع الأقسام المتأثرة بالبناء أو التجديد، بما في ذلك إدارة المشاريع، ومكافحة العدوى، والسلامة، والأمن، والتدبير المنزلي، وتكنولوجيا المعلومات، والهندسة، والأقسام الإكلينيكية، والمقاولون الخارجيون.

يتضمن تقييم المخاطر قبل البناء، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- أ. مستوى الضوضاء
- ب. الاهتزاز
- ج. مكافحة العدوى
- د. جودة الهواء
- هـ. خطر الحريق
- و. المرافق المتأثرة (الكهرباء، المياه، الغازات، إلخ)
- ز. المواد الخطرة
- ح. النفايات والحطام
- ط. أي مخاطر أخرى متعلقة بالبناء/التجديد

يضمن مستشفى الصحة النفسية المراقبة، وتوثيق جميع الأنشطة، وجميع المخاطر المتعلقة بالبناء والتجديد.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق تقييم المخاطر قبل البناء والتحقق من تنفيذ توصيات تقييم المخاطر.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين أو المرضى أو المقاولين في منطقة البناء للتحقق مما إذا كانوا على دراية بالاحتياجات المطلوبة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يقوم مستشفى الصحة النفسية بإجراء تقييم للمخاطر قبل البناء قبل أي أعمال بناء أو تجديد، ويتناول العناصر من الأول إلى التاسع في الغرض.
2. تشارك جميع الإدارات المتأثرة في تقييم المخاطر.
3. يخطط مستشفى الصحة النفسية لإجراءات تصحيحية وفقاً لتقييم المخاطر.
4. إذا تم استخدام مقال، تتم مراقبة وتقييم امتثال المقال من قبل مستشفى الصحة النفسية.

المعايير ذات الصلة:

- EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان، EFS.05 إدارة المواد والنفايات الخطرة، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.12 إدارة المرافق، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

خطة آمنة لاختيار وفحص ومعايرة وصيانة المعدات الطبية

- EFS.10 NSR.27** تضمن خطة المعدات الطبية الاختيار الآمن والفحص والاختبار والصيانة والاستخدام الآمن للمعدات الطبية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة المعدات الطبية

الغرض:

تعتبر المعدات الطبية ضرورية لتشخيص وعلاج المرضى. في مستشفيات الصحة النفسية، يجب أن يشرف فرد مؤهل ومدرب على خطة إدارة المعدات الطبية ويديرها. ويكون مسؤولاً عن كامل جرد المعدات الطبية الحيوية، والتعامل مع مخاطر المعدات الطبية، ومراقبة المجموعة الواسعة من الأجهزة. تؤدي الصيانة السيئة إلى نتائج غير مناسبة مما يؤثر بشكل خطير على سلامة كل من المريض والعاملين، بالإضافة إلى فترات التوقف المتكررة، وتأخر الخدمات وعدم كفايتها. لهذا السبب، من الضروري وضع بعض الإرشادات الأساسية لسلامة وخدمة المعدات.

تهدف أجهزة الإنذار إلى حث العاملين على اتخاذ إجراءات فورية ومناسبة، إما للتحقق من عطل الجهاز أو لبدء إجراء يعيد الوضع إلى طبيعته. يمكن ضمان ذلك عندما يصبح جميع العاملين على دراية تامة بإعدادات أجهزة الإنذار (القيم ومستوى الصوت) وأهميتها، ويتم تدريبهم على الإجراءات المطلوبة التي يجب اتخاذها عند تفعيلها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع خطة لإدارة المعدات الطبية تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) وضع معايير لاختيار المعدات الطبية الجديدة.
- ب) اختبار القبول للمعدات الطبية الجديدة عند الشراء.
- ج) اختبار ضبط الجودة الدوري وفقاً لبروتوكول منظمة الصحة العالمية أو توصية الشركة المصنعة.
- د) تدريب العاملين على الاستخدام الآمن للمعدات الطبية عند التعيين، وعند تركيب معدات جديدة، وبشكل منتظم محدد مسبقاً من قبل شخص/شركة مؤهلة.
- هـ) تدريب العاملين على التعامل الآمن مع المعدات المتخصصة.
- و) جرد المعدات الطبية بما في ذلك التوافر، والأهمية، والوظائف.
- ز) تحديد المعدات الطبية الحرجة التي يجب أن تكون متاحة للمشغل على الرغم من توفير الدعم الاحتياطي مثل معدات إنقاذ الحياة، وجهاز التنفس الصناعي، وجهاز الصدمات الكهربائية.
- ح) الصيانة الوقائية الدورية وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة والتي توصي عادةً باستخدام أنظمة وضع الملصقات عن طريق وضع ملصقات للتواريخ وتواريخ استحقاق الصيانة الوقائية الدورية أو وضع ملصقات على المعدات المعطلة.
- ط) معايرة المعدات الطبية وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة و/أو استخدامها.
- ي) أعطال وإصلاح المعدات الطبية.
- ك) التعامل مع الحوادث الضارة للمعدات، بما في ذلك الإجراءات المتخذة، ونظام الدعم الاحتياطي، والإبلاغ.
- ل) يتم الاحتفاظ بالسجلات بما في ذلك تحديث المعدات الطبية، أو إخراجها من الخدمة، و/أو استبدالها بطريقة مخططة ومنهجية. يتم تطبيق هذه السجلات على الأقل لما يلي:
 - i. قائمة جرد المعدات.
 - ii. تدريب المستخدمين.
 - iii. بطاقات تعريف المعدات.
 - iv. جهة اتصال الطوارئ بالشركة.
 - v. الاختبار عند التركيب.
 - vi. الصيانة الوقائية الدورية.
 - vii. المعايرة.
 - viii. تاريخ الأعطال.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة المعدات الطبية بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات المعدات الطبية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى فعالية المعدات الطبية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة معتمدة لإدارة المعدات الطبية تتناول جميع العناصر من أ) إلى ل) المذكورة في الغرض.
2. العاملون على دراية ومدربون على خطة إدارة المعدات الطبية بالمستشفى.

3. يتم الاحتفاظ بسجلات لجميع العناصر من الأول إلى الثامن في الغرض، ويتم تحديد قائمة المعدات الطبية الحرجة، وضمان توفر الدعم الاحتياطي.
4. يتعامل مع المعدات المتخصصة فقط العاملون المدربون والأكفاء.
5. يتم تقييم وتحديث الخطة سنوياً مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.11 أجهزة الإنذار الإكلينيكية، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، IPC.09 أنشطة التنظيف البيئي، EFS.11 أجهزة الإنذار الإكلينيكية.

EFS.11 NSR.28 يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة لإدارة أجهزة الإنذار الإكلينيكية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

أجهزة الإنذار الإكلينيكية

الغرض:

يُعرف جهاز الإنذار الإكلينيكي بأنه "أحد مكونات بعض الأجهزة الطبية المصممة لإخطار مقدمي الرعاية بحدوث تغيير مهم في الحالة الفسيولوجية للمريض. وعادةً ما يوفر جهاز الإنذار الإكلينيكي إخطارًا مسموعًا و/أو مرئيًا بالحالة المتغيرة للمريض".

لا تحتوي مستشفيات الصحة النفسية عادةً على وفرة وتنوع أجهزة الإنذار الإكلينيكية الموجودة في مستشفيات الرعاية الحادة. ومع ذلك، هناك بعض أنواع أجهزة الإنذار المستخدمة في مستشفيات الصحة النفسية التي تندرج ضمن هذه الفئة مثل أجهزة إنذار حركة المداخل التي تستخدم أحيانًا في وحدات المراهقين.

تهدف أجهزة الإنذار إلى حث العاملين على اتخاذ إجراءات فورية ومناسبة، إما للتحقق من عطل الجهاز أو لبدء إجراء يعيد الوضع إلى طبيعته. يمكن ضمان ذلك عندما يصبح العاملون المسؤولون على دراية تامة بإعدادات ومعايير أجهزة الإنذار (أي القيم ومستوى الصوت) وأهميتها، ويتم تدريبهم على الإجراءات المطلوبة التي يجب اتخاذها عند تفعيلها.

يلزم إجراء اختبار كفاءة سنوي للعاملين لضمان الاستخدام الآمن للشاشات والأجهزة الأخرى التي تحتوي على أنظمة إنذار إكلينيكية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للتعامل الآمن مع أجهزة الإنذار الإكلينيكية واستخدامها. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) جرد أجهزة الإنذار الإكلينيكية وخطة صيانتها الوقائية المنتظمة.
- ب) اختبار أنظمة الإنذار الإكلينيكية لضمان عدم كون الإنذارات كاذبة أو تأثيرها على فئات المرضى الخاصة بالصحة النفسية.
- ج) الإعدادات الإكلينيكية المناسبة المطلوبة لتفعيل أجهزة الإنذار.
- د) تحديد صلاحية تعطيل أجهزة الإنذار أو تغيير إعداداتها.

- هـ) ضمان أن تكون أجهزة الإنذار مرئية و/أو مسموعة بشكل كافٍ فيما يتعلق بالمسافات والضوضاء المتنافسة داخل الوحدة.
- و) التدابير الواجب اتخاذها عندما تساهم إشارات الإنذار في ضوضاء الإنذار وإرهاق الإنذار.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى الخاصة بصيانة واختبار أجهزة الإنذار الإكلينيكية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة جرد جميع الأجهزة التي تحتوي على أجهزة إنذار إكلينيكية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات الصيانة، وأدلة التشغيل، وتقارير الأعطال، والإجراءات التصحيحية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة جداول اختبارات أجهزة الإنذار وقائمة الإعدادات النشطة الحالية في مناطق الرعاية المختلفة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بإعدادات أجهزة الإنذار الإكلينيكية والاستجابة لتفعيلها.
- قد يلاحظ (يستمع) مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أو يقومون بتفعيل أجهزة الإنذار الإكلينيكية للتحقق من ملائمة مستوى صوت الإنذار لمساحة العمل.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للإدارة والاستخدام الآمن لأجهزة الإنذار الإكلينيكية تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. العاملون المصرح لهم بالتعامل مع الأجهزة التي تحتوي على أجهزة إنذار إكلينيكية على دراية بسياسة المستشفى.
3. الأفراد الأكفاء مسؤولون عن إدارة واستخدام أجهزة الإنذار الإكلينيكية.
4. يوجد بالمستشفى عملية محددة لضمان ملائمة مستوى صوت الإنذار لمساحة العمل.

المعايير ذات الصلة:

EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.10 خطة المعدات الطبية، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

خطة آمنة للمرافق

EFS.12 NSR.29 تتناول خطة المرافق الأساسية الفحص المنتظم والصيانة والاختبار والإصلاح.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

إدارة المرافق

الغرض:

من المتوقع أن تقدم مستشفيات الصحة النفسية رعاية صحية آمنة وموثوقة لمرضاها. يعد التخطيط للاستجابة المناسبة وأنشطة التعافي لفشل أنظمة المرافق في المستشفى أمراً ضرورياً لتلبية هذا التوقع.

تشكل هذه الأنظمة البنية التحتية التشغيلية التي تسمح بتقديم رعاية آمنة للمرضى. تشمل بعض أهم المرافق الميكانيكية (مثل التدفئة والتهوية والتبريد)؛ والكهربائية (أي الطاقة العادية والطاقة الطارئة)؛ والمياه الساخنة والباردة المنزلية بالإضافة إلى أنظمة السباكة الأخرى؛ والنفايات؛ وأنظمة التكنولوجيا، بما في ذلك الأنظمة العديدة للاتصالات ونقل البيانات؛ ومرافق النقل العمودي؛ وأنظمة الوقود؛ وأنظمة التحكم في الدخول، وأجهزة إنذار الطوارئ، وأنظمة المراقبة؛ والغازات الطبية، والهواء، وأنظمة التفريغ؛ وأنظمة الأنابيب الهوائية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع خطة لإدارة المرافق لضمان كفاءة وفعالية جميع المرافق، على أن تشمل على الأقل ما يلي:

- أ) جرد لجميع أنظمة المرافق الرئيسية، على سبيل المثال، الكهرباء، وإمدادات المياه، والغازات الطبية، والتدفئة، والتهوية، وتكييف الهواء، وأنظمة الاتصالات، والصرف الصحي، ومصادر الوقود، وإنذار الحريق، والمصاعد.
- ب) مخطط نظام المرافق.
- ج) تدريب العاملين على خطة المرافق.
- د) الفحص المنتظم والاختبار والصيانة التصحيحية للمرافق.
- هـ) اختبار المولد الكهربائي مع وبدون حمل بشكل منتظم.
- و) توفير الوقود اللازم لتشغيل المولد في حالة الطوارئ.
- ز) تنظيف وتطهير خزانات المياه واختبار جودة المياه مع أخذ عينات منتظمة للفحص الكيميائي والبكتريولوجي مع توثيق النتائج على الأقل كل ثلاثة أشهر و/أو بشكل متكرر أكثر إذا اقتضت القوانين واللوائح المحلية أو ظروف مصدر المياه ذلك.
- ح) خطة صيانة وقائية، وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة.
- ط) يقوم مستشفى الصحة النفسية بتجميع وتحليل بيانات منتظمة ودقيقة، على سبيل المثال، تكرار الأعطال، والالتزام بالصيانة الوقائية للمراقبة والتحديث والتحسين المناسب للأنظمة المختلفة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة إدارة المرافق للتأكد من توفر جميع الأنظمة المطلوبة، والفحص المنتظم، والصيانة، والمرافق الاحتياطية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق التفتيش، وجدول الصيانة الوقائية، والعقود، والمعدات، بالإضافة إلى نتائج اختبار المولدات والخزانات و/أو الأنظمة الرئيسية الأخرى للتأكد من تغطية المنشأة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة معتمدة لإدارة المرافق تتضمن العناصر من أ) إلى ط) في الغرض.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عاملون مؤهلون للإشراف على أنظمة المرافق.
3. يتم تدريب العاملين على خطة أنظمة المرافق مرتين سنوياً على الأقل.
4. يتم الاحتفاظ بسجلات لجرد أنظمة المرافق، والاختبار، والصيانة الوقائية الدورية، وتاريخ الأعطال.
5. يتم تحديد أنظمة المرافق الحرجة وضمان توفر الدعم الاحتياطي.
6. يتم تقييم الخطة وتحديثها سنوياً مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

خطة آمنة للتأهب للطوارئ

EFS.13 تتناول خطة التأهب للطوارئ الاستجابة للكوارث التي يحتمل حدوثها داخل المنطقة الجغرافية للمستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خطة التأهب للطوارئ

الغرض:

شهدت العقود القليلة الماضية زيادة في وتيرة الكوارث التي تسببت في خسائر بشرية هائلة، من حيث الخسائر في الأرواح والإعاقة بالإضافة إلى الخسائر الاقتصادية الضخمة. على الرغم من أن هذه الكوارث قد لا يمكن منعها تماماً، إلا أنه يمكن تقليل تأثيرها من خلال التخطيط الفعال. وعلى نفس القدر من الأهمية، توجد حالات الطوارئ المحيطية مثل حوادث الطرق والسكك الحديدية والجو، والحرائق، والغرق، والتدافع في التجمعات الجماهيرية، والحوادث الصناعية، والانفجارات، والهجمات الإرهابية التي لديها القدرة الكامنة على التحول إلى حوادث إصابات جماعية. ويتفاقم فقدان الأرواح والإعاقة بسبب نقص التأهب الطبي الكافي كما ونوعاً في جميع أنحاء البلاد.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع أداة لتقييم المخاطر لتحديد أولويات حالات الطوارئ المحتملة بناءً على الاحتمالية والتأثير، ويجب عليه وضع خطة للتأهب للطوارئ، ويتم مراجعة وتحديث الخطة وفقاً لنتائج تقييم وتحليل المخاطر الحالي.

يجب أن تتضمن خطة التأهب للطوارئ على الأقل ما يلي:

- أ) تقييم مخاطر حالات الطوارئ المحتملة. قد تؤثر الكوارث الداخلية والخارجية، مثل الأمطار الغزيرة، والزلازل، والفيضانات، والطقس الحار، والحروب، والتهديدات بوجود قنابل، والهجمات الإرهابية، وحوادث المرور، وانقطاع التيار الكهربائي، والحرائق، وتسرب الغاز، بالإضافة إلى الأوبئة، على مبنى المستشفى و/أو أنشطته.
- ب) درجة التأهب وفقاً لمستوى الخطر.

ج) استراتيجيات الاتصال: قد يكون الاتصال الداخلي في شكل شجرة اتصال واضحة تتضمن ألقاب العاملين وأرقام الاتصال بهم، وقد تشمل قنوات الاتصال الخارجية الدفاع المدني ومراكز الإسعاف والشرطة.

- (د) واجبات ومسؤوليات واضحة لقادة المستشفى والعاملين.
- (هـ) تحديد الموارد المطلوبة مثل المرافق، والمعدات الطبية، والمستلزمات الطبية وغير الطبية، بما في ذلك الموارد البديلة.
- (و) الاستجابة للطوارئ والتأهب لها:
- الفرز.
 - يتم الحفاظ على المهمة الرئيسية للعاملين في حالات الطوارئ.
 - مواقع الرعاية البديلة، والمرافق الاحتياطية.
 - يقوم المستشفى بترتيب النقل الآمن للمرضى في حالات الطوارئ.
 - تدابير المرونة المناخية على سبيل المثال الفيضانات والأمطار الغزيرة وغيرها من حالات الطوارئ الطبيعية.
 - جدول التدريبات. يجب أن يكون لدى مستشفى الصحة النفسية جدول تدريبات لحالات الطوارئ سنوياً على الأقل وضمان حضور العاملين؛ ويشمل التقييم والتسجيل الصحيح للتدريب، على سبيل المثال لا الحصر:
- سيناريو التدريب.
 - ملاحظات حول: إعلان الكود، والتوقيت، وحضور العاملين، والاستجابة، والتواصل، والفرز، والتعامل الإكلينيكي.
 - إجراءات تصحيحية واضحة إذا لزم الأمر.
 - ملاحظات إلى لجنة السلامة البيئية.
 - استخلاص المعلومات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التأهب للطوارئ وسجلاتها للتأكد من أنها تغطي جميع المخاطر المحددة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالخطة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تدابير التأهب لحالات الطوارئ المحددة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة للتأهب للطوارئ تتضمن العناصر من أ) إلى ز) في الغرض.
2. العاملون على دراية بخطة التأهب للطوارئ.
3. يقوم مستشفى الصحة النفسية بإجراء تدريب واحد على الأقل سنوياً يتضمن العناصر من الأول إلى الخامس في الغرض.
4. يظهر مستشفى الصحة النفسية تدابير التأهب لحالات الطوارئ المحددة.
5. يتم تقييم الخطة ومراجعتها بانتظام (سنوياً على الأقل) مع تجميع وتحليل البيانات اللازمة.

المعايير ذات الصلة:

EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر،
WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

مكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض من الفصل:

إن مكافحة ومنع انتشار العدوى (IPC) هي نهج علمي وحل عملي مصمم لمنع الضرر الناجم عن العدوى للمرضى و/أو العاملين في المجال الصحي. إنها تركز على الأمراض المعدية، وعلم الأوبئة، والعلوم الاجتماعية، وتقوية النظام الصحي. تحتل مكافحة ومنع انتشار العدوى مكانة فريدة في مجال سلامة المرضى وجودة التغطية الصحية الشاملة نظرًا لأهميتها للعاملين الصحيين والمرضى في كل لقاء رعاية صحية.

يهدف برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى إلى تحديد وتقليل أو إزالة مخاطر اكتساب ونقل العدوى بين المرضى، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، والمتطوعين، والزوار، والمجتمع. عادةً ما يكون برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى قائمًا على المخاطر؛ وهذا يعني أن تقييم المخاطر مطلوب لتحديد ومعالجة مخاطر العدوى المحتملة بين الأفراد وفي البيئة بشكل فوري واستباقي. بعد ذلك، يجب تصميم الحلول وفقًا لذلك من خلال وضع السياسات والإجراءات المناسبة، جنبًا إلى جنب مع التعقيم المناسب للعاملين. لذلك، يجب أن تختلف أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى من منظمة إلى أخرى، اعتمادًا على الأنشطة الإكلينيكية للمستشفى، ونطاق الخدمات، وفئة المرضى الذين يتم خدمتهم.

تقع على عاتق أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى مسؤولية الإشراف على برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، ويجب أن يكون لدى جميعهم أوصاف وظيفية مفصلة. يجب أن يكون الموظف مؤهلًا بما يكفي لتلبية احتياجات المستشفى. وتعتمد هذه الاحتياجات على حجم المستشفى، وتعقيد الأنشطة، ومستوى المخاطر، بالإضافة إلى نطاق البرنامج. يمكن أن تكون المؤهلات المطلوبة في شكل تعليم، وتدريب، وخبرة، وشهادة.

يستند برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى وأشطته إلى المعرفة العلمية الحالية، والإرشادات الوطنية، وإرشادات الممارسة الدولية المقبولة (CDC، APIC، IFIC) إلى جانب القوانين واللوائح المعمول بها. يجب التخطيط للبرنامج ونشره وتعليمه ومراقبته.

الهدف من الفصل:

1. ضمان الهيكل الفعال لمكافحة ومنع انتشار العدوى.
2. تناول سياسات وإجراءات الاحتياطات القياسية، وتنفيذها، ومراقبتها.
3. تسليط الضوء على أنشطة تنظيف وتطهير البيئة.
4. وصف ممارسات الحقن الآمن.
5. شرح الاحتياطات المبنية على طرق الانتقال ووضع المرضى.
6. شرح برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى في جميع الخدمات المساندة (قسم التعقيم المركزي، المطبخ، المغسلة، وإدارة النفايات).
7. توضيح التدابير الوقائية أثناء البناء والتجديد.

8. ربط أنشطة مكافحة العدوى ببرنامج الجودة التنظيمي وتحديد احتياجات مشاريع تحسين مكافحة ومنع انتشار العدوى.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

- (يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).
- 1) مكافحة العدوى: الإرشادات القومية لمكافحة العدوى، آخر تحديث.
- 2) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 187 لسنة 2004 بشأن العاملين في مكافحة العدوى.
- 3) قانون تنظيم إدارة المخلفات رقم 202 لسنة 2020.
- 4) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 722 لسنة 2022 بشأن تنظيم إدارة المخلفات.
- 5) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 523 لسنة 2015 بشأن إعادة استخدام الأجهزة والأدوات ذات الاستخدام الواحد.
- 6) الكود المصري لتصميم المنشآت الصحية.
- 7) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 402 لسنة 2015 بشأن معايير تصميم المنشآت الصحية.
- 8) القانون الوطني للبيئة رقم 4 لسنة 1994 والمعدل بالقانون رقم 9 لسنة 2004.

هيكل محدد لبرنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى

IPC.01 يشرف فريق متفرغ ومؤهل من متخصصي الرعاية الصحية على أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها، والإرشادات الوطنية والدولية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الفريق المعين لمكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض:

إن وجود فريق متخصص مؤهل ومتفرغ في مجال مكافحة ومنع انتشار العدوى في مستشفى الصحة النفسية يضمن زيادة فاعلية برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى في جميع مراحله بما في ذلك التطوير والتنفيذ والمراقبة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تعيين فريق مؤهل ليكون مسؤولاً عن جميع الأنشطة المتعلقة بمكافحة ومنع انتشار العدوى. ويشرف الفريق على البرنامج، ويضع خطة عمل لتنفيذ هذا البرنامج، ويتقف جميع العاملين بأدوارهم.

يجب أن تلبى مؤهلات وأعداد أعضاء الفريق احتياجات مستشفى الصحة النفسية. وتعتمد هذه الاحتياجات على حجم مستشفى الصحة النفسية، وتعقيد الأنشطة، ومستوى المخاطر، بالإضافة إلى نطاق البرنامج.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من مؤهلات أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى للتحقق من درايتهم بتوصيفهم الوظيفي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية فريق متخصص معين لمكافحة ومنع انتشار العدوى.
2. يوجد لقائد فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى ولكل عضو توصيف وظيفي محدد.
3. أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى مؤهلون من خلال الشهادات والتعليم الذي يتناسب مع متطلبات توصيفهم الوظيفي.
4. يتواصل أعضاء فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى بفاعلية مع الإدارة العليا وجميع الأقسام/التخصصات الأخرى ذات الصلة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، **IPC.03** لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى واجتماعاتها، **OGM.03** قادة مستشفيات الصحة النفسية، **WFM.02** خطة التوظيف، **WFM.03** التوصيف الوظيفي.

IPC.02 يتم تطوير وتنفيذ ومراقبة برنامج شامل لمكافحة ومنع انتشار العدوى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض:

في السابق، كان خطر الإصابة بالعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (HAI) في مستشفيات الصحة النفسية منخفضًا نسبيًا لأنه كان يتم إجراء عدد أقل من الإجراءات التداخلية. في الآونة الأخيرة، يتم علاج المرضى بشكل متزايد في مستشفيات الصحة النفسية. بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام الإجراءات التداخلية والتقنيات المتقدمة بوتيرة متزايدة في أماكن الرعاية الصحية. كل هذه العوامل تزيد من المخاطر المحتملة للإصابة بالعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية في مستشفيات الصحة النفسية.

لذلك، يمكن أن تكون العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية خطرًا شائعًا يواجه أي مستشفى للصحة النفسية. وبالتالي، فإن وضع برنامج شامل لمكافحة ومنع انتشار العدوى له أهمية قصوى للحد من هذه المخاطر بفاعلية.

يُعد برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى جزءًا لا يتجزأ من خطط تحسين الأداء وسلامة المرضى، باستخدام مقاييس ذات أهمية وبائية لمستشفى الصحة النفسية. يجب أن يستند برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى إلى خطة تقييم المخاطر السنوية لمستشفى الصحة النفسية، والإرشادات الوطنية والدولية مثل CDC، وAPIC، وIFIC، وغيرها، والممارسات المقبولة، والقوانين واللوائح المعمول بها.

يجب أن يكون برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى الفعال شاملاً ويشمل جميع جوانب رعاية المرضى، وصحة العاملين، وجميع الخدمات التي يقدمها مستشفى الصحة النفسية مثل (تطبيق إرشادات نظافة الأيدي، والإشراف على مضادات الميكروبات، والحقن الآمن، إلخ).

يجب أن يضمن البرنامج أيضًا تثقيف وتدريب جميع العاملين وتوفير التثقيف اللازم للمرضى والزوار والأسر.

تُعد معلومات القياس ضرورية لتحسين أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى وتقليل معدلات الإصابة بالعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. وبالتالي، يمكن لمستشفيات الصحة النفسية استخدام بيانات ومعلومات القياس على أفضل وجه من خلال فهم المعدلات والاتجاهات المماثلة في المنظمات المماثلة الأخرى.

يمكن لكل مستشفى للصحة النفسية تصميم مقاييس الأداء الخاصة به لمراقبة وتقييم وتحسين برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى. تشمل أمثلة مقاييس الأداء النسبة المئوية للالتزام بنظافة الأيدي ونتائج مراقبة التعقيم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى للتحقق من أن البرنامج يغطي المرضى والعاملين والزوار وأنه يعتمد على تقييم مخاطر مكافحة ومنع انتشار العدوى.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة توثيق البيانات المراقبة، ومقاييس الأداء، وتقارير تحليل البيانات، وتوصيات التحسين وقد يلاحظون التنفيذ.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج يتضمن النطاق، والأهداف، والتوقعات، وأساليب الترصد.
2. يشمل البرنامج جميع مناطق مستشفى الصحة النفسية ويغطي المرضى والعاملين والزوار وفقاً لنطاق مستشفى الصحة النفسية.
3. يتضمن برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى خطة تدريب لجميع العاملين.
4. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع وجمع وتحليل وإبلاغ البيانات الخاصة ببرنامج مكافحة العدوى الخاص به.
5. يعمل مستشفى الصحة النفسية على فرص التحسين المحددة في برنامج مكافحة العدوى الخاص به.

المعايير ذات الصلة:

IPC.01 الفريق المعين لمكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.03 لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى واجتماعاتها، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، IPC.16 عملية ترصد العدوى، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

IPC.03 يشكل مستشفى الصحة النفسية لجنة فاعلة متعددة التخصصات لمكافحة ومنع انتشار العدوى تجتمع شهرياً على الأقل.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

اجتماعات لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى

الغرض:

تنشأ تحديات مكافحة ومنع انتشار العدوى باستمرار في تخصصات مستشفى الصحة النفسية المختلفة، والتي بدورها توفر مدخلات لفريق مكافحة ومنع انتشار العدوى لتقييمهم المستمر للوضع.

توجد لجنة منظمة لمكافحة العدوى؛ ويجب تمثيل جميع التخصصات ذات الصلة في اللجنة على سبيل المثال (على سبيل المثال لا الحصر)، القسم الطبي، وخدمات التمريض، والتدبير المنزلي، والمعمل، والصيدلية، وخدمات التعقيم، وما إلى ذلك، ويجب أن يكون للجنة الحق في استدعاء من تراه مناسباً.

لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى مسؤولة على الأقل عما يلي:

(أ) وضع معايير لتحديد العدوى المرتبطة بمستشفى الصحة النفسية.

(ب) طرق وعملية الترصد.

(ج) استراتيجيات منع العدوى والتحكم في المخاطر.

(د) الإبلاغ عن أنشطة مكافحة ومنع انتشار العدوى.

دليل عملية المراجعة :

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة مصفوفة اللجنة، واختصاصاتها، وقد يراجعون عينة من محاضر الاجتماعات الشهرية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة دليل توصيات المتابعة والتنفيذ.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد اختصاصات واضحة للجنة مكافحة العدوى، تتضمن على الأقل من أ) إلى د) في الغرض.
2. تجتمع اللجنة شهريًا على الأقل.
3. يتم تسجيل اجتماعات اللجنة.
4. يتم تنفيذ التوصيات التي تتخذها اللجنة ومتابعتها في نهاية كل اجتماع.

المعايير ذات الصلة:

IPC.01 الفريق المعين لمكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.16 عملية ترصد العدوى، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية.

IPC.04 يحدد مستشفى الصحة النفسية الإجراءات والعمليات المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بالعدوى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تقييم مخاطر العدوى

الغرض:

يقوم مستشفى الصحة النفسية بتقييم ورعاية المرضى باستخدام العديد من العمليات البسيطة والمعقدة، ويرتبط كل منها بمستوى معين من خطر الإصابة بالعدوى للمرضى والعاملين. من ناحية أخرى، يمكن أن تستقبل أماكن الصحة النفسية تدفقًا للمرضى، وتجمعات للمرضى، وقد يكون لديها عدد كبير من المرضى في مناطق الانتظار المشتركة.

لذلك، من المهم لمستشفى الصحة النفسية تقييم ومراجعة تلك العمليات، وتنفيذ الاستراتيجيات المطلوبة حسب الاقتضاء، مثل السياسات والإجراءات والتتقيف والأنشطة القائمة على الأدلة، للحد من هذا الخطر. يحدد مستشفى الصحة النفسية الإجراءات المرتبطة بزيادة المخاطر من خلال تحديد السياسات والإجراءات التي يتبعها تثقيف العاملين، والأنشطة القائمة على الأدلة، للحد من هذه المخاطر المحددة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة تقييم وتحليل مخاطر مكافحة ومنع انتشار العدوى بالتركيز على الإجراءات والعمليات عالية الخطورة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بتحديد مخاطر العدوى وتخفيفها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية تحدد الأقسام والخدمات والإجراءات ذات الخطر المحتمل المتزايد للعدوى.
2. العاملون المسؤولون على دراية بالعملية المطبقة لتحديد المخاطر وتخفيفها والإبلاغ عنها.
3. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتتبع وجمع وتحليل وإبلاغ بيانات تقييم وتحليل مخاطر العدوى.
4. يعمل مستشفى الصحة النفسية على فرص التحسين المحددة في عملية تقييم وتحليل العدوى الخاصة به.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، IPC.08 ممارسات الحقن الآمن، IPC.09 أنشطة التنظيف البيئي، IPC.10 التقنيات المعقمة، IPC.11 احتياطات العزل، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.02 مقاييس الأداء.

ممارسة آمنة وفعالة للوقاية من العدوى

IPC.05 NSR.02 يتم اعتماد وتنفيذ إرشادات نظافة الأيدي القائمة على الأدلة في جميع أنحاء المستشفى من أجل منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نظافة الأيدي

الغرض:

تعتبر نظافة الأيدي حجر الزاوية في الحد من انتقال العدوى في جميع أماكن الرعاية الصحية. وتعتبر الاستراتيجية الأكثر فاعلية وكفاءة للوقاية من العدوى ومكافحتها. يجب أن تتوفر مرافق نظافة الأيدي بأعداد مناسبة. يجب أن تتوفر مستلزمات نظافة الأيدي (صابون اليدين، ومطهرات الأيدي، والمناشف ذات الاستخدام الواحد) في الأماكن المناسبة.

تعتبر المطهرات الكحولية لليدين الآن هي المنتجات المفضلة لنظافة الأيدي الروتينية في مرافق الرعاية الصحية ما لم تكن الأيدي متسخة بشكل واضح للتغلب على النقص في الأحواض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الصحة النفسية الخاصة بنظافة الأيدي.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة نظافة الأيدي والإرشادات الخاصة بها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملصقات وسجلات التنظيف الخاصة بنظافة الأيدي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع عاملي المستشفى، للتحقق من درايتهم بأساليب نظافة الأيدي واللحظات الخمس لنظافة الأيدي لمنظمة الصحة العالمية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مرافق غسل الأيدي في كل منطقة من مناطق رعاية المرضى والتحقق من توفر المستلزمات (الصابون، المناديل الورقية، مطهر الأيدي الكحولي، إلخ).

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى امتثال متخصصي الرعاية الصحية لأساليب نظافة الأيدي واللحظات الخمس لنظافة الأيدي لمنظمة الصحة العالمية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسات وإجراءات معتمدة لنظافة الأيدي تستند إلى إرشادات قائمة على الأدلة.
2. يتم تدريب متخصصي الرعاية الصحية على كيفية تطبيق هذه السياسة.
3. يتم عرض ملصقات نظافة الأيدي في المناطق المطلوبة، وفقًا لسياسة المستشفى.
4. تتوفر مرافق نظافة الأيدي بالأعداد والأماكن، وفقًا لسياسة المستشفى.
5. تتم مراقبة امتثال متخصصي الرعاية الصحية لسياسة نظافة الأيدي.
6. ترتبط نتائج امتثال العاملين وتوثق في عملية تقييم أداء العاملين.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، IPC.10 تقنية التعقيم، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، WFM.08 تقييم أداء العاملين، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

IPC.06 تطبق تدابير الاحتياطات القياسية والحد الأدنى من ممارسات الوقاية من العدوى في أي مكان يتم فيه تقديم الرعاية الصحية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

تدابير الاحتياطات القياسية

الغرض:

وفقًا لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، فإن الاحتياطات القياسية هي الحد الأدنى من ممارسات الوقاية من العدوى التي تنطبق على جميع رعاية المرضى، بغض النظر عن حالة العدوى المشتبه بها أو المؤكدة للمريض، في أي مكان يتم فيه تقديم الرعاية الصحية. بالإضافة إلى نظافة الأيدي، تشمل الاحتياطات القياسية ما يلي:

- أ) استخدام معدات الوقاية الشخصية (على سبيل المثال، القفازات، والكمامات، وواقيات العين).
- ب) استخدام التقنيات المعقمة.
- ج) نظافة الجهاز التنفسي/آداب السعال.
- د) تنظيف وتطهير الأسطح البيئية.

يعتمد الاختيار الصحيح للاحتياطات القياسية على تقييمات المخاطر التي يتم إجراؤها عند نقاط الرعاية، ووفقًا للعدوى المشتبه بها لدى المريض، لذا فإن تثقيف وتدريب العاملين لهما أهمية قصوى.

دليل عملية المراجعة:

- أثناء مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، قد يقوم المراجع بالتحقق من توفر وإتاحة معدات الوقاية الشخصية.
- وقد يجري مقابلات مع العاملين للاستفسار عن التوفر المستمر، وإمكانية الوصول، والاستخدام السليم لمعدات الوقاية الشخصية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية معدات وقاية شخصية متاحة ويمكن الوصول إليها بسهولة.
2. يعتمد اختيار واستخدام معدات الوقاية الشخصية على تقييمات المخاطر التي يتم إجراؤها عند نقاط الرعاية ووفقًا للعدوى المشتبه بها لدى المريض.
3. العاملون المسؤولون على دراية باستخدام السليم لمعدات الوقاية الشخصية والتخلص منها.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.05 نظافة الأيدي، IPC.10 التقنيات المعقمة، IPC.11 احتياطات العزل، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، DAS.08 برنامج السلامة من الإشعاع، DAS.16 برنامج السلامة في المعمل.

IPC.07 يتم تطبيق بروتوكول نظافة الجهاز التنفسي كعنصر من عناصر الاحتياطات القياسية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

بروتوكول نظافة الجهاز التنفسي

الغرض:

تهدف تدخلات نظافة الجهاز التنفسي وآداب السعال إلى الحد من انتشار الكائنات المعدية من الأشخاص الذين يعانون من عدوى الجهاز التنفسي التي قد لا تكون مشخصة.

لكي تكون تدخلات نظافة الجهاز التنفسي فعالة، يجب تطبيق تدابير مكافحة ومنع انتشار العدوى في وقت مبكر عند نقطة الدخول الأولى إلى المستشفى والحفاظ عليها طوال مدة الإقامة.

يجب أن تستهدف جهود تدخلات نظافة الجهاز التنفسي المرضى والمرافقين لهم الذين يعانون من أعراض تنفسية، وتطبق على أي شخص يدخل المستشفى وتظهر عليه علامات أمراض الجهاز التنفسي بما في ذلك السعال أو الاحتقان أو سيلان الأنف أو زيادة إفرازات الجهاز التنفسي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توفر ملصقات نظافة الجهاز التنفسي/آداب السعال في الأماكن المناسبة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية توفر وإتاحة الموارد مثل المناديل والكمادات الجراحية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم عرض ملصقات نظافة الجهاز التنفسي/آداب السعال في الأماكن المناسبة.
2. تتوفر الموارد مثل المناديل والكمامات الجراحية بأعداد تتناسب مع احتياجات المرضى والعاملين.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية مسار محدد للمرضى الذين يشتبه في إصابتهم بعدوى الجهاز التنفسي.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، IPC.11 احتياطات العزل، IPC.17 الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

IPC.08 يضمن مستشفى الصحة النفسية ممارسات الحقن الآمن.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

ممارسات الحقن الآمن

الغرض:

في مستشفى الصحة النفسية، يحتاج المرضى باستمرار إلى الحقن سواء لأغراض تشخيصية أو علاجية، ولكن لسوء الحظ فإنه ينطوي على مخاطر مرتبطة بالعدوى للمرضى. علاوة على ذلك، تعد إصابات وخز الإبر بين متخصصي الرعاية الصحية حادثاً شائعاً، وترتبط بممارسات الحقن غير الآمنة بنقل مسببات الأمراض المنقولة بالدم. لذا، تعد ممارسات الحقن الآمنة أمراً بالغ الأهمية لضمان سلامة كل من المرضى ومتخصصي الرعاية الصحية. يجب على متخصصي الرعاية الصحية دائماً استخدام حقنة وإبرة معقمة يمكن التخلص منها ذات استخدام واحد لكل حقنة يتم إعطاؤها، والتأكد من أن جميع معدات الحقن وقوارير الأدوية تظل خالية من التلوث.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية زجاجات المحاليل الوريدية والفيالات متعددة الجرعات ويتحققون من استخدامها.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بممارسات الحقن الآمن.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم التخلص من زجاجات/أكياس المحاليل الوريدية ذات الاستخدام الواحد، وأطقم إعطاء السوائل (مثل الأنابيب والتوصيلات) فوراً بعد الاستخدام.
2. يتم استخدام الفيالات متعددة الجرعات وفقاً لتوصيات الشركات المصنعة لضمان بقاء الفيالات خالية من التلوث.
3. يضمن مستشفى الصحة النفسية أن جميع العاملين مدربين وعلى دراية بممارسات الحقن الآمن.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، MMS.10 تحضير الدواء وإعطائه، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

IPC.09 تتوافق أنشطة التنظيف البيئي مع الإرشادات الحالية القائمة على الأدلة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

أنشطة التنظيف البيئي

الغرض:

تعتبر بيئة الرعاية الصحية مستودعًا لمسببات الأمراض وقد تكون مصدرًا مهمًا للعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، لذا فإن تنظيف وتطهير الأسطح البيئية أداة مهمة لمنع تطور هذه العدوى.

يمكن أن يؤدي ملامسة الأسطح الملوثة في مستشفى الصحة النفسية بسهولة إلى انتقال التلوث المتبادل للكائنات الحية الدقيقة بين البيئة ومتخصصي الرعاية الصحية.

لتوفير رعاية عالية الجودة، يجب أن يكون لدى المستشفى طريقة وجدول زمني واضحان للتنظيف والتطهير البيئي بما في ذلك الجدران والأرضيات والأسقف والأثاث؛ ويجب أن يتم ذلك وفقًا لتصنيف المناطق.

يجب أن يتناول جدول التنظيف البيئي أنشطة التنظيف البيئي لكل منطقة على النحو التالي:

- أ) الأنشطة التي يجب القيام بها كل يوم
- ب) الأنشطة التي يجب القيام بها كل نوبة عمل
- ج) أنشطة التنظيف العميق

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة جدول التنظيف البيئي لمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بعمليات التنظيف البيئي.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى المطابقة بين المطهر المختار والمنطقة التي تم تنظيفها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إدراج أنشطة التنظيف مع الأوقات المحددة لكل منطقة، وتتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ج).
2. يتم تدريب العاملين المسؤولين على عملية أنشطة التنظيف البيئي التي تشمل التوافر، وإمكانية الوصول، واستخدام المطهرات، ومجموعات أدوات التعامل مع الانسكابات.
3. تتطابق طرق اختيار المطهرات والتنظيف المستخدمة مع متطلبات كل منطقة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، EFS.05 إدارة المواد والنفايات الخطرة، EFS.06 خطة إدارة السلامة.

IPC.10 يتم اتباع التقنيات المعقمة الحالية القائمة على الأدلة أثناء جميع الإجراءات الطبية.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التقنيات المعقمة

الغرض:

تشير تقنية التعقيم إلى الممارسات المصممة لجعل الأشياء والمناطق خالية من الكائنات الحية الدقيقة إلى أقصى حد والحفاظ عليها.

يشمل مصطلح "تقنية التعقيم" عدة عناصر رئيسية: بيئة نظيفة، وممارسة واعية لنظافة الأيدي، واستخدام معدات الوقاية الشخصية المناسبة، واستخدام ممارسات التنظيف والتطهير والتعقيم الروتينية الموحدة.

يجب على جميع متخصصي الرعاية الصحية أن يكونوا مدركين لحركتهم، واستخدام الحواجز، والممارسات لمنع الانقطاعات غير المقصودة في تقنيات التعقيم، وتنبه الآخرين عند احتمال تلوث المجال أو الأشياء. يجب أن يعتمد اختيار مستوى التطهير على تقييم المخاطر.

يُعرّف التعقيم بأنه عملية إبعاد الكائنات الحية الدقيقة المسببة للأمراض.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لتقنيات التعقيم تحدد وتوضح الإجراءات بما في ذلك على الأقل ما يلي:

(أ) **التعقيم الجراحي** هو استخدام تقنية معقمة لمنع انتقال:

أ. أي كائنات حية من شخص إلى آخر أو من موقع جسدي إلى آخر. والهدف من التقنية المعقمة هو الحفاظ على عدد الميكروبات عند الحد الأدنى.

ب) **يشير التعقيم الطبي أو التقنية النظيفة** إلى تدخلات الممارسة التي تقلل من عدد الكائنات الحية الدقيقة لمنع وتقليل خطر انتقالها من شخص أو مكان إلى آخر.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة تقنيات التعقيم.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مستويات التطهير المطبقة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفيات الصحة النفسية سياسة معتمدة لتقنيات التعقيم تحدد العناصر من أ) و ب) في الغرض.
2. يتم تدريب وتثقيف متخصصي الرعاية الصحية على تقنيات التعقيم ذات الصلة بوظائفهم.
3. يعتمد اختيار مستوى التطهير على تقييم وتحليل مخاطر مكافحة ومنع انتشار العدوى.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

تدابير الوقاية من الأمراض المعدية والاحتياطات المبنية على طرق الانتقال

IPC.11 يتبع المرضى الذين يشتبه إكلينيكيًا في إصابتهم بأمراض معدية و/أو تم تأكيد إصابتهم بها احتياطات العزل وفقًا لطرق الانتقال المحتملة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

احتياطات العزل

الغرض:

بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية، يتم استخدام الاحتياطات المبنية على طرق الانتقال للمرضى الذين تم تشخيصهم أو المشتبه في إصابتهم بعامل معدي معين. تخلق احتياطات العزل حواجز بين الأشخاص والكائنات الحية الدقيقة التي تساعد في منع انتشار الجراثيم في مستشفيات الصحة النفسية.

إذا تم تحديد أن المريض معرض لخطر متزايد لانتقال الكائنات الحية الدقيقة، يتم وضع المريض في غرفة العزل الموحدة بمستشفى الصحة النفسية. ويجب أن يكون لدى مستشفيات الصحة النفسية غرف عزل موحدة واحدة أو أكثر. عندما لا تتوفر غرف العزل الموحدة حاليًا، يجب فصل المريض في مناطق/غرف منفصلة مخصصة.

يتم توجيه المرضى الذين يعانون من متلازمات تنفسية إكلينيكية لممارسة نظافة الجهاز التنفسي وآداب السعال ويتم إعطاؤهم قناعًا جراحيًا لارتدائه حتى يمكن توفير غرفة فحص.

يجب على مستشفيات الصحة النفسية وضع سياسة لتحديد المرضى المصابين بعدوى منقولة بالهواء مؤكدة أو مشتبه بها. ويتم وضع المرضى الذين يحتاجون إلى احتياطات منقولة بالهواء في غرفة ضغط سلبي. إذا لم تتوفر غرفة ضغط سلبي، ضع المريض في غرفة فحص بها مرشح هواء جسيم عالي الكفاءة (HEPA) محمول. إذا لم يتوفر مرشح HEPA محمول، فتأكد من أن المريض يرتدي قناعًا جراحيًا. وبغض النظر عن نوع غرفة المريض، يجب على العاملين الذين يتعاملون معه دائمًا ارتداء حماية تنفسية مناسبة (مثل قناع التنفس N95).

يجب أن يتم التعامل الآمن مع الأسطح والمعدات الملوثة في أماكن المستشفى النفسي وفقاً للإرشادات القائمة على الأدلة والسياسات والإجراءات المعتمدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة احتياطات مكافحة العدوى المبنية على طرق الانتقال.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية غرفة العزل.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى التزام متخصصي الرعاية الصحية بمعدات الوقاية الشخصية المناسبة وممارسات نظافة الأيدي وفقاً لنوع العزل.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه الاحتياطات المبنية على طرق الانتقال.
2. متخصصو الرعاية الصحية مدربون وعلى دراية بالسياسات المعتمدة.
3. يتم تخصيص غرف عزل موحدة ومناطق مخصصة للمريض المشتبه في إصابته بالعدوى وفقاً لسعة المستشفى والقوانين واللوائح الوطنية.
4. يتم تحديد المرضى الذين يشتبه في إصابتهم بأمراض معدية إكلينيكية/مؤكدة ووضعهم في مناطق/غرف مخصصة.
5. يلتزم متخصصو الرعاية الصحية الذين يعتنون بالمرضى الذين يشتبه في إصابتهم بمرض معدٍ بمعدات الوقاية الشخصية المناسبة وممارسات نظافة الأيدي وفقاً لنوع العزل.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.05 نظافة الأيدي، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

IPC.12 يتعامل مستشفى الصحة النفسية مع عملية الفحص الفيروسي عند دخول المريض بشكل فعال.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

عملية الفحص الفيروسي

الغرض:

ينتشر انتقال العدوى المنقولة عن طريق الدم بين اضطرابات تعاطي المواد المخدرة.

من المرجح أن يتعرض متعاطو المخدرات عن طريق الحقن للعدوى الفيروسية. تعد الجرعة الزائدة، وفيروس نقص المناعة البشرية، والإصابات غير المتعمدة، والانتحار هي الأسباب الأكثر شيوعاً للوفاة بسبب تعاطي المخدرات.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للفحص الفيروسي المبكر، والتي تشمل على الأقل ما يلي:

- أ) توفر الفحوصات الفيروسية التي تتناسب مع احتياجات ونوع الفرد الذي يتم خدمته.
- ب) كيفية الحفاظ على سرية بيانات المريض.
- ج) منهجية التنسيق مع برامج العلاج الفيروسي المجتمعية، وبرامج الوقاية، وخدمات الدعم الاجتماعي.
- د) تثقيف المريض حول التدابير الوقائية للعدوى الفيروسية وآثارها على الصحة البدنية والنفسية. بما في ذلك الوقاية، والعلاج، وإجراءات الفحص، والسرية، والإبلاغ، والرعاية اللاحقة، والمشورة، والجنس الآمن، والمسؤوليات الاجتماعية، والاحتياطات العامة، ومشاركة معدات الحقن الوريدي.
- هـ) الاحتياطات القياسية أثناء رعاية المرضى المصابين بعدوى مؤكدة.
- و) الإبلاغ للسلطات المعنية مثل وزارة الصحة وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة عملية الفحص الفيروسي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق الاختبارات والفحوصات الفيروسية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوفير عملية الفحص الفيروسي، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. جميع العاملين المعنيين على دراية بسياسة المستشفى.
3. يتم توفير تثقيف للمرضى حول التدابير الوقائية للعدوى الفيروسية لجميع المرضى.
4. يتم إجراء اختبارات فحص الفيروسات للمرضى قبل دخول المريض.
5. يتم تسجيل مستندات الاختبارات والفحوصات الفيروسية في الوقت المناسب في السجل الطبي للمريض بطريقة تحترم سرية المرضى وفقاً لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، IPC.16 عملية ترصد العدوى، STP.07 برنامج الوقاية من الإدمان وعلاجه، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

التطهير والتعقيم

IPC.13 يتم تطهير/تعقيم معدات رعاية المرضى بناءً على الإرشادات القائمة على الأدلة وتوصيات الشركة المصنعة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

التطهير والتعقيم

الغرض:

تعتبر معالجة معدات رعاية المرضى عملية بالغة الأهمية داخل أي منشأة رعاية صحية. يجب على أماكن الصحة النفسية إجراء إعادة معالجة شبه حرجية إلى حرجية للأدوات الطبية وفقاً للممارسات القياسية والإرشادات واللوائح المعمول بها.

يجب على مستشفيات الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه عملية التعقيم/التطهير، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

(أ) استلام وتنظيف الأدوات المستخدمة.

(ب) التحضير والمعالجة.

i. يتم اختيار طريقة المعالجة وفقاً لتصنيف سبولدينج. يتضمن تطهير المعدات والأجهزة الطبية تقنيات منخفضة ومتوسطة وعالية المستوى. يُستخدم التطهير عالي المستوى (إذا لم يكن التعقيم ممكناً) فقط للعناصر شبه الحرجية التي تتلامس مع الأغشية المخاطية أو الجلد غير السليم مثل مناظير الجهاز الهضمي، ومعدات الجهاز التنفسي والتخدير، ومناظير الشعب الهوائية، ومناظير الحنجرة، وما إلى ذلك. تشمل المطهرات الكيميائية المعتمدة للتطهير عالي المستوى الجلوتارالدهيد، وأورثو فثالديهايد (OPA)، وبيروكسيد الهيدروجين.

ii. يجب استخدام التعقيم لجميع العناصر الحرجية وشبه الحرجية المقاومة للحرارة.

iii. يُستخدم التطهير منخفض المستوى (للعناصر غير الحرجية فقط) لأدوات مثل سماعات الطبيب والمعدات الأخرى التي تلامس الجلد السليم. على عكس العناصر الحرجية وبعض العناصر شبه الحرجية، يمكن تطهير معظم العناصر غير الحرجية القابلة لإعادة الاستخدام في مكان استخدامها ولا تحتاج إلى نقلها إلى منطقة معالجة مركزية.

(ج) وضع الملصقات التعريفية على العبوات المعقمة.

(د) تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة: يتم تخزينها بشكل صحيح في مناطق تخزين مخصصة 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 محدوداً.

(هـ) تُستخدم السجلات لتوثيق عملية التعقيم.

(و) مستويات المخزون.

(ز) تواريخ انتهاء الصلاحية للأدوات المعقمة.

دليل عملية المراجعة:

■ قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة عملية التطهير/التعقيم.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الحواجز المادية بين مناطق التنظيف والتعبئة والتعقيم والتخزين.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مخازن الإمدادات النظيفة والمعقمة للتحقق من التخزين السليم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفيات الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه عملية التطهير والتعقيم، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ز).
2. يتم تدريب متخصصي الرعاية الصحية على السياسة المعتمدة.
3. تتم عملية التعقيم أو التطهير وفقاً للقوانين واللوائح الوطنية، وتصنيف سبولدينج، ومتطلبات/توصيات الشركة المصنعة.
4. يتم تخزين المستلزمات النظيفة والمعقمة بشكل صحيح في مناطق تخزين مخصصة نظيفة وجافة ومحمية من الغبار والرطوبة ودرجات الحرارة القصوى.

المعايير ذات الصلة:

- IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية،
IPC.14 برنامج ضبط جودة التطهير/التعقيم، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر،
WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

IPC.14 يتم تطوير وتنفيذ برنامج ضبط جودة التطهير/التعقيم.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج ضبط جودة التطهير/التعقيم

الغرض:

تعد إدارة ضبط الجودة الروتيني لتطهير/تعقيم المعدات الطبية مسؤولية رئيسية لمراقبة وضمان موثوقية عمليات التطهير/التعقيم. علاوة على ذلك، يمكن لضوابط الجودة تحديد مشكلات الأداء التي لا يتم حلها تلقائياً والمساعدة في تحديد سلامة الإجراءات.

تشمل إدارة ضبط الجودة تطوير البروتوكولات، وتنفيذ البرنامج، والإشراف على البرنامج، وتحمل مسؤولية تحديد الحاجة إلى إجراء تصحيحي. تتم مراجعة بيانات ضبط الجودة على فترات منتظمة ويجب تسجيلها. يتم تحليل القيم الشاذة أو الاتجاهات

في الأداء، والتي قد تشير إلى مشكلات في عملية التطهير/التعقيم، ومتابعتها واتخاذ الإجراءات الوقائية وتسجيلها قبل ظهور مشكلات كبيرة.

- يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة لضبط الجودة، تشمل على الأقل ما يلي:
- (أ) تشمل عناصر ومنهجية وتكرار ضبط الجودة:
- i. المؤشرات الفيزيائية (درجة الحرارة، والوقت، والضغط)، والتي يتم مراقبتها في كل دورة.
 - ii. المؤشرات الكيميائية (مؤشر كيميائي داخلي داخل عبوة التعقيم - مؤشر كيميائي خارجي على السطح الخارجي لعبوة التعقيم)، والتي يتم مراقبتها لكل عبوة.
 - iii. المؤشر البيولوجي، والذي يتم إجراؤه أسبوعياً على الأقل.
 - iv. يجب إجراء اختبار الاختراق الكافي للبخار والإزالة السريعة للهواء يومياً قبل البدء في استخدام جهاز التعقيم (الأوتوكلاف) باستخدام مؤشرات كيميائية داخلية من الفئة 2 وأجهزة تحدي العملية، والتي تكون إما أجهزة تحدي مسامية أو أجهزة تحدي مجوفة.
 - v. عبوة التحدي المسامية: شرائط بوي-ديك (مؤشر من الفئة 2) داخل عبوة تحدي مسامية (لكل حمولة). تحدي الحمولة المجوفة (اختبار هيليكس): مؤشر كيميائي من الفئة 2 (شريط) داخل حلزون (لكل حمولة).
 - vi. يجب استخدام شرائط الاختبار الكيميائية أو أجهزة المراقبة الكيميائية السائلة لتحديد ما إذا كان هناك تركيز فعال للمطهرات عالية المستوى على الرغم من الاستخدام المتكرر والتخفيف. يجب أن تعتمد وتيرة الاختبار على مدى تكرار استخدام هذه المحاليل.
- ب) يجب تحديد توقعات أداء ضبط الجودة والنتائج المقبولة وإتاحتها بسهولة للعاملين حتى يتمكنوا من التعرف على النتائج غير المقبولة للاستجابة بشكل مناسب.
- ج) تتم الموافقة على برنامج ضبط الجودة من قبل الشخص المعين قبل التنفيذ.
- د) يقوم عضو فريق عمل مسؤول ومعتمد بمراجعة نتائج ضبط الجودة على فترات منتظمة.
- هـ) يتم اتخاذ إجراءات علاجية لأوجه القصور التي تم تحديدها من خلال تدابير ضبط الجودة ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية وفقاً لذلك.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة عملية التطهير/التعقيم.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الحواجز المادية بين مناطق التنظيف والتعبئة والتعقيم والتخزين.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مخازن الإمدادات النظيفة والمعقمة للتحقق من التخزين السليم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تصف عملية ضبط جودة عملية التطهير/التعقيم، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى ه).
2. يتم تحديد جودة مواد التعبئة والتغليف، وكذلك المؤشرات الكيميائية والبيولوجية، بناءً على مواصفات المنتج الموحدة.
3. العاملون المشاركون في التعقيم/التطهير أكفاء في أداء ضبط الجودة.
4. تتم اختبارات ضبط الجودة لمراقبة التعقيم والمطهرات عالية المستوى وفقاً لسياسة المستشفى.
5. يتم تسجيل جميع عمليات ضبط الجودة.
6. يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية كلما كانت النتائج غير مرضية.

المعايير ذات الصلة:

IPC.13 التطهير والتعقيم، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر.

خدمات غسيل آمنة ومنسوجات الرعاية الصحية

IPC.15 خدمة غسيل الملابس وإدارة منسوجات الرعاية الصحية آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمة غسيل الملابس وإدارة المنسوجات

الغرض:

يمكن أن تكون المنسوجات الطبية الملوثة مصدراً رئيسياً للكائنات الحية الدقيقة الممرضة التي يمكن اكتسابها عن طريق التعامل غير السليم مع المنسوجات الطبية أو عن طريق الاتصال المباشر بالمرضى.

يعد توفير المنسوجات الطبية أمراً ضرورياً، ويجب اتباع معايير صارمة أثناء إعادة معالجة المنسوجات لتقليل خطر العدوى وضمان سلامة المرضى. يجب توفير مناطق منفصلة مادياً لفرز وغسل وتجفيف و/أو تخزين الغسيل. يجب على متخصصي الرعاية الصحية اتباع تعليمات الشركة المصنعة لاستخدام المنظفات والمطهرات وتعليمات الغسيل.

يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتحديد خدمات الغسيل والمنسوجات الطبية. يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. عمليات جمع وتخزين المنسوجات الملوثة.
- ب. تنظيف المنسوجات الملوثة.
- ج. عدد الغسالات اللازمة وفقاً لسعة المستشفى.
- د. درجة حرارة المياه، واستخدام المنظفات والمطهرات.
- هـ. عمليات تخزين وتوزيع المنسوجات النظيفة.
- و. برنامج ضبط الجودة (درجة الحرارة، وكمية المنظفات والمطهرات المستخدمة، والصيانة) لكل غسالة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية للإدارة الآمنة لخدمات غسيل الملابس والمنسوجات الطبية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين في إدارة الغسيل والمنسوجات الصحية للتحقق من درايتهم بالعملية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية منطقة إدارة الغسيل والمنسوجات الصحية للتحقق من وجود حواجز مادية بين مناطق الفرز والغسيل والتجفيف و/أو تخزين الغسيل.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات درجة حرارة المياه، وكمية المنظفات والمطهرات، وسجلات ضبط الجودة الأخرى.

أدلة التطابق مع المعيار:

- 1 يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه الإدارة الآمنة لخدمات الغسيل والمنسوجات الطبية، تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
- 2 العاملون المشاركون في إدارة الغسيل والمنسوجات الصحية على دراية بالسياسة المعتمدة.
- 3 يتم جمع المنسوجات الملوثة وتخزينها ونقلها بأمان.
- 4 توجد ثلاث مناطق منفصلة ماديًا على الأقل لفرز وغسل وتجفيف و/أو تخزين الغسيل.
- 5 يتم تنفيذ وتسجيل برنامج لضبط الجودة، بما في ذلك درجات حرارة المياه.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، EFS.12 إدارة المرافق.

إدارة المرافق

الترصد الوبائي الفعال والمراقبة

IPC.16 يتم تنفيذ عملية ترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية وتحقيقات تفشي الأمراض.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

عملية ترصد العدوى

الغرض:

الترصد عنصر أساسي في أي برنامج فعال لمكافحة ومنع انتشار العدوى؛ حيث يساهم استخدام البيانات في تحسين نظام جودة الرعاية الصحية. علاوة على ذلك، فهو يساعد في الكشف عن العدوى الناشئة والمستجدة المرتبطة بالرعاية الصحية.

يجب أن يستند برنامج الترصد الفعال إلى مبادئ وبائية وإحصائية شاملة. يلعب الترصد دورًا حاسمًا في تحديد حالات تفشي الأمراض، والأمراض المعدية الناشئة، والكائنات المقاومة للأدوية المتعددة من أجل اتخاذ تدابير مكافحة ومنع انتشار العدوى المناسبة. يجب مراجعة تقارير الترصد بشكل منتظم (كل ثلاثة أشهر على الأقل) من قبل لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى وتوثيق توصيات التحسين. يجب على مستشفى الصحة النفسية تنفيذ نظام إبلاغ فعال عن الأمراض المعدية الواجب الإبلاغ عنها وتحليل تقارير لتحقيقات تفشي الأمراض.

يمكن أن تحدث حالات تفشي الأمراض المعدية في أماكن الرعاية الصحية وتشكل تهديدًا لسلامة المرضى. تهدف تحقيقات تفشي الأمراض إلى تحديد العوامل المساهمة الأكثر احتمالاً لوقف حالات التفشي ومنع تكرارها. يمكن الاشتباه في حالات تفشي الأمراض في حالات زيادة معدلات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية أو عند استخلاص مسببات أمراض جديدة أو غير عادية من العينات. تتطلب الإدارة الفعالة لتفشي الأمراض التعاون بين فريق مكافحة ومنع انتشار العدوى والتخصصات الإكلينيكية الأخرى. يجب أن تشمل إدارة تفشي الأمراض تدابير المكافحة الفورية، وتدابير المكافحة العامة، وتدابير التعافي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة عملية وأنواع الترصد.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بعملية الترصد.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثائق الترصد، وتقارير الترصد ربع السنوية التي تراجعها لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى، وتوصيات التحسين.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة نظام الإبلاغ عن الأمراض المعدية الواجب الإبلاغ عنها وتقارير تحليل تحقيقات تفشي الأمراض.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوجيه عملية الترصد.
2. يتم تدريب العاملين المسؤولين على كيفية تطبيق السياسة.
3. تشمل إدارة تفشي الأمراض تدابير المكافحة الفورية، وتدابير المكافحة العامة، وتدابير التعافي.
4. يقدم المستشفى تقارير بيانات عن برنامج الترصد الخاص به لتتم مراجعتها من قبل لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى بشكل منتظم (ربع سنويًا على الأقل).
5. يتم تحليل البيانات التي تم جمعها من برنامج الترصد والتحقيق فيها واتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنها.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.03 لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى واجتماعاتها، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

IPC.17 يتم التحكم في الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة (MDROs).

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة

الغرض:

زادت الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة (MDROs) في الانتشار على مدى العقود الثلاثة الماضية وأصبحت مشكلة تهدد الصحة العالمية، وتسبب آثارًا مهمة على سلامة المرضى. ويرجع هذا القلق إلى خيارات العلاج المحدودة للغاية لعلاج المرضى المصابين بهذه العدوى. كما ترتبط عدوى الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة بزيادة فترات الإقامة والتكاليف والوفيات. تتطلب الوقاية والسيطرة الناجحة على الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة قيادة إدارية وعلمية فعالة بالإضافة إلى التزام بالموارد المالية والبشرية. يجب توفير الموارد للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما في ذلك استشارة الخبراء، والدعم من المعامل، ومراقبة الالتزام، وتحليل البيانات من أجل منع انتقال العدوى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مكافحة انتشار الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متخصصي الرعاية الصحية للتحقق من درايتهم بسياسة مكافحة انتشار الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المتخذة لمكافحة انتشار الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لمكافحة انتشار الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.
2. متخصصو الرعاية الصحية على دراية بالسياسة المعتمدة ومدربون عليها.
3. تُتخذ تدابير لمكافحة انتشار عدوى الكائنات المقاومة للأدوية المتعددة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.16 عملية ترصد العدوى، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر.

التعامل وتقديم خدمات المياه والغذاء بشكل سليم

IPC.18 يوفر مستشفى الصحة النفسية ويحافظ على خدمات مياه آمنة.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات مياه آمنة

الغرض:

تعد أنظمة توصيل المياه مكونات أساسية لبيئة الرعاية في المستشفيات والتي يجب صيانتها باستمرار بأمان. سيؤدي فشل توصيل المياه الآمنة إلى زيادة مخاطر العدوى إما بشكل مباشر من خلال استهلاك المياه غير الآمنة أو استخدامها، أو بشكل غير مباشر بسبب عدم قدرة متخصصي الرعاية الصحية على الامتثال لتدابير مكافحة العدوى الأساسية مثل نظافة الأيدي.

تحمي المياه ذات الجودة المناسبة المستخدمة في مستشفى الصحة النفسية المرضى من الآثار الضارة الناجمة عن الملوثات الكيميائية والميكروبيولوجية المعروفة التي قد توجد في المياه. تعتمد خدمات المياه الآمنة على الحفاظ على معايير جودة المياه التي يستخدمها مورد المياه العام المجتمعي، وعادة ما تكون بلدية في منطقة المستشفيات. ثم تنتقل هذه المسؤولية عن جودة المياه إلى المنشأة بمجرد دخول المياه إلى البنية التحتية لتوزيع المياه في المنشأة، مما يعكس الأدوار التكميلية للوقاية من العدوى (راجع برنامج WASH التابع لمنظمة الصحة العالمية).

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات للإدارة الآمنة لخدمات المياه. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) الصيانة والمراقبة الروتينية لأنظمة توزيع ومعالجة المياه.
- ب) التدريب والتعليم المستمر لمشغلي أنظمة معالجة المياه.
- ج) مراقبة المياه في جميع المراحل (التغذية، والمنتج).
- د) طرق ومعدل قياس الملوثات الميكروبيولوجية والكيميائية.
- هـ) الحد الأقصى المسموح به لتركيزات الملوثات الميكروبيولوجية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى للإدارة الآمنة لخدمات المياه وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة تقارير التحليل الكيميائي والبكتريولوجي لخدمات المياه.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجلات الصيانة والمراقبة الروتينية لأنظمة معالجة المياه.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم الإجراءات التصحيحية التي اتخذها المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. العاملون المعنيون على دراية بكيفية تطبيق السياسة.
3. يتم تسجيل الصيانة والمراقبة الروتينية لأنظمة توزيع ومعالجة المياه وفقاً لسياسة المستشفى.

4. يتم إجراء التحاليل الكيميائية والميكروبيولوجية المنتظمة لخدمات المياه وحفظها وتسجيلها وفقاً للقانون واللوائح الوطنية.

5. يقوم مستشفى الصحة النفسية بتجميع وتحليل البيانات، ويتم تنفيذ الإجراءات التصحيحية.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.12 إدارة المرافق، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

IPC.19 يضمن مستشفى الصحة النفسية توفير خدمات طعام آمنة في جميع أنحاء المستشفى.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

خدمات طعام آمنة

الغرض:

يمكن أن تكون خدمات الطعام التي يقدمها مطبخ المستشفى مصدرًا محتملاً للعدوى إذا تم تحضيرها أو التعامل معها و/أو تخزينها بشكل غير صحيح.

يمكن أن تشكل الأمراض المنقولة بالغذاء تهديدًا صحيًا كبيرًا، خاصة للمرضى الذين يعانون من ضعف المناعة. وبالتالي، تعد تدابير مكافحة ومنع انتشار العدوى الفعالة ضرورية لمنع هذه العدوى.

تشمل خدمات الطعام الآمنة جميع العمليات بدءًا من استلام الأغذية والمنتجات الغذائية الأخرى طوال فترة تخزينها وتحضيرها والتعامل معها وحتى تسليمها بأمان. يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لتوجيه خدمات الطعام الآمنة.

يجب أن تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) عملية استلام الأغذية.

(ب) عملية تخزين آمنة تشمل نظام تدوير الأغذية بما يتوافق مع مبدأ الوارد أولاً يصرف أولاً.

(ج) مراقبة درجة الحرارة أثناء التحضير والتخزين.

(د) منع انتقال التلوث المتبادل للأغذية سواء بشكل مباشر من الطعام النيئ إلى الطعام المطبوخ أو بشكل غير مباشر من خلال الأيدي الملوثة، وأسطح العمل، وألواح التقطيع، والأواني، وما إلى ذلك.

(هـ) عملية نقل الطعام.

(و) شهادة صحية سارية للعاملين.

دليل عملية المراجعة:

■ قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه خدمات الطعام الآمنة.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الفصل بين مناطق الاستلام والتخزين والتحضير، وقد يلاحظون التدابير المتخذة لمنع انتقال التلوث المتبادل.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. العاملون المشاركون في خدمات الطعام على دراية بالسياسة المعتمدة.
3. توجد مناطق منفصلة لاستلام وتخزين وتحضير الأغذية والمنتجات الغذائية.
4. يتم تطبيق تدابير لمنع خطر انتقال التلوث المتبادل.
5. يقوم المستشفى بتحضير وتوزيع الطعام باستخدام الإجراءات الصحية المناسبة ودرجات الحرارة الصحيحة.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، EFS.01 هيكل سلامة البيئة والمنشأة بمستشفى الصحة النفسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، OGM.13 برنامج صحة العاملين، OGM.09 إدارة الخدمات المتعاقد عليها.

التعامل السليم وإدارة رعاية ما بعد الوفاة

IPC.20 يقلل مستشفى الصحة النفسية من خطر العدوى من خلال التعامل السليم والإدارة أثناء رعاية ما بعد الوفاة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

رعاية ما بعد الوفاة

الغرض:

تشمل رعاية ما بعد الوفاة عملية تجهيز المتوفى للدفن. وتمثل رعاية ما بعد الوفاة مخاطر مهنية يجب توقعها ومعالجتها في السياسة.

يجب على المستشفى وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لرعاية ما بعد الوفاة. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) تقييم مخاطر العدوى.
- ب) إجراءات لتقليل هذه المخاطر.
- ج) استخدام الأجهزة الهندسية المناسبة ومعدات الوقاية الشخصية لتقليل التعرض.
- د) فرز النفايات.
- هـ) حفظ السجلات.
- و) إجراءات التنظيف البيئي.
- ز) الإبلاغ عن التعرض العرضي.

بشكل عام، يتم تطبيق احتياطات مكافحة ومنع انتشار العدوى القياسية ويجب أن تستمر أي احتياطات قائمة على الانتقال تم تطبيقها على المرضى بعد الوفاة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى التي توجه رعاية ما بعد الوفاة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية ممارسات رعاية ما بعد الوفاة المطبقة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة تتناول جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ (إلى ز).
2. العاملون المشاركون في رعاية ما بعد الوفاة على دراية بالسياسة المعتمدة.
3. يتم تطبيق ممارسات رعاية ما بعد الوفاة الآمنة وفقاً للإرشادات الحالية القائمة على الأدلة والقوانين واللوائح.

المعايير ذات الصلة:

IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، IPC.06 تدابير الاحتياطات القياسية، EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.12 إدارة المرافق، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، ICD.03 إرشادات الممارسة الإكلينيكية.

الحوكمة والإدارة المؤسسية

الغرض من الفصل:

يهتم هذا الفصل بهياكل الحوكمة والمساءلة التي قد تختلف وفقاً للمستشفى وحجمه وتكليفه وما إذا كان مملوكاً ملكية عامة أو خاصة. قد تشمل الهياكل الممكنة مالكاً فردياً أو مجموعة، أو لجنة حكومية أو وزارة، أو مجلس إدارة. يوفر وجود هيكل حوكمة محدد الوضوح للجميع في المستشفى، بما في ذلك المديرين والقيادة الإكلينيكية والعاملين، فيما يتعلق بمن هو المسؤول عن اتخاذ القرارات النهائية والإشراف على التوجه العام للمستشفى. بينما توفر الحوكمة الإشراف والدعم، فإن التزام وجهود التخطيط لقيادة المستشفى بالإضافة إلى قادة الأقسام والخدمات هو الذي يضمن الإدارة السلسة والفعالة للمستشفى.

يبدأ التخطيط الفعال بتحديد احتياجات الأطراف المعنية وتصميم الخدمة وفقاً لذلك، توفر رؤية مصر 2030 التي تم تطويرها مؤخراً اتجاهاً وهدفاً مشتركاً لجميع المستشفيات لضمان توفير رعاية فعالة وآمنة ومتمركزة حول المريض بالتساوي لجميع المصريين، وتعتبر حجر الزاوية لتخطيط المنشأة. يجب أن تتماشى خطة المستشفى باستمرار مع الحملات التي تبدأها الحكومة والتي تتناول الجوانب العلاجية والوقائية والاجتماعية والغذائية للرعاية الصحية. يوجه الفصل مستشفى الصحة النفسية لتعيين الواجبات للمستويات المختلفة من الإدارة ولضمان التواصل الفعال لتحقيق الأهداف والغايات المخطط لها.

في الآونة الأخيرة، يتجه مشهد الرعاية الصحية نحو مستقبل قائم على الجودة بالكامل ونموذج الدفع مقابل الأداء. وقد ركز الفصل على الجانب المالي للرعاية الصحية، وهو تركيز يؤثر على كل من المرضى ومقدمي الخدمة. مع تزايد الرعاية القائمة على القيمة والمستويات الأعلى من الكفاءة، تتطور مفاتيح نجاح الممارسة الطبية بسرعة. يتناول الفصل مواضيع مختلفة على مستوى المنظمة مثل الخدمات المتعاقد عليها، والإدارة الأخلاقية، ومشاركة العاملين، والتي قد تعكس جهوداً إدارية تعاونية فعالة وكفؤة.

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، من خلال مقابلات القيادة/العاملين، والملاحظات، وتقييم العمليات، بتقييم كفاءة وفاعلية هيكل الحوكمة والقيادة. تعد قدرة القادة على تحفيز ودفع العاملين أمراً أساسياً لنجاح المستشفى ويمكن تقييمها طوال عملية المراجعة.

الهدف من الفصل:

يركز الفصل على التحقق من مرونة هيكل المستشفى من خلال النظر فيما يلي:

1. فاعلية الهيئة الحاكمة.
2. فاعلية التوجيه.
3. فاعلية القيادة.
4. فاعلية الإشراف المالي.
5. الإدارة الفعالة للعقود.
6. الإدارة الأخلاقية.
7. المشاركة الفعالة للعاملين وصحتهم وسلامتهم.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

- (يجب قراءة أي من المراجع المذكورة أدناه في سياق شروطها وأحكامها وبدائلها وتعديلاتها وتحديثاتها وملاحقها).
- (1) الدستور المصري
 - (2) رؤية مصر 2030، وزارة التخطيط
 - (3) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004
 - (4) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
 - (5) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009
 - (6) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010
 - (7) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021
 - (8) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 186 لسنة 2001 بشأن حق المريض في معرفة التكلفة المتوقعة للرعاية
 - (9) قانون حماية المستهلك المصري رقم 181 لسنة 2018
 - (10) معايير المحاسبة المصرية رقم 609 لسنة 2016
 - (11) إصدارات المجلس القومي للمرأة بشأن المساواة بين الجنسين
 - (12) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية رقم 238 لسنة 2003
 - (13) قانون تنظيم الإعلان عن الخدمات الصحية رقم 206 لسنة 2017
 - (14) قانون العمل القومي رقم 12 لسنة 2007
 - (15) قانون البحث العلمي رقم 214 لسنة 2020
 - (16) دليل العمل الصحي الحكيم لمنظمة الصحة العالمية
 - (17) معايير منظمة الصحة العالمية والإرشادات التشغيلية للمراجعة الأخلاقية للبحوث المتعلقة بالصحة مع المشاركين من البشر 2011
 - (18) معايير منظمة الصحة العالمية والإرشادات التشغيلية للمراجعة الأخلاقية للبحوث المتعلقة بالصحة مع المشاركين من البشر، 2011
 - (19) لوائح صحة وسلامة العاملين.

هيئة حاكمة فعالة

OGM.01 يوجد بمستشفى الصحة النفسية هيكل للهيئة الحاكمة مع مسؤوليات محددة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة

الغرض:

الهيئة الحاكمة مسؤولة عن تحديد توجه مستشفى الصحة النفسية وضمان توافق نشاطه مع غرضه. وهي مسؤولة أيضًا عن مراقبة أدائه وتطوره المستقبلي. يمكن أن تكون الهيئة الحاكمة لمستشفى الصحة النفسية مجموعة من الأفراد (مثل مجلس الإدارة)، أو مالكًا فرديًا أو أكثر، وفي نظام مركزي، تخضع عدة مستشفيات فرعية لهيئة حاكمة واحدة، من أجل ضمان الحوكمة السليمة والإدارة الفعالة لأي موارد، وبالتالي يجب أن يكون هيكلها محددًا جيدًا. لذلك، يوضح تحديد الهيكل الحاكم لمستشفى الصحة النفسية خطوط السلطة والمساءلة ويضمن أنه يعمل بفاعلية وكفاءة. نص الرسالة هو وصف للغرض الأساسي لأي مستشفى للصحة النفسية.

يعد تحديد الغرض الرئيسي لمستشفى الصحة النفسية في شكل رسالة أحد الأدوار الأساسية للهيئة الحاكمة، حيث يجب أن تتماشى رسالة مستشفى الصحة النفسية مع رسالة الرعاية الصحية الوطنية، وأن يتم توصيلها إلى جميع أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك العاملون والمرضى والزوار.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة تصف هيكل ومسؤوليات ومساءلة الهيئة الحاكمة. تشمل مسؤوليات الهيئة الحاكمة على الأقل ما يلي:

- (أ) وضع ونشر الرسالة والرؤية والقيم.
- (ب) وضع الخطة الاستراتيجية وتحقيقها.
- (ج) وضع الخطة التشغيلية والميزانية.
- (د) تعزيز ودعم برامج إدارة الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر، وخطة تحسين الأداء.
- (هـ) تخصيص الموارد والتخطيط المالي الفعال.
- (و) تعزيز ومراقبة أنشطة وتقارير ثقافة السلامة.
- (ز) الاستجابة لتقارير التفتيش الداخلية والتنظيمية.
- (ح) دعم برنامج تقييم ومشاركة المجتمع.
- (ط) تفويض واضح للمسؤوليات لمدير المستشفى.

يجب تمثيل أو عرض الكيان الحاكم في مخطط تنظيمي أو وثائق أخرى مماثلة مع تحديد واضح لتدفق الأوامر من خلال خط السلطة المعتمد. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد أنواع قنوات الاتصال بين الهيئة الحاكمة والقادة وعاملي مستشفى الصحة النفسية. وقد تكون قنوات الاتصال في شكل وسائل تواصل اجتماعي، أو اجتماعات شهرية أو مؤتمرات سنوية، أو قنوات أخرى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة التي تصف هيكل ومسؤوليات ومساءلة الهيئة الحاكمة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية هيكل الهيئة الحاكمة وتدفق الأوامر من خلال مسار السلطة المعتمد.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تحدد هيكل ومسؤوليات ومساءلة الهيئة الحاكمة، وتتضمن العناصر من أ) إلى ط) في الغرض.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية بيان للرؤية والرسالة معتمد من الهيئة الحاكمة، ويكون مرئيًا في المناطق العامة للعاملين والمرضى والزوار.
3. توجد عملية محددة للتواصل بين الهيئة الحاكمة وقادة ومديري وعاملي مستشفى الصحة النفسية.
4. العاملون على دراية بطرق تدفق الأوامر من خلال خط السلطة المعتمد.

المعايير ذات الصلة:

- OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.04 نطاق الخدمات، OGM.05 الخطة الاستراتيجية، OGM.10 ثقافة السلامة.

توجيه فعال للمنشأة

OGM.02 يقوم مستشفى الصحة النفسية بتعيين مدير مؤهل مسؤول عن إدارة المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مدير مستشفى الصحة النفسية

الغرض:

المدير التنفيذي هو الشخص المسؤول والخاضع للمساءلة عن تنفيذ قرارات الهيئة الحاكمة، ويعمل كحلقة وصل بين الهيئة الحاكمة وقادة وموظفي مستشفى الصحة النفسية. يتطلب هذا المنصب مؤهلات معينة تسترشد بالقوانين واللوائح ذات الصلة و/أو على النحو الذي تحدده الهيئة الحاكمة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تعيين مدير مؤهل وتحديد أي تفويض للسلطة القيادية لإدارة المستشفى في غياب مديره. المدير مسؤول عن امتثال المستشفى لجميع القوانين واللوائح الحكومية المعمول بها.

يجب أن يكون لدى مدير مستشفى الصحة النفسية تدريب و/أو خبرة مناسبة في إدارة الرعاية الصحية، على النحو المحدد في التوصيف الوظيفي.

يغطي التوصيف الوظيفي على الأقل ما يلي:

أ) الإشراف على العمليات اليومية.

ب) ضمان نشر خدمات مستشفى الصحة النفسية وساعات العمل بشكل واضح ودقيق للمجتمع.

ج) ضمان وضع السياسات والإجراءات، وتنفيذها من قبل القادة، والموافقة عليها من قبل الهيئة الحاكمة.

د) الإشراف على الموارد البشرية وغير البشرية والمالية.

- هـ) التقييم السنوي لأداء لجان مستشفيات الصحة النفسية ومحاضر الاجتماعات.
- و) ضمان الاستجابة المناسبة للتقارير الواردة من أي وكالات تفتيش أو تنظيمية، بما في ذلك الاعتماد الوطني أو الدولي.
- ز) ضمان وجود برنامج فعال على مستوى المنظمة لتحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر مع توفير الموارد المناسبة.
- ح) وضع إطار لدعم التنسيق داخل و/أو بين الأقسام أو الوحدات، بالإضافة إلى عملية واضحة للتنسيق مع الخدمات الخارجية ذات الصلة.
- ط) تقديم تقارير منتظمة إلى الهيئة الحاكمة حول كيفية تلبية المتطلبات القانونية.

يجب على المدير ضمان الامتثال الشامل للمستشفى لمتطلبات السلامة الوطنية وتحديد أولويات أنشطة التحسين. يجب أن يمثل المدير دوراً فعالاً في اتخاذ القرار باستخدام أدوات مختلفة لمزج المعرفة والقدرات الموزعة للأطراف المختلفة في المستشفى مثل اللجنة، وهي الأداة الأكثر فعالية التي يمكن استخدامها. يمكن للاختيار متعدد التخصصات لأعضاء كل لجنة والاجتماعات المنتظمة أن يعزز الإنتاجية الإجمالية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة تحدد أنواع اللجان وتشكيلها. يجب أن تتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

- أ. اختصاصات تتضمن عضويتها، وواجباتها، والمساءلة/الإبلاغ، وتكرار الاجتماعات، والنصاب القانوني، وجدول الأعمال الأساسي.
- ب. متطلبات توثيق محاضر الاجتماعات والمسؤولية عنها.
- ج. نوع اللجنة وفقاً لنطاق خدمات المستشفى. يوجد بمستشفى الصحة النفسية على الأقل اللجان التالية:
 - أ. لجنة حماية حقوق المرضى
 - ب. لجنة السلامة البيئية
 - ج. لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى
 - د. لجنة الصيدلة والعلاجات
 - هـ. لجنة تحسين الأداء وسلامة المرضى
 - و. لجنة الوفيات والمرضى

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة التوصيف الوظيفي لمدير مستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلة مع مدير مستشفى الصحة النفسية للتحقق من درايته بمسؤولياته.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة اللجان وأنواعها وتشكيلها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطابات التفويض للمهام التي فوضها المدير لأي موظف آخر عند الحاجة.

أدلة التوافق مع المعيار:

5. يوجد مدير مؤهل ومدرب يدير مستشفى الصحة النفسية.
6. يوجد توصيف وظيفي لمدير مستشفى الصحة النفسية يغطي متطلبات المعيار من أ) إلى ط) كما في الغرض.
7. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لأنواع اللجان وتشكيلها تتضمن عناصر من أ) إلى III) في الغرض.
8. يوجد دليل على تفويض السلطة للمهام، عند الحاجة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.05 الخطة الاستراتيجية، OGM.06 الخطة التشغيلية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، QPI.01 برنامج إدارة الجودة وتحسين الأداء وسلامة المرضى.

OGM.03 يتم تحديد مسؤوليات ومساءلة قادة مستشفيات الصحة النفسية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

قادة مستشفيات الصحة النفسية

الغرض:

بينما يتناول معيار آخر مسؤوليات مدير مستشفى الصحة النفسية، عادة ما يكون لدى مستشفى الصحة النفسية مدير للتمريض، ومدير طبي، ومدير مالي، وأحياناً مدير تشغيل، ولهذا السبب يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد مجموعة من المسؤوليات في وثائق مكتوبة لقادة مستشفى الصحة النفسية. يجب أن يكون قائد مستشفى الصحة النفسية على دراية بمفاهيم خطط تحسين الأداء وسلامة المرضى، وبالتالي يمكنه أداء أدواره ومسؤولياته. قادة مستشفى الصحة النفسية مسؤولون عن:

أ. الحفاظ على هيكل راسخ لمستشفى الصحة النفسية:

- i. التخطيط لتحديث أو استبدال الأنظمة أو المباني أو المكونات اللازمة للتشغيل المستمر والأمن والفعال.
- ii. التطوير التعاوني لخطة توظيف لمستشفى الصحة النفسية تحدد أعداد وأنواع ومؤهلات العاملين المطلوبة.
- iii. توفير المرافق والوقت المناسبين لتعليم وتدريب العاملين.
- iv. ضمان وضع وتنفيذ جميع السياسات والإجراءات والخطط المطلوبة.
- v. توفير المساحة والمعدات والموارد الأخرى الكافية بناءً على الخطط الاستراتيجية والتشغيلية والخدمات المطلوبة.
- vi. اختيار المعدات والمستلزمات بناءً على معايير محددة تشمل الجودة وفعالية التكلفة.

ب. إدارة عمليات موجهة وسلسة:

- i. خلق "ثقافة عادلة" للإبلاغ عن الأخطاء والأحداث الوشيكة والشكاوى، واستخدام المعلومات لتحسين سلامة العمليات والأنظمة.
- ii. تصميم وتنفيذ عمليات تدعم استمرارية وتنسيق الرعاية وتقليل المخاطر.

iii. ضمان تطوير وتقديم الخدمات بأمان وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها والخطوة الاستراتيجية المعتمدة للمنظمة مع مدخلات من المرضى/العاملين.

ج. المراقبة والتقييم المستمر:

- i. ضمان تنفيذ ومراقبة جميع أنشطة إدارة الجودة وسلامة المرضى واتخاذ الإجراءات اللازمة عند الضرورة.
- ii. ضمان استيفاء مستشفى الصحة النفسية لشروط تقارير تفتيش المرافق أو الاستشهادات.
- iii. التقييم السنوي للخطط التشغيلية للخدمات المقدمة لتحديد احتياجات المرافق والمعدات المطلوبة للدورة التشغيلية التالية.
- iv. تقديم تقرير سنوي إلى الهيئة الحاكمة أو السلطة المختصة بمستشفى الصحة النفسية حول إخفاقات النظام أو العمليات والأحداث الوشيكة، والإجراءات المتخذة لتحسين السلامة، سواء بشكل استباقي أو استجابةً للأحداث الفعلية.

د. التحسين المستمر:

يجب جمع ومراجعة وتحليل البيانات من جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية وتقديمها إلى الإدارة العليا من أجل تحديد فرص التحسين من خلال اتخاذ قرارات فعالة قائمة على البيانات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قادة مستشفى الصحة النفسية للتحقق من درايتهم بأدوارهم ومسؤولياتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة التوصيف الوظيفي لقادة مستشفى الصحة النفسية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تحديد قادة مستشفى الصحة النفسية بناءً على الخدمة المقدمة، ويتم وصف مساءلتهم في وثائق مكتوبة وتتضمن على الأقل العناصر من أ) إلى د) في الغرض.
2. يتم تثقيف قادة مستشفى الصحة النفسية في مفاهيم خطط تحسين الجودة وسلامة المرضى.
3. قادة مستشفى الصحة النفسية على دراية تامة بمسؤولياتهم المكتوبة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.05 الخطوة الاستراتيجية، OGM.06 الخطوة التشغيلية، OGM.10 ثقافة السلامة، OGM.12 الإدارة الأخلاقية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، OGM.11 ثقافة بيئة العمل الإيجابية.

OGM.04 يتعاون مدير مستشفى الصحة النفسية مع الهيئة الحاكمة والقادة لوضع نطاق خدمات المستشفى بناءً على تقييم احتياجات المجتمع.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

نطاق الخدمات

الغرض :

نطاق الخدمات هو مجموعة الأنشطة التي يقدمها مستشفى الصحة النفسية (أي وقائية، وتعزيز الصحة، وعلاجية). يجب أن يشمل نطاق الخدمات الخدمات التخصصية التي يقدمها المستشفى، وعدد الأقسام والعيادات لكل تخصص، ومستوى الخبرة المطلوبة (على سبيل المثال؛ استشاري مقابل أخصائي)، وخطة التوظيف لكل قسم وعيادة. يجب أن يشمل نطاق الخدمات الفئة العمرية وحجم ومزيج المرضى الذين يتم خدمتهم، وساعات العمل الفعلية بالإضافة إلى أي خدمات طوارئ قد يتم تقديمها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد عملية لإشراك المجتمع لتحديد وتحليل احتياجاتهم الصحية. تساعد هذه العملية المستشفى على تحديد أولويات الاحتياجات الصحية للمجتمع، والتخطيط والتصرف بناءً على الاحتياجات الصحية المجتمعية غير المتحققة. توجد طرق عديدة لإجراء تقييم احتياجات المجتمع، على سبيل المثال، اجتماعات أصحاب المصلحة، ومجموعات التركيز المجتمعية، واستطلاعات الرأي، والمقابلات مع قادة المجتمع، وصحة السكان، والبيانات الأخرى المتعلقة بالصحة. يجب تحديث هذا التقييم بشكل منتظم (سنوياً على الأقل) أو على النحو الذي تحدده الهيئة الحاكمة وقادة المستشفى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة نطاق خدمات مستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بنطاق الخدمات التي يقدمها المستشفى.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الأساليب المطبقة لتقييم الاحتياجات الصحية للمجتمع.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية نطاق خدمات معتمد.
2. توجد طرق لإجراء تقييم احتياجات المجتمع.
3. تقوم الهيئة الحاكمة وقادة مستشفى الصحة النفسية بإجراء وتحديث تقييم احتياجات المجتمع (سنوياً على الأقل).
4. يتطابق نطاق خدمات مستشفى الصحة النفسية مع تقييم احتياجات المجتمع الحالي.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.05 الخطة الاستراتيجية، ACT.01 إتاحة الوصول، PCC.01 إعلانات مستشفى الصحة النفسية.

OGM.05 يتم وضع خطة استراتيجية تحت إشراف وتوجيه الهيئة الحاكمة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الخطة الاستراتيجية

الغرض:

التخطيط الاستراتيجي هو عملية وضع خطة طويلة الأجل لتحقيق رؤية ورسالة مستشفى الصحة النفسية المحددة من خلال تحقيق أهداف استراتيجية رفيعة المستوى. تنظر الخطة الاستراتيجية إلى أفق زمني ممتد. وتحدد الخطة مكانة مستشفى الصحة النفسية الحالية، والمكان الذي تريد القيادة الذهاب إليه، وكيف ستصل إلى هناك، وكيف ستعرف متى حققت الهدف.

يجب إشراك الأطراف المعنية في وضع الخطة لضمان شرعية الخطة وملكيته والالتزام بها. ويجب وضع خطة استراتيجية على مستوى أعلى (الهيئة الحاكمة) بمشاركة قادة مستشفى الصحة النفسية. توفر الخطة الاستراتيجية إطارًا عامًا يمكن لجميع الأطراف المعنية من خلاله إيجاد أدوارهم المناسبة وتقديم مساهماتهم المناسبة. ويجب أن تستند الخطة الاستراتيجية إلى تقييم شامل للعوامل البيئية الداخلية والخارجية (مثل تحليل SWOT، وتحليل PESTEL). وتمتد الخطة الاستراتيجية على مدى فترة من 3 إلى 5 سنوات ويجب مراجعتها بشكل منتظم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الخطة الاستراتيجية لمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قادة مستشفى الصحة النفسية للتحقق من مشاركتهم في الخطة الاستراتيجية ومراقبتها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة استراتيجية ذات جدول زمني محدد وقابل للتحقيق لكل هدف/نتيجة مرجوة.
2. تتضمن الخطة الاستراتيجية الأهداف والغايات العامة اللازمة لتحقيق رسالة المستشفى.
3. تتناول الخطة الاستراتيجية جميع الخدمات والبرامج الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.
4. توجد تقارير مراجعة مرحلية لمراقبة الخطة الاستراتيجية سنويًا على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.04 نطاق الخدمات، OGM.06 الخطة التشغيلية، QPI.02 مقاييس الأداء.

OGM.06 يتم وضع الخطط التشغيلية لتحقيق أهداف وغايات المستشفى، بناءً على مدخلات من العاملين ومقدمي الخدمات وغيرهم من الأطراف المعنية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة التشغيل

الغرض:

الخطط التشغيلية هي الوسيلة التي تقي من خلالها المنظمات برسالتها. وهي مفصلة، وتحتوي على معلومات محددة بشأن الأهداف والأنشطة ذات الصلة والموارد اللازمة في إطار زمني محدد. الخطة التشغيلية هي طريقة شاملة يخطط بها كل قسم أو تخصص لاستخدام موارده لتحقيق أهداف المستشفى. إن دمج الخطة التشغيلية للربط مع الخطط الرئيسية الأخرى داخل المنظمة يمكن أن يجعل الخطة التشغيلية أكثر شمولاً وفاعلية.

يضع القادة خططاً تشغيلية تتضمن على الأقل ما يلي:

- أ) أهداف وغايات واضحة (تتماشى مع الخطة الاستراتيجية للمستشفى).
- ب) أنشطة ومهام محددة للتنفيذ.
- ج) جدول زمني للتنفيذ.
- د) مسؤوليات مسندة.
- هـ) تفويض السلطة.
- و) مصادر الميزانية والموارد المطلوبة.
- ز) وسائل قياس الإنجاز.

يقوم القادة بانتظام بتقييم الخطط التشغيلية السنوية للخدمات المقدمة لتحديد الموارد المطلوبة اللازمة لدورة التشغيل التالية. تنتهي أي دورة تشغيل بمرحلة تحليل أو تقييم يفهم من خلالها المخططون ما سار على ما يرام وما حدث من خطأ في الخطة. يجب أن تغذي هذه الدروس المستفادة الدورة الجديدة من التخطيط لتحسين أداء مستشفى الصحة النفسية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين والقادة للتحقق من وعيهم بالخطة التشغيلية التي يتبعونها ومنحهم فرصة للتحدث عن مدخلاتهم وكيفية توصيلها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أدلة مراقبة تقدم الخطة التشغيلية، وتحديد فرص التحسين، والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطط تشغيلية تتضمن العناصر من أ) إلى ز) في الغرض.
2. العاملون على دراية ويشاركون بفاعلية في تصميم الخطط التشغيلية.

3. يتم توصيل الخطط في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.
4. توافق الهيئة الحاكمة على الموارد المطلوبة لتنفيذ الخطة التشغيلية.
5. توجد تقارير مراجعة مرحلية لمراقبة الخطط التشغيلية سنوياً على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.05 الخطة الاستراتيجية، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، QPI.02 مقاييس الأداء.

إدارة فعالة لسلسلة الإمداد

OGM.07 يوجد بمستشفى الصحة النفسية إدارة فعالة لسلسلة الإمداد.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

إدارة سلسلة الإمداد

الغرض:

تشير سلسلة الإمداد بشكل عام إلى الموارد اللازمة لتقديم السلع أو الخدمات للمستهلك. يجب أن تشمل سلسلة الإمداد جميع الأنشطة المتعلقة بالتصنيع، واستخراج المواد الخام، والمعالجة، والتخزين، والنقل. في مجال الرعاية الصحية، عادة ما تكون إدارة سلسلة الإمداد عملية معقدة ومجزأة للغاية.

يجب أن تتضمن إدارة سلسلة الإمداد في الرعاية الصحية الحصول على الموارد، وإدارة الإمدادات، وتقديم السلع والخدمات لمقدمي الخدمة والمرضى. لإتمام العملية، تمر السلع المادية والمعلومات حول المنتجات والخدمات الطبية عادةً عبر عدد من أصحاب المصلحة المستقلين، بما في ذلك المصنعون، وشركات التأمين، ومقدمو خدمات المستشفيات، ومنظمات الشراء الجماعي، والعديد من الهيئات التنظيمية.

بالنسبة للإمدادات الحيوية، أي الإمدادات الضرورية لدعم العمليات، يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد الخطوات في سلاسل الإمداد لتحديد أماكن وجود المخاطر الكبيرة.

تشمل الموارد كلاً من الموارد المالية والبشرية والتكنولوجية وأنظمة المعلومات. يجب على الهيئات الحاكمة وضع خطط لتخصيص الموارد لزيادة الكفاءة والشفافية، لذا يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات لإدارة سلسلة الإمداد. يجب أن تصف السياسة عملية تحديد أولويات شراء الموارد ومعايير الاختيار. يجب أن تكون معايير تحديد الأولويات معروفة لجميع القادة لضمان عملية تخصيص موارد عادلة وشفافة.

تتناول سياسة إدارة سلسلة الإمداد على الأقل ما يلي:

أ) عملية تحديد الموردين واختيارهم.

ب) طرق مراقبة وتقييم الموردين و/أو الموزعين، لضمان توفير الإمدادات المشتراة من مصادر موثوقة تمتنع عن التعامل مع الإمدادات المقلدة أو المهربة أو التالفة.

ج) وضع معايير قبول محددة مسبقاً للموردين قد تشمل التقييم بناءً على استجابة الموردين عند الطلب، وجودة الإمدادات المستلمة، ورقم التشغيل، وتاريخ انتهاء الصلاحية.

د) مراقبة وتقييم الإمدادات، لضمان عدم توفير أي أدوية أو عينات أو أجهزة أو مستلزمات طبية أو معدات تم استدعاؤها.

هـ) مراقبة نقل الإمدادات، لضمان حدوثه وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها، وتوصيات الشركة المصنعة.

و) يجب على مستشفى الصحة النفسية أن يوضح في السياسة إجراءات إدارة مخزون المخزون، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- i. الامتثال للقوانين واللوائح المعمول بها وسياسات المنظمة.
- ii. نظام مراقبة المخزون الذي يتضمن تحديد معدل الاستخدام، وحد إعادة الطلب لكل صنف، ومراقبة حالات نفاد المخزون.
- iii. امتثال إدارة المخزون لاستراتيجيات التخزين الآمن التي تتطلب على الأقل السجلات التالية لأصناف المخزون: تاريخ الاستلام، ورقم التشغيل، وتاريخ انتهاء الصلاحية، وتاريخ التصرف، في حالة عدم الاستخدام.
- iv. تحديد وتتبع استخدام الموارد والإمدادات الحيوية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة وسجلات إدارة سلسلة الإمداد.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية عملية تقييم الإمدادات والتنفيذ السليم لاستراتيجيات التخزين الآمن.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لإدارة سلسلة الإمداد، تتناول جميع العناصر من أ) إلى و).
2. تتم مراقبة وتقييم الإمدادات لضمان مطابقتها لمعايير القبول المحددة مسبقاً والمحددة في سياسة المستشفى.
3. يتم تحديد الإمدادات الحرجة واتباع عمليات واضحة في حالة النقص.
4. يتم تسجيل المعلومات الأساسية لأصناف المخزون على النحو المذكور من الأول إلى الرابع من البند و) في الغرض.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.06 الخطة التشغيلية، OGM.09 إدارة الخدمات المتعاقد عليها.

OGM.08 يدير مستشفى الصحة النفسية نظام إعداد فواتير المرضى.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

نظام إعداد الفواتير

الغرض:

يوفر مستشفى الصحة النفسية للمرضى وأسرهم إيصالاً بالخدمات المقدمة، بما في ذلك مرضى التأمين. ومن حق المريض والأسرة الحصول على تكلفة تقديرية أولية لعلاجهم إذا طلبوا ذلك. بالنسبة لأنظمة الدفع من طرف ثالث، تستند عملية إعداد الفواتير إلى متطلبات شركات/وكالات التأمين، والتي لديها عمومًا قواعد سداد ذات إطار زمني محدد مسبقًا.

- يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات لعملية إعداد الفواتير، على أن تتناول على الأقل ما يلي:
- (أ) توفر قائمة أسعار معتمدة للخدمات المقدمة للمرضى وجهات رعايتهم.
 - (ب) إبلاغ المرضى والأسر/مقدمي الرعاية بالتكلفة التقديرية الأولية للخدمات المطلوبة وأي تكلفة محتملة تتعلق بالرعاية المخطط لها.
 - (ج) العملية التي تضمن حصول المرضى والأسر/مقدمي الرعاية على فاتورة دقيقة للخدمات المقدمة.
 - (د) استخدام الأكواد المعتمدة للتشخيصات والتدخلات والفحوصات التشخيصية، إن وجدت.
 - (هـ) طرق الدفع. على سبيل المثال، فاتورة مفصلة، أو صفقة شاملة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة إعداد الفواتير وقوائم أسعار مستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة وطرق الدفع المختلفة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لإعداد فواتير المرضى تتضمن العناصر من أ) إلى هـ) المذكورة في الغرض.
2. في حالة وجود طرف ثالث للدفع (أو تأمين صحي)، تتم مراقبة مدى الالتزام بالمواعيد المحددة لعمليات الموافقة.
3. العاملون المسؤولون على دراية تامة بعمليات التأمين الصحي المختلفة وطرق الدفع المختلفة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة.

OGM.09 يطبق مستشفى الصحة النفسية عملية لاختيار وتقييم ومراقبة مستمرة للخدمات المتعاقد عليها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الخدمات المتعاقد عليها

الغرض:

تحدد قيادة مستشفى الصحة النفسية طبيعة ونطاق الخدمات التي تقدمها الخدمات المتعاقد عليها، بما في ذلك الخدمات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية. يجب على قادة مستشفى الصحة النفسية أن يوضحوا كتابيًا الاتفاقيات التعاقدية التي تحدد طبيعة ونوع الخدمات التي سيتم تقديمها من خلال العقد. على سبيل المثال، خدمات المعامل والأشعة التي يتم الاستعانة بها من مصادر خارجية أو خدمات المغسلة.

يجب على القادة المشاركة في اختيار وتقييم ومراقبة الخدمات المتعاقد عليها باستمرار لضمان امتثال مقدمي الخدمة التام لمتطلبات السلامة البيئية وسلامة المرضى والجودة وجميع متطلبات معايير الاعتماد ذات الصلة. تتم مراقبة جودة الخدمات التي يقدمها الممارسون المستقلون كعنصر من عناصر برنامج إدارة الجودة بمستشفى الصحة النفسية.

يجب مراقبة الخدمات المتعاقد عليها من خلال مقاييس الأداء وتقييمها سنويًا على الأقل لتحديد ما إذا كان يجب تجديد العقد أو إنهاؤه. يتم إبلاغ قادة مستشفى الصحة النفسية بنتائج ونتائج مراقبة العقود لاتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنها. يجب على قادة مستشفى الصحة النفسية تحديد وتيرة وآلية الإبلاغ، ووضع عملية لكيفية استجابة مستشفى الصحة النفسية عند عدم استيفاء متطلبات الجودة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الوثائق المعتمدة للخدمات المتعاقد عليها.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قادة المستشفى والعاملين المسؤولين لتحديد عمليات مراقبة العقود وتقييمها وتجديدها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة مقاييس الأداء لمراقبة الخدمات المتعاقد عليها.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية موثقة تصف طبيعة ونطاق الخدمات المقدمة من خلال اتفاقية تعاقدية، بما في ذلك جميع الخدمات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية التي يتم الاستعانة بها من مصادر خارجية.
2. يتم تقييم كل عقد سنويًا على الأقل لتحديد ما إذا كان يجب تجديده أو إنهاؤه.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية موثقة لمراقبة وتقييم العقود.
4. تم دمج مقاييس الأداء لمراقبة الخدمات المتعاقد عليها في برنامج إدارة الجودة بالمستشفى.
5. يتم إبلاغ قادة المستشفى بالنتائج الهامة لمراقبة العقود.
6. إذا تم إنهاء العقود، فإن لدى مستشفى الصحة النفسية عملية واضحة للحفاظ على استمرارية رعاية المرضى.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، QPI.02 مقياس الأداء.

دور القيادة في الجواة وسلامة المرضى

OGM.10 يرسخ قادة مستشفى الصحة النفسية ثقافة السلامة والجودة داخل المستشفى ويدعمونها.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

ثقافة السلامة

الغرض:

تتسم الرعاية الصحية بالتعقيد، وفي بعض الأحيان، وبسبب أخطاء غير مقصودة، يمكن أن تلحق الضرر بالمرضى بل والعاملين أيضًا. لتقليل هذه المخاطر إلى الحد الأدنى، يجب استكشاف أسباب الأخطاء والأحداث الوشيكة وبذل الجهود لمنع حدوثها في المستقبل. يجب على القادة خلق ثقافة عادلة لتشجيع الإبلاغ عن الأخطاء والأحداث الوشيكة. ولتحقيق ذلك، من الضروري وجود ثقافة سلامة داخل المنشأة حيث يشارك العاملون ويشعرون بالثقة عند الإبلاغ عن حادث يتعلق بالسلامة بأنهم سيعاملون بإنصاف، وبطريقة سرية، وأن المعلومات التي يقدمونها ستستخدم لتحسين عملية الرعاية والبيئة. يجب على القادة إظهار التزامهم بثقافة السلامة ووضع قواعد لأولئك الذين يعملون في مستشفى الصحة النفسية وتصدر منهم سلوكيات لا تتفق مع ثقافة السلامة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لوصف ثقافة السلامة. يجب أن تشرح السياسة العناصر الرئيسية لثقافة السلامة والتي تشمل على الأقل ما يلي؛

أ. تحديد الأنشطة عالية الخطورة والمثابرة على تحقيق عمليات آمنة؛

ب. تهيئة بيئة يمكن للعاملين فيها الإبلاغ عن الأخطاء/الحوادث دون خوف من اللوم أو العقاب.

ج. تشجيع جميع التخصصات والعاملين على تسليط الضوء على مشكلات سلامة المرضى لديهم ومحاولة إيجاد حل مناسب.

د. متطلبات التوثيق.

هـ. التزام القادة بأداء جولات السلامة الدورية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي توضح ثقافة السلامة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بسياسة ثقافة السلامة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أدلة جولات السلامة التي يقوم بها القادة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لثقافة السلامة تتضمن العناصر من أ) إلى هـ) المذكورة في الغرض.
2. يوفر القادة جميع الموارد المطلوبة لتعزيز ودعم ثقافة السلامة.

3. يوجد دليل على مشاركة القادة في جولات السلامة بشكل مستمر.
4. جميع العاملين على دراية تامة بكيفية تطبيق سياسة ثقافة السلامة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث، OGM.11 ثقافة بيئة العمل الإيجابية.

ثقافة تنظيمية آمنة وأخلاقية وإيجابية

OGM.11 يضمن مستشفى الصحة النفسية ثقافة إيجابية في بيئة العمل.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

ثقافة بيئة عمل إيجابية

الغرض:

أبرزت الدراسات أهمية تزويد العاملين في مجال الرعاية الصحية وخاصة متخصصي الرعاية الصحية ببيئة عمل آمنة ومريحة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات معتمدة لثقافة بيئة العمل الإيجابية. تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

(أ) تدابير نظافة مكان العمل وسلامته وأمنه.

(ب) إدارة العنف والتمييز والتحرش في مكان العمل.

(ج) قنوات الاتصال بين العاملين وقادة مستشفى الصحة النفسية.

(د) قياس آراء العاملين.

(هـ) التخطيط للتطوير الوظيفي للعاملين.

(و) التخطيط للحفاظ على نمط حياة صحي للعاملين.

يجب على مستشفى الصحة النفسية التخطيط للحفاظ على نمط حياة صحي للعاملين، على سبيل المثال، تعزيز المعسكرات/الأنشطة الصحية البدنية والنفسية من أجل تقليل التوتر، وتوفير برنامج لإدارة الوزن، وتقديم خدمات استشارة وإرشاد للتوتر لدى العاملين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسة المعتمدة لثقافة بيئة العمل الإيجابية.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تدابير مكان العمل لمنع العنف والتمييز والتحرش.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة البيانات التي تم تحليلها حول رضا العاملين وآرائهم.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لثقافة بيئة العمل الإيجابية، وتتناول على الأقل العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. مكان العمل نظيف وآمن، ويتم تطبيق التدابير الأمنية.
3. يتم تطبيق تدابير لمنع العنف والتمييز والتحرش في مكان العمل.
4. يتم قياس وتحليل آراء ورضا العاملين بشكل دوري.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.12 الإدارة الأخلاقية، OGM.13 برنامج صحة العاملين، EFS.07 الخطة الأمنية، EFS.08 برنامج الوقاية من العنف، QPI.02 مقاييس الأداء، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، OGM.10 ثقافة السلامة.

OGM.12 يضع مستشفى الصحة النفسية إطارًا مناسبًا للإدارة الأخلاقية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الإدارة الأخلاقية

الغرض:

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع إطار أخلاقي مناسب يتضمن الجوانب المهنية والإكلينيكية والقانونية. يجب أن يتوافق الإطار الأخلاقي للمستشفى مع رؤية المستشفى ورسالته وقيمه ونطاق الخدمات المقدمة.

تتضمن الأخلاقيات الطبية فحص مشكلة معينة، عادة ما تكون حالة إكلينيكية، واستخدام القيم والحقائق والمنطق لتحديد أفضل مسار للعمل. قد يتعامل متخصصو الرعاية الصحية مع مجموعة متنوعة من المشكلات والمعضلات الأخلاقية، على سبيل المثال، تضارب المصالح وعدم المساواة في رعاية المرضى. يجب أن تغطي سياسة الإدارة الأخلاقية وتتوافق مع العناصر التالية على الأقل:

- أ) مدونة أخلاقيات وسلوك المستشفى
- ب) حماية سرية المريض وحقوقه
- ج) التعامل مع الأخطاء الطبية والقضايا الطبية القانونية
- د) تحديد أي تضارب في المصالح والإفصاح عنه
- هـ) طرق الإبلاغ عن أي مخاوف أخلاقية أثرت مع إطار زمني محدد للإبلاغ
- و) تجنب التمييز الذي قد يؤثر على ممارسات توظيف العاملين أو تقديم رعاية المرضى
- ز) قضايا ومخاوف المساواة بين الجنسين.
- ح) إدارة الأبحاث الإكلينيكية (إن وجدت).

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الإدارة الأخلاقية لمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى ومدونة الأخلاقيات والقيم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية معالجة المخاوف الأخلاقية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للإدارة الأخلاقية تتناول على الأقل العناصر من أ) إلى ح) من الغرض.
2. العاملون على دراية ومدربون على كيفية تطبيق السياسة.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لمعالجة المخاوف الأخلاقية التي قد تنشأ، في إطار زمني محدد مسبقًا وفقًا لسياسة المستشفى.

المعايير ذات الصلة:

APC.05 المعايير المهنية أثناء المراجعات، PCC.01 إعلانات مستشفى الصحة النفسية، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.11 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، OGM.15 الإطار الأخلاقي للبحث الإكلينيكي.

المشاركة الفعالة للعاملين وسلامتهم وصحتهم

OGM.13 يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج فعال لصحة العاملين وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج صحة العاملين

الغرض:

يجب على مستشفى الصحة النفسية تنفيذ برنامج لصحة العاملين لضمان سلامتهم وفقًا للتعرض في مكان العمل. حجر الزاوية في برنامج الصحة المهنية للعاملين هو تقييم المخاطر، الذي يحدد المخاطر المتعلقة بكل مهنة. ويتم ذلك من أجل اتخاذ الخطوات اللازمة للسيطرة على هذه المخاطر لتقليل الضرر المحتمل الناشئ، وإذا لم يكن ذلك ممكنًا، لتقليل تبعاتها السلبية. يتحقق ذلك من خلال برنامج لتقييم المخاطر على مستوى مستشفى الصحة النفسية يحدد المناطق والعمليات عالية الخطورة.

يغطي نطاق البرنامج جميع العاملين، ويتناول البرنامج على الأقل ما يلي:

أ) التقييم الطبي قبل التوظيف للعاملين الجدد.

- (ب) التقييم الطبي الدوري للعاملين.
- (ج) فحص التعرض و/أو المناعة للأمراض المعدية.
- (د) السيطرة على التعرض للمخاطر المتعلقة بالعمل وإدارتها:
- أ. مخاطر بيئة العمل التي تنشأ عن رفع ونقل المرضى أو المعدات، والإجهاد، والحركات المتكررة، والوضعية السيئة.
 - ب. المخاطر الجسدية مثل الإضاءة، والضوضاء، والتهوية، والكهرباء، وغيرها.
 - ج. المخاطر البيولوجية من مسببات الأمراض المنقولة بالدم والمنقولة بالهواء وغيرها.
 - د. المخاطر النفسية مثل التعب النفسية بعد وفاة المريض.
- (هـ) تثقيف العاملين بشأن المخاطر داخل بيئة مستشفى الصحة النفسية وكذلك بشأن المخاطر الخاصة بوظائفهم.
- (و) التحصينات الوقائية للعاملين.
- (ز) تسجيل حوادث العاملين والتعامل معها (مثل الإصابات أو الأمراض، واتخاذ الإجراءات التصحيحية، ووضع تدابير لمنع تكرارها).
- (ح) يجب إشراك عاملي مكافحة ومنع انتشار العدوى في وضع وتنفيذ برنامج صحة العاملين حيث أن انتقال العدوى يمثل خطرًا شائعًا وخطيرًا لكل من العاملين والمرضى في مرافق الرعاية الصحية.
- (ط) يجب توثيق جميع النتائج المتعلقة ببرنامج الصحة المهنية للعاملين (التقييم الطبي، والتحصين، وإصابات العمل) والاحتفاظ بها وفقًا للقوانين واللوائح.
- (ي) يلزم إجراء فحص طبي قبل التوظيف لجميع فئات الموظفين لتقييم مدى ملاءمتهم للأداء الآمن، ويجب أن يخضع العاملون الذين يتعرضون لمخاطر معينة، مثل الإشعاع، لتقييمات طبية محددة دورية (اختبارات وفحوصات). قد يلزم إجراء فحص ظرفي في حالة التعرض لمواد معينة. يتم توثيق نتائج التقييم الطبي في السجلات الصحية للعاملين، ويتم اتخاذ الإجراءات اللازمة عند وجود نتائج إيجابية، بما في ذلك توعية الموظف بهذه النتائج وتقديم المشورة والتدخلات حسب الحاجة.
- (ك) قد يلزم إجراء فحص للموقف في حالة التعرض لمواد معينة. يتم توثيق نتائج التقييم الطبي في السجلات الصحية للعاملين، ويتم اتخاذ الإجراءات اللازمة عند وجود نتائج إيجابية، بما في ذلك توعية الموظف بهذه النتائج وتقديم المشورة والتدخلات حسب الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج صحة العاملين بمستشفى الصحة النفسية وتقييم المخاطر المهنية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين في وضع وتنفيذ برامج صحة العاملين للتحقق من هيكल البرنامج، والمخاطر، وسجلات التثقيف والتوجيه.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من وعيهم بالمخاطر داخل بيئة مستشفى الصحة النفسية، والمخاطر الخاصة بوظائفهم، والفحص الطبي الدوري.

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الصحية للعاملين للتحقق من أدلة التحصينات، والوقاية والتدخلات بعد التعرض، وغيرها من النتائج المتعلقة ببرنامج الصحة المهنية للعاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد برنامج معتمد لصحة العاملين بمستشفى الصحة النفسية يغطي العناصر من أ) إلى ك) في الغرض.
2. يوجد تقييم للمخاطر المهنية يحدد المخاطر المهنية داخل مستشفى الصحة النفسية.
3. يتم تثقيف العاملين حول المخاطر داخل بيئة مستشفى الصحة النفسية، والمخاطر الخاصة بوظائفهم، والفحص الطبي الدوري.
4. يخضع جميع العاملين لبرنامج التحصين ولقيود العمل وفقاً للإرشادات المعتمدة بمستشفى الصحة النفسية.
5. يتم تسجيل جميع نتائج الاختبارات والتحصينات والوقاية والتدخلات بعد التعرض في السجل الصحي للعاملين.
6. يوجد دليل على اتخاذ الإجراءات وإبلاغ الموظفين في حالة وجود نتائج إيجابية.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، IPC.08 ممارسات الحقن الآمن، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، EFS.06 خطة إدارة السلامة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، OGM.11 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية.

OGM.14 تتماشى خدمات الرعاية بمستشفى الصحة النفسية مع المبادرات المجتمعية الدولية أو الوطنية أو الإقليمية أو المحلية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

المبادرات المجتمعية

الغرض:

المجتمع هو مجموعة من الأفراد أو الأسر أو المجموعات أو المرافق أو المنظمات التي تتفاعل مع بعضها البعض، وتتعاون في أنشطة مشتركة، وتحل الاهتمامات المتبادلة، وعادة ما يكون ذلك داخل المنطقة الجغرافية التي يخدمها مستشفى الصحة النفسية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ خطة للمشاركة المجتمعية قد تشمل مبادرات مثل تنفيذ المبادرات الدولية لصحة المرأة، وصحة الأورام، وصحة السكري أو المبادرات الوطنية للتأمين الصحي الشامل، أو 100 مليون صحة، أو غيرها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة المشاركة المجتمعية للتحقق من توافقها مع المبادرات الوطنية الأخرى ومع القوانين واللوائح.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالمبادرات المجتمعية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. تعكس خطط مستشفى الصحة النفسية التوافق مع المبادرات المجتمعية الدولية والإقليمية و/أو الوطنية.
2. جميع العاملين على دراية بخطة المشاركة المجتمعية والمبادرات.
3. يتم تحديث خطة المشاركة المجتمعية بشكل دوري لتلبية احتياجات المجتمع.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، STP.08 تعزيز الصحة النفسية والرفاهية، ACT.03 الوصول المادي والراحة، OGM.04 نطاق الخدمات.

إطار فعال حديث

OGM.15 عندما يتم تقديمها من قبل مستشفى الصحة النفسية، يضع المستشفى إطاراً أخلاقياً لأنشطة البحث الإكلينيكي.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

الإطار الأخلاقي للبحث الإكلينيكي

الغرض:

عندما يقدم المستشفى أنشطة بحث إكلينيكي، يكون الشاغل الأساسي هو كيفية احترام أخلاقيات البحث والقوانين واللوائح الوطنية والحفاظ عليها مع حماية صحة ورفاهية المرضى. عادة، تسند المستشفيات مسؤولية المراجعة الأخلاقية لبروتوكولات البحث والوثائق الداعمة لها إلى لجنة. وتتمتع لجنة أخلاقيات البحث (REC) بعضوية متعددة التخصصات يتم تأسيسها وفقاً لميثاق أو وثيقة أخرى تحدد طريقة تعيين الأعضاء والرئيس. يجب على مستشفى الصحة النفسية دعم لجنة أخلاقيات البحث بالعاملين والأعداد الكافية والتدريب لتمكينها من القيام بمسؤولياتها الفنية والإدارية؛ وكذلك بالموارد الكافية للعاملين للوفاء بالمهام الموكلة إليهم.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان أن أعضاء اللجنة على دراية ومدربون على دورهم ومسؤولياتهم في لجنة أخلاقيات البحث، والتي تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) الاعتبارات الأخلاقية ذات الصلة بالبحوث التي يشارك فيها الإنسان.
- ب) الجوانب الأساسية لمنهجية البحث وتصميمه (للأعضاء الذين يفتقرون إلى هذه الخبرة).
- ج) تأثير التصميم والأهداف العلمية المختلفة على أخلاقيات دراسة بحثية.
- د) مناهج مختلفة للتعرف على التوترات التي يمكن أن تنشأ بين الاعتبارات الأخلاقية المختلفة وحلها.
- هـ) طرق التفكير الأخلاقي.

تستند الموافقة أو عدم الموافقة على المقبولية الأخلاقية للبحث، بما في ذلك قيمته الاجتماعية وصلاحيته العلمية، ونسبة مقبولة من الفوائد المحتملة إلى مخاطر الضرر، وتقليل المخاطر، وإجراءات الموافقة المستنيرة الكافية (بما في ذلك الملاءمة الثقافية وآليات ضمان الطوعية)، وتدابير لضمان حماية الفئات الضعيفة، وإجراءات عادلة لاختيار المشاركين، والاهتمام بتأثير البحث على المجتمعات التي سيتم اختيار المشاركين منها، سواء أثناء البحث أو بعد اكتماله. وتأخذ المراجعة في الاعتبار أي مراجعات علمية سابقة والقوانين واللوائح المعمول بها.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ميثاق لجنة أخلاقيات البحث العلمي ومراجعة مسؤوليات الأعضاء.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أعضاء لجنة أخلاقيات البحث العلمي للتحقق من وعيهم بمسؤولياتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة متطلبات الموافقة على بروتوكولات البحث.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يضمن مستشفى الصحة النفسية أن لجنة أخلاقيات البحث العلمي لديها عضوية متعددة التخصصات وأنها تشمل أفراداً من ذوي الخلفيات ذات الصلة بمجالات البحث.
2. يتم تدريب أعضاء اللجنة على كيفية أداء أدوارهم ومسؤولياتهم.
3. تضع اللجنة الحد الأدنى من المتطلبات للموافقة على بروتوكولات البحث.
4. تراجع اللجنة جميع بروتوكولات البحث التي تشمل مشاركين من البشر قبل الموافقة عليها كما هو مطلوب بموجب القانون واللوائح المعمول بها.

المعايير ذات الصلة:

OGM.12 الإدارة الأخلاقية، OGM.16 الموافقة على البحث الإكلينيكي، OGM.17 حقوق المرضى المشاركين في الأبحاث، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية.

OGM.16 يوفر المستشفى معلومات كاملة ودقيقة للمرضى وأسرهم، ويضمن الحصول على موافقتهم قبل إجراء البحث الإكلينيكي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الموافقة على البحث الإكلينيكي

الغرض:

في الأبحاث المقبولة أخلاقياً، يجب تقليل المخاطر إلى الحد الأدنى وأن تكون معقولة فيما يتعلق بالفوائد المحتملة للدراسة. وقد تختلف طبيعة المخاطر وفقاً لنوع البحث الذي سيتم إجراؤه، وقد يحدث الضرر إما على المستوى الفردي أو على مستوى الأسرة أو السكان. قد يحمل الالتحاق بتجربة بحثية أو تجربة سريرية عدم اليقين والخوف للمشاركين. كما أن

الانسحاب منها قد يجعل المشاركين يخشون التمييز ضدهم. وبالتالي، يجب على مستشفى الصحة النفسية الحصول على موافقة مبنية على المعرفة قبل مشاركة المريض في البحث الإكلينيكي أو التجارب السريرية. يجب أن تتضمن المعلومات المقدمة للمرضى والأسر على الأقل ما يلي:

- (أ) الفوائد والمخاطر المحتملة؛
- (ب) جميع البدائل الممكنة.
- (ج) وصف كامل وشامل للإجراءات المطلوب اتباعها.
- (د) حق المريض في رفض المشاركة أو الانسحاب منها دون خوف من الانتقام.

يتم استكمال موافقة المريض المبنية على المعرفة للمشاركة في البحث الإكلينيكي أو التجارب وتوثيقها وفقاً لمتطلبات التوثيق المذكورة في معيار الموافقة المبنية على المعرفة (PCC.07). الأساس الأخلاقي للموافقة المبنية على المعرفة هو مبدأ احترام الأشخاص. يحق للأفراد الأكفاء ذوي الأهلية العقلية اختيار المشاركة بحرية في البحث واتخاذ القرارات بناءً على فهم كافٍ لما يستلزمه البحث.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مستشفى الصحة النفسية للحصول على موافقة المريض للمشاركة في البحث الإكلينيكي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السجلات الطبية للمرضى للتحقق من توثيق موافقة المرضى للمشاركة في البحث الإكلينيكي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية ثابتة للحصول على موافقة المريض للمشاركة في البحث الإكلينيكي تتضمن العناصر من أ) إلى د) في الغرض.
2. يتم إبلاغ المرضى والأسر بعملية الحصول على الموافقة.
3. العاملون المعنيون على دراية بعملية الحصول على الموافقة.
4. يتم توثيق موافقة المريض الموقعة للمشاركة في البحث الإكلينيكي في السجل الطبي للمريض.

المعايير ذات الصلة:

OGM.12 الإدارة الأخلاقية، PCC.07 الموافقة المبنية على المعرفة، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، OGM.17 حقوق المرضى المشاركين في الأبحاث، OGM.15 الإطار الأخلاقي للبحث الإكلينيكي، PCC.06 عملية تثقيف المريض والأسرة ومقدم الرعاية.

OGM.17 تتم حماية حقوق المرضى خلال الأنشطة البحثية.

الرعاية المتمركزة حول المريض

الكلمات الرئيسية:

حقوق المرضى المشاركين في الأبحاث

الغرض:

إن انتهاكات خصوصية المريض وانتهاكات السرية أثناء إجراء أنشطة البحث أمر غير محترم ويمكن أن يؤدي إلى الشعور بفقدان السيطرة أو الإحراج، فضلاً عن الأضرار الملموسة مثل الوصمة الاجتماعية، أو الرفض من قبل العائلات أو المجتمعات، أو الفرص الضائعة مثل التوظيف.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات بحثية تمتثل لقوانين ولوائح رعاية المرضى النفسيين، ويجب أن تتضمن على الأقل ما يلي:

- (أ) أهلية التسجيل في أنشطة وبروتوكولات البحث.
- (ب) الامتثال لجميع المتطلبات التنظيمية المتعلقة بالبحث.
- (ج) حماية حقوق المريض أثناء التسجيل في البحث.
- (د) ضمانات سرية الصور الفوتوغرافية ومعلومات المريض المدرجة في البحث.
- (هـ) عملية تعويض المرضى الذين يشاركون في البحث الإكلينيكي ويتعرضون لحدث ضار.
- (و) الشروط التي يُحظر فيها تسجيلات وأفلام البحث وفقاً لقوانين ولوائح رعاية المرضى النفسيين مثل الدخول الإلزامي للمرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة البحث بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المعنيين للتحقق من درايتهم بسياسة المستشفى.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية تعويض المرضى الذين يشاركون في البحث الإكلينيكي ويتعرضون لحدث ضار.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة بحث معتمدة تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من (أ) إلى (و).
2. العاملون المعنيون على دراية بمتطلبات السياسة.
3. يتم توثيق الامتثال لجميع المتطلبات التنظيمية المتعلقة بالبحث وتقييمه بانتظام وفقاً لسياسة المستشفى.
4. توجد عملية واضحة يتم اتباعها للمرضى الذين يشاركون في البحث الإكلينيكي ويتعرضون لحدث ضار.

المعايير ذات الصلة:

PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، PCC.07 الموافقة المبينة على المعرفة، OGM.12 الإدارة الأخلاقية، OGM.15 الإطار الأخلاقي للبحث الإكلينيكي، OGM.16 الموافقة على البحث الإكلينيكي، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث.

إدارة المواد البشرية

الغرض من الفصل:

تتميز مستشفيات الصحة النفسية بطبيعة عمل خاصة، حيث تتعامل مع نوع خاص من المرضى، وبالتالي تحتاج إلى مجموعة متنوعة من الأشخاص المهرة والمؤهلين للوفاء برسالتها وتلبية احتياجات المرضى. ويشير مصطلح الموارد البشرية في مستشفى الصحة النفسية إلى العاملين داخل المستشفى. ويعد التخطيط للعدد المناسب والمزيج المهاري للموارد البشرية أمراً ضرورياً. ويساعد وضع أوصاف وظيفية واضحة وبرامج توجيه وتدريب قوية العاملين في تقديم الرعاية الصحية والرفاهية المناسبة. ويجب أن يكون لدى أي منظمة جيدة دائماً هيكل واضح لطاقتها الطبي، بما في ذلك الأقسام والشعب واللجان الطبية.

يحدد هذا الفصل أدوار ومسؤوليات قادة الطاقم الطبي في الاعتماد، ومنح الامتيازات، ووضع اللوائح، وإدارة اللجان والأقسام (الرئيس)، بالإضافة إلى تحسين الأداء. ويشمل الطاقم الطبي الأطباء المرخصين وأطباء الأسنان المرخصين، ومن المهم بشكل خاص مراجعة مؤهلات جميع أعضاء الطاقم الطبي وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية بعناية، ويجب على المستشفى تزويد الطاقم الطبي بفرص للتعليم والتقدم على الصعيدين الشخصي والمهني. والممارسون المستقلون هم متخصصو رعاية صحية مرخصون آخرون (مثل الصيادلة، وأخصائيي التغذية...) يُسمح لهم بموجب القانون واللوائح بتقديم خدمات رعاية المرضى بشكل مستقل في المستشفى، ويجب على المستشفى تحديد هذه المجموعة الخاصة من متخصصي الرعاية الصحية وتوضيح امتيازاتهم الإكلينيكية ومراجعتها.

في بعض البلدان، تكون التراخيص قابلة للتجديد، مما يعني أن الأطباء والتمريض وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية بحاجة إلى الخضوع لعملية تجديد بشكل دوري وإثبات كفاءتهم وتطويرهم المستمر. تم إنشاء هيئات وطنية تحكم التعليم الطبي والتمريض في بلدان مختلفة. ويزيد تقييم الأداء الوطني وتصنيف متخصصي الرعاية الصحية، مع تحرك العديد من أنظمة الرعاية الصحية نحو مفهوم الدفع مقابل الأداء.

تناول نظام التأمين الصحي الشامل الجديد مفهوم الدفع مقابل الأداء في مراحله الأولية. لم يتم ربط التراخيص بعد بالتقييم المتكرر للتطوير المهني، ولكن تم إجراء مناقشات لبناء نظام لمراقبة هذه العملية. تتطلب هيئة الترخيص بوزارة الصحة والسكان قوائم محددة من الوثائق لجميع متخصصي الرعاية الصحية تقريباً.

سيقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة تنفيذ القوانين واللوائح، واللوائح التمريضية، والسياسات، والإجراءات، والخطط التي تعكس عمليات قسم الموارد البشرية من خلال المقابلات مع القيادة والعاملين ومراجعة ملفات مختلف متخصصي الرعاية الصحية.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو ضمان أن تحافظ المستشفيات على برنامج فعال لإدارة الموارد البشرية؛ ويتناول الفصل الأهداف التالية:

1. التخطيط الفعال للموارد البشرية.

2. التوجيه الفعال، والتعليم الطبي المستمر، وبرنامج التدريب.

3. مزيج فعال من العاملين.

4. التقييم الدوري لأداء العاملين.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية رقم 238 لسنة 2003.
- (2) ميثاق أخلاقيات مهنة التمريض المصري (إصدارات نقابة التمريض).
- (3) مدونة السلوك وأخلاقيات الخدمة المدنية، 2019.
- (4) لائحة آداب مهنة الصيدلة.
- (5) القرار الجمهوري رقم 14 لسنة 2014 بشأن تقييم الأداء.
- (6) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- (7) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- (8) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010.
- (9) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021.
- (10) قانون مزاول مهنة الصيدلة رقم 127 لسنة 1955.
- (11) القانون الوطني للمعامل رقم 367 لسنة 1954.
- (12) قانون تنظيم مزاول مهنة الأشعة الطبية رقم 59 لسنة 1960.
- (13) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 90 لسنة 1999 بشأن ممارسة الخبراء الأجانب للمهنة.
- (14) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 236 لسنة 2004 بشأن متطلبات خدمة التخدير.
- (15) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 153 لسنة 2004 بشأن الحد الأدنى لمتطلبات خدمات التخدير.
- (16) قانون المنظمات النقابية العمالية وحماية حق التنظيم النقابي رقم 213 لسنة 2017.
- (17) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 25 لسنة 2002 بشأن المسؤولية الطبية ووقف مزاول مهنة الطب.
- (18) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 665 لسنة 2018 بشأن ترقية الأطباء.
- (19) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 62 لسنة 2004 بشأن ترقية متخصصي الرعاية الصحية.
- (20) لائحة المعاهد التعليمية رقم 1002 لسنة 1975.

التخطيط الفعال للموارد البشرية

WFM.01 تتوافق عمليات توظيف الموارد البشرية وتعيينها وتقييمها مع القوانين واللوائح.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

قوانين ولوائح الموارد البشرية

الغرض:

تُنظم قوانين ولوائح العمل العلاقة بين العاملين ونقابات مستشفى الصحة النفسية والحكومة. يتم تطبيق قانون العمل، الذي ينص على حقوق الموظفين في العمل، من خلال عقد العمل. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد جميع القوانين واللوائح المعمول بها بما في ذلك مدونات ومتطلبات النقابات، ويجب عليه تحديد الإطار القانوني لإدارة الموارد البشرية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات توجه إدارة ملفات العاملين بعد التعيين (وتشمل ممارسي الرعاية الصحية المستقلين)، وتتناول السياسة على الأقل ما يلي:

أ) عملية إنشاء ملف الموظف ومتطلباته.

ب) محتويات موحدة مثل؛

1. الشهادة، والترخيص، والتعليم، والتدريب، والتاريخ الوظيفي،

2. التوصيف الوظيفي الحالي،

3. سجل التوجيه الوظيفي العام، والخاص بالقسم، والمحدد/ أثناء الخدمة

4. دليل تقييم فترة الاختبار (قبل التوظيف)، للتأكد من قدرة الموظف على أداء الوظيفة المسندة إليه،

5. التعليم المستمر أثناء الخدمة الذي تم الحصول عليه،

6. نسخ من تقييم فترة الاختبار ونسخ من التقييمات السنوية

7. أي معلومات صحية مطلوبة وفقاً للقانون أو سياسة المستشفى

ج) تحديثات محتويات الملف

د) التخزين

هـ) مدة الاحتفاظ

و) التخلص

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بملفات العاملين.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين لتقييم توحيد المحتوى والامتثال لسياسة المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لملفات العاملين، تتناول على الأقل عناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. العاملون المسؤولون على دراية بسياسة وإجراءات إدارة ملفات العاملين.
3. ملفات العاملين موحدة، وحالية، ويتم صيانتها، والحفاظ على سريتها وفقاً لسياسة مستشفى الصحة النفسية.
4. تحتوي ملفات العاملين على جميع العناصر المدرجة في النقطة ب) من الغرض.

المعايير ذات الصلة:

WFM.02 خطة التوظيف، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.04 عملية التوظيف، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات، IMT.01 نظام إدارة الوثائق.

WFM.02 يضع مستشفى الصحة النفسية خطة للتوظيف لضمان أن الخدمات المقدمة تتوافق مع احتياجات المرضى ورسالة المستشفى وتوصيات الممارسة المهنية.

الكفاءة

الكلمات الرئيسية:

خطة التوظيف

الغرض:

تخطيط العاملين هو عملية التأكد من أن المستشفى لديه الأشخاص المناسبون للقيام بالعمل اللازم لنجاح الأعمال من خلال مطابقة بيانات العاملين التفصيلية بما في ذلك المهارات والإمكانات والتطلعات والموقع مع خطط العمل. يُعد نقص متخصصي الرعاية الصحية الأكفاء في مجالات متعددة علامة مقلقة، خاصة في تخصصات الرعاية الحرجة مثل التخدير.

يجب على مستشفى الصحة النفسية الامتثال للقوانين واللوائح وتوصيات الممارسات المهنية التي تحدد مستويات التعليم المطلوبة أو المهارات أو المتطلبات الأخرى لأفراد العاملين أو التي تحدد أعداد العاملين أو مزيج العاملين في المستشفى. تتم مراقبة ومراجعة خطة التوظيف بشكل مستمر وتحديثها حسب الضرورة من قبل قادة كل منطقة إكلينيكية أو إدارية الذين حددوا المتطلبات الفردية لكل منصب وظيفي.

يجب أن تتضمن الخطة على الأقل ما يلي:

- أ. عدد وأنواع ومؤهلات العاملين المطلوبة.
- ب. إسناد وإعادة إسناد العاملين استجابة للتغير في احتياجات المرضى أو نقص العاملين.
- ج. الحالات التي تستدعي وجود عملية واضحة لنقل المسؤولية من فرد إلى آخر.

يجب على القادة مراعاة العوامل التالية لتوقع احتياجات التوظيف:

أ) رسالة مستشفى الصحة النفسية وخططه الاستراتيجية والتشغيلية.

- (ب) مدى تعقيد وشدة مزيج المرضى الذين يخدمهم المستشفى.
- (ج) الخدمات التي يقدمها مستشفى الصحة النفسية.
- (د) عبء العمل خلال ساعات العمل والنوبات المختلفة.
- (هـ) التكنولوجيا والمعدات المستخدمة في تقديم رعاية المرضى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة التوظيف بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قادة مستشفى الصحة النفسية لمناقشة العوامل المستخدمة لوضع ومراقبة خطة التوظيف.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة توظيف معتمدة تتناسب مع احتياجات المرضى ورسالة المستشفى والخدمة المقدمة وتوصيات الممارسة المهنية.
2. تتناول خطة التوظيف العناصر المذكورة في الغرض من الأول إلى الثالث.
3. يشارك قادة المستشفى بشكل تعاوني في أداء والإشراف على ومراقبة خطة التوظيف، باستخدام العناصر الموضحة في الغرض من أ) إلى هـ).
4. تتم مراقبة ومراجعة وتحديث خطة التوظيف سنويًا على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.04 عملية التوظيف، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية.

WFM.03 يضع مستشفى الصحة النفسية أوصافاً وظيفية لتلبية متطلبات ومسؤوليات كل منصب.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التوصيف الوظيفي

الغرض:

التوصيف الوظيفي هو بيان مكتوب عام لوظيفة محددة، يعتمد على نتائج تحليل الوظيفة. ويتضمن بشكل عام واجبات الوظيفة، والغرض منها، ومسؤولياتها، ونطاقها، وظروف عملها.

في مستشفيات الصحة النفسية، يعد التوصيف الوظيفي ضروريًا للتأكد من أن مسؤوليات العاملين حديثة ومتوافقة مع سياسة مستشفى الصحة النفسية.

يجب على مستشفيات الصحة النفسية التأكد من أن التوصيف الوظيفي يعتمد على مستوى التعليم والتدريب والخبرة لكل موظف. يعد التوصيف الوظيفي مهماً لتحديد وتقييـض الفرد للممارسة بشكل مستقل في المستشفى وتقييم مدى وفاء العاملين بمسؤولياتهم الوظيفية.

يُطلب التوصيف الوظيفي لجميع العاملين، الإكلينيكيين، وغير الإكلينيكيين، والعاملين بدوام كامل، ودوام جزئي، والعاملين المؤقتين، وأولئك الذين هم تحت التدريب أو الإشراف.

يتحمل كل قائد في المستشفى أو رئيس قسم مسؤولية وضع توصيف وظيفي للعاملين يفي بجميع المتطلبات التي يوافق عليها مستشفى الصحة النفسية. ويتضمن على الأقل؛

(أ) المسمى الوظيفي،

(ب) الواجبات والمسؤوليات الرئيسية

(ج) علاقات الإبلاغ

(د) المؤهلات والتعليم والخبرة والتدريب والمهارات الفنية اللازمة للالتحاق بهذه الوظيفة

(هـ) قد تكون هناك حاجة إلى متطلبات خاصة

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين للتحقق من توفر التوصيف الوظيفي.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بتوصيفهم الوظيفي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد توصيف وظيفي حالي ومعتمد لكل وظيفة ومسجل في ملف الموظف.
2. يتضمن التوصيف الوظيفي متطلبات ومسؤوليات كل منصب وتشمل جميع العناصر من أ) إلى هـ) في الغرض.
3. جميع العاملين على دراية بمواصفات ومتطلبات وصفهم الوظيفي.
4. تتم مناقشة التوصيف الوظيفي مع العاملين، ويتم توقيعها وتسجيلها في ملف الموظف.
5. تستند تقييمات أداء العاملين إلى المتطلبات والمسؤوليات المكتوبة في التوصيف الوظيفي.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.02 خطة التوظيف، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.09 هيكل الطاقم الطبي.

WFM.04 ينفذ مستشفى الصحة النفسية عملية توظيف موحدة.

العدالة

الكلمات الرئيسية:

عملية التوظيف

الغرض:

يبدأ توظيف واختيار شخص لوظيفة معينة بالإعلان عن وظيفة شاغرة واختيار الشخص الأنسب لهذه الوظيفة. يجب على مستشفى الصحة النفسية توفير عملية فعالة ومركزية لتوظيف وتعيين العاملين في الوظائف المتاحة.

يجب أن تكون عملية التوظيف موحدة مع معايير اختيار مماثلة، والنماذج المطلوبة في جميع أنحاء المستشفى لأنواع مماثلة من العاملين. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة وإجراءات توجه عملية توظيف العاملين الجدد.

تتناول السياسة على الأقل ما يلي:

- أ) التعاون مع قادة الخدمة/القسم لتحديد الحاجة إلى وظيفة.
- ب) إبلاغ المرشحين المحتملين بالوظائف الشاغرة المتاحة.
- ج) الإعلان عن معايير الاختيار.
- د) عملية التقديم.
- هـ) إجراءات التوظيف.
- و) عملية الحصول على معلومات من المراجع أو الوكالات أو الكيانات الخارجية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي تصف عملية التوظيف.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين في عملية التوظيف للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توحيد عملية التوظيف لنوع مماثل من العاملين.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة لتوظيف العاملين تتناول جميع العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. العاملون المشاركون في عملية التوظيف على دراية بسياسة المستشفى.
3. عملية التوظيف موحدة في جميع أنحاء المستشفى لأنواع مماثلة من العاملين.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.02 خطة التوظيف، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.09 هيكل الطاقم الطبي.

التحقق من صحة المؤهلات وتقييمها

WFM.05 ينفذ مستشفى الصحة النفسية عملية فعالة للتحقق من مؤهلات جميع العاملين.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

التحقق من المؤهلات

الغرض:

وثائق المؤهلات هي مستندات صادرة عن جهة معترف بها للإشارة إلى إتمام المتطلبات أو استيفاء شروط الاستحقاق، مثل شهادة التخرج من كلية الطب، أو خطاب أو شهادة إتمام التدريب التخصصي (الطبيب المقيم)، واستيفاء متطلبات النقابات والهيئات ذات الصلة و/أو غيرها، وترخيص مزاولة المهنة. يجب التحقق من هذه الوثائق، التي يتطلب بعضها القانون واللوائح، من المصدر الأصلي الذي أصدر الوثيقة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع عملية للتحقق من وثائق اعتماد جميع العاملين (بمن فيهم الممارسون المستقلون) ومطابقة متطلبات الوظيفة مع مؤهلات الموظف المحتمل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية التحقق من وثائق الاعتماد.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين (بمن فيهم الممارسون المستقلون) للتحقق من توفر وثائق الاعتماد المطلوبة لكل وظيفة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المشاركين في عملية الاعتماد للتحقق من درايتهم بالعملية.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد عملية محددة للتحقق من وثائق اعتماد جميع العاملين في مستشفى الصحة النفسية.
2. يتم تحديد وثائق الاعتماد المطلوبة لكل وظيفة وتتوفر في ملف كل موظف (بما في ذلك ملفات الممارسين المستقلين).
3. يتم اتخاذ الإجراءات وتوثيقها عندما لا يمكن التحقق من وثائق الاعتماد.

المعايير ذات الصلة:

APC.02 متطلبات تسجيل متخصصي الرعاية الصحية، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، WFM.09 هيكل الطاقم الطبي، WFM.12 هيكل التمريض.

برنامج تعريفي فعال

WFM.06 يخضع العاملون المعينون والمتعاقد معهم والمستعان بهم من مصادر خارجية لبرنامج تعريفي رسمي.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

البرنامج التعريفي

الغرض:

يحتاج الموظف الجديد، بغض النظر عن خبرته الوظيفية، إلى فهم الهيكل التنظيمي الكامل للمستشفى وكيف تساهم مسؤولياته الإكلينيكية أو غير الإكلينيكية المحددة في تحقيق رسالة مستشفى الصحة النفسية. يتحقق ذلك من خلال برنامج تعريفي عام للمستشفى وتحديد دوره من خلال تعريف محدد للمسؤوليات الوظيفية لمنصبه.

يجب أن يضمن البرنامج التعريفي للعاملين التوافق بين رسالة مستشفى الصحة النفسية وأنشطة العاملين. فهو يساعد على خلق ثقافة صحية بالمستشفى حيث يعمل جميع العاملين بنموذج فكري مشترك ونحو أهداف متفق عليها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية بناء برنامج تعريفي شامل يتم تقديمه لجميع العاملين بغض النظر عن شروط توظيفهم. يجب أن يتم توجيه العاملين على ثلاثة مستويات: التعريف العام، والتعريف بالقسم، والتعريف الخاص بالوظيفة؛

أ. يجب أن يتناول برنامج التعريفي العام على الأقل:

أ. مراجعة رسالة مستشفى الصحة النفسية ورؤيته وقيمه.

ب. هيكل مستشفى الصحة النفسية.

ج. سياسات مستشفى الصحة النفسية الخاصة ببيئة الرعاية، ومكافحة ومنع انتشار العدوى، وتحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر.

II. يجب أن يتناول برنامج التعريف بالقسم على الأقل:

د. مراجعة السياسات والإجراءات ذات الصلة.

هـ. العمليات التشغيلية،

و. علاقات العمل.

III. يجب أن يتناول التعريف الخاص بالوظيفة على الأقل:

ز. العمليات عالية الخطورة.

ح. استخدام التكنولوجيا والمعدات.

ط. متطلبات وتدابير سلامة وصحة العاملين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من برامج التعريف العام والتعريف بالقسم والوظيفة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين للتحقق من اكتمال برامج التعريف.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم تنفيذ برنامج التعريف العام، ويتضمن على الأقل العناصر من أ) إلى ج) في الغرض.
2. يتم تنفيذ برنامج التعريف بالقسم، ويتضمن على الأقل العناصر من د) إلى و) في الغرض.
3. يتم تنفيذ برنامج التعريف الخاص بالوظيفة، ويتضمن على الأقل العناصر من ز) إلى ط) في الغرض.
4. يحضر أي موظف برنامج التعريف بغض النظر عن شروط التوظيف.
5. يوجد دليل على أن كل موظف قد أكمل برنامج التعريف ويسجل ذلك في ملفه.

المعايير ذات الصلة:

WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، EFS.06 خطة إدارة السلامة، IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، QPI.01 برنامج إدارة الجودة، EFS.02 خطة السلامة من الحرائق والدخان.

التدريب والتعليم الفعال

WFM.07 يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج للتعليم والتدريب المستمر.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج التعليم والتدريب المستمر

الغرض:

يعد تثقيف وتدريب العاملين خطوات أساسية نحو التطوير التنظيمي والفردى. ولكي يتمكن أي مستشفى للصحة النفسية من تحقيق رسالته، يجب عليه التأكد من أن موارده البشرية لديها القدرة على تقديم خدماته بمرور الوقت. تساعد برامج التعليم والتدريب المستمر على ضمان أن خطة التدريب، خاصة إذا كانت مصممة لتلبية احتياجات العاملين اللازمة لتحقيق رسالة مستشفى الصحة النفسية.

يجب تصميم البرنامج بطريقة مرنة تلبي جميع فئات العاملين بناءً على الخدمات المقدمة، وتقييم احتياجات العاملين، وخطة التدريب المخصصة، والتنفيذ، والمراجعة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان توفير التعليم والتدريب وتسجيلهما وفقاً للمسؤوليات الوظيفية ذات الصلة لكل موظف، ويجب أن يغطي على الأقل المجالات التالية:

أ) تقييم المريض

ب) سياسة وإجراءات مكافحة ومنع انتشار العدوى، وإصابات وخز الإبر، وحالات التعرض

ج) خطط سلامة البيئة بما في ذلك خطة السلامة من الحرائق.

د) مخاطر الصحة المهنية وإجراءات السلامة، بما في ذلك استخدام معدات الوقاية الشخصية

هـ) إدارة المعلومات، بما في ذلك متطلبات السجل الطبي للمريض بما يتناسب مع المسؤوليات أو التوصيف الوظيفي

و) الإرشادات الإكلينيكية المستخدمة في المستشفى

ز) تدريب على الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي كل عامين على الأقل لجميع العاملين الذين يقدمون رعاية مباشرة للمرضى

ح) مفهوم الجودة، وتحسين الأداء، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر.

ط) حقوق المريض، ورضا المرضى، وعملية الشكاوى/الاقتراحات.

ي) التواصل بين الأشخاص بين المرضى وغيرهم من العاملين والمعتقدات الثقافية والاحتياجات والأنشطة للمجموعات المختلفة التي يتم خدمتها

ك) معايير محددة للانتهاك والإهمال

ل) تشغيل وصيانة المعدات الطبية وأنظمة المرافق

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج التعليم والتدريب المستمر بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بفحص عينة من ملفات العاملين للتحقق من وجود دليل على الحضور في برنامج التعليم والتدريب.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد برنامج للتعليم والتدريب المستمر لجميع فئات العاملين، يتضمن العناصر المذكورة في الغرض من أ (إلى ل).
2. يتم تحديد الموارد اللازمة لتقديم البرنامج في برنامج التعليم والتدريب.
3. يستند البرنامج إلى تقييم احتياجات جميع فئات العاملين.
4. ترتبط نتائج تقييم الأداء بإعادة تصميم وتجديد برنامج التدريب.

المعايير ذات الصلة:

WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.06 البرنامج التعريفي، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.14 تعليم الأطباء المقيمين وأطباء الامتياز، WFM.15 برنامج التعليم المهني بعد التخرج، EFS.06 خطة إدارة السلامة، IPC.02 برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.02 مقاييس الأداء.

تقييم عادل لأداء العاملين

WFM.08 يتم تقييم أداء العاملين وكفاءتهم بانتظام.

العدالة

الكلمات الرئيسية:

تقييم أداء العاملين

الغرض:

تقييم أداء العاملين هو عملية مستمرة تسمى أيضًا تقييم الأداء أو مراجعة الأداء، وهو تقييم رسمي للمديرين لتقييم أداء الموظف في العمل، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتقديم الملاحظات، وتحديد أهداف للأداء المستقبلي. يساهم تقييم الأداء بفاعلية في تحسين الفرد والفريق ومستشفى الصحة النفسية عندما يستند إلى عملية شفافة محددة بمعايير واضحة معلنة ذات صلة بالمهام الوظيفية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية توفير تقييم لفترة الاختبار (ما قبل التوظيف) بعد فترة الاختبار وفقًا للقوانين واللوائح الوطنية، ثم يتم إجراء إعادة تقييم منتظمة سنويًا على الأقل أو حسبما يقتضي المستشفى. تقع على عاتق رئيس القسم مسؤولية ضمان تقييم جميع العاملين في الدورات المحددة وأن تقييمات الأداء الصادرة عن المشرف المباشر تعكس الأداء الفعلي للعاملين.

ينبغي وجود عملية موثقة لتقييم أداء الموظفين بما في ذلك طرق مراجعة الأداء، والأدوات، وأبعاد التقييم، والمعايير، والفواصل الزمنية، وعملية التظلم، والشخص المسؤول عن كل فئة من فئات العاملين.

يجب أن تتضمن معايير تقييم أداء أعضاء الطاقم الطبي تلك المتعلقة بتسجيل السجل الطبي للمرضى واستخدام الأدوية. مثل:

(أ) مراجعة السجل الطبي للمريض من حيث الاكتمال والتوقيت المناسب.

(ب) ممارسة الاستخدام واستخدام الأدوية.

(ج) الامتثال للإرشادات الإكلينيكية المعتمدة.

(د) المضاعفات، ونتائج الرعاية، والوفيات، والمرض.

(هـ) التطوير المهني.

الكفاءة هي عملية تحديد قدرة العاملين على الوفاء بالمسؤوليات الأساسية للوظيفة التي تم تعيين شخص لها. تعد ملاحظة وقياس الكفاءة لكل وظيفة في المستشفى من أهم واجبات قادة الأقسام ولضمان أن يفهم كل موظف التوقعات والمسؤوليات والأنشطة والكفاءات المطلوبة لمنصبه.

يجب إجراء تقييم الكفاءة بعد فترة الاختبار (تقييم الكفاءة الأولي)، ثم بشكل مستمر سنوياً على الأقل لما يلي على الأقل (طاقم التمريض، والعاملون الذين يقدمون خدمات التصوير الطبي، وخدمات المعامل، والخدمات الإجرائية، وخدمات الاختبارات عند نقطة الرعاية، والعاملون الذين يتعاملون مع المعدات الطبية الحرجة).

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قادة القسم/الخدمة أو المستشفى والاستعلام عن الأساليب والأدوات المستخدمة لتقييم أداء العاملين وتقييم الكفاءة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من ملفات العاملين لتقييم اكتمال تقييمات الأداء والكفاءة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم إجراء تقييم الأداء سنوياً على الأقل لكل موظف ويرتبط بالتعليم والتدريب المقدم.
2. تتضمن سجلات تقييم أداء أعضاء الطاقم الطبي على الأقل جميع العناصر من أ) إلى هـ) في الغرض.
3. يتم إجراء تقييم الأداء والكفاءة بناءً على التوصيف الوظيفي الحالي.
4. يتم تنفيذ إجراءات واضحة للإدارة الفعالة لضعف الأداء.
5. يوجد دليل على آراء الموظفين حول تقييم الأداء والكفاءة.
6. يتم تسجيل تقييمات الأداء والكفاءة في ملفات العاملين.

المعايير ذات الصلة:

WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، WFM.09 هيكل الطاقم الطبي، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، WFM.12 الهيكل التمريضي، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية.

هيكل فعال للطاقم الطبي

WFM.09 يتم وضع هيكل منظم للطاقم الطبي لتوفير الإشراف على جودة الرعاية والعلاج والخدمات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

هيكل الطاقم الطبي

الغرض:

بشكل عام، الطاقم الطبي هم جميع الأطباء وأطباء الأسنان، المرخص لهم بالممارسة بشكل مستقل (بدون إشراف) والذين يقدمون خدمات وقائية أو علاجية أو ترميمية أو جراحية أو تأهيلية أو خدمات طبية أو أسنان أخرى للمرضى؛ أو الذين يقدمون خدمات تفسيرية للمرضى، مثل خدمات الأشعة أو المعمل.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد هؤلاء الممارسين الآخرين، مثل أطباء الامتياز، والأطباء الجدد، والأطباء المقيمين الذين لم يعودوا في طور التدريب، ولكن قد يُسمح لهم أو لا يُسمح لهم من قبل المستشفى بالممارسة بشكل مستقل. يجب أن يكون لدى هؤلاء العاملين في الطاقم الطبي مخطط يصف تسلسل السلطة داخل المستشفى.

يجب على المستشفى وضع إطار واضح لقواعد ومسؤوليات طاقمه الطبي. ويمكن تحقيق ذلك من خلال وضع واعتماد اللوائح الداخلية للطاقم الطبي. اللوائح الداخلية للطاقم الطبي هي وثيقة معتمدة من قبل المستشفى تحدد متطلبات أعضاء الطاقم الطبي لأداء واجباتهم، ومعايير أداء تلك الواجبات. يجب أن تتم عملية تعيين الطاقم الطبي وفقًا للقوانين واللوائح المعمول بها بما في ذلك عملية تعيين الممارسين المستقلين للاحتياجات الطارئة أو لفترة مؤقتة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد المسؤول عن الإشراف على اللوائح الداخلية للطاقم الطبي ومراجعتها وتحديثها ومراقبتها وتنفيذها. ويجب وصف معايير إعادة تعيين الطاقم الطبي بوضوح في اللوائح الداخلية للطاقم الطبي وضمان ما يلي على الأقل:

- أ) لم يتعرض عضو الطاقم الطبي لأي إجراء تأديبي يهدد بسحب أو إلغاء ترخيصه أو شهادته.
- ب) الطاقم الطبي قادر جسديًا وعقليًا على تقديم الرعاية والعلاج للمرضى دون إشراف.
- ج) تحتوي ملفات العاملين على المستندات التي تدعم طلبه للحصول على امتيازات جديدة أو ممتدة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة وثيقة تصف هيكل الطاقم الطبي واللوائح الداخلية للطاقم الطبي.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بهيكل الطاقم الطبي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية هيكل محدد للطاقم الطبي تم تطويره وفقاً لنطاق خدمات المستشفى وتوصيات الممارسات المهنية لتلبية احتياجات المرضى وبما يتوافق مع القوانين واللوائح ذات الصلة.
2. تم اعتماد هيكل الطاقم الطبي من قبل الهيئة الحاكمة.
3. يحدد هيكل الطاقم الطبي بوضوح خطوط السلطة والمسؤوليات أثناء ساعات العمل وبعدها.
4. تتم تعيينات الطاقم الطبي وفقاً للوائح الداخلية للطاقم الطبي بالمستشفى.
5. تتم إعادة تعيين الطاقم الطبي وفقاً للوائح الداخلية للطاقم الطبي بالمستشفى وتتضمن العناصر من أ) إلى ج) المذكورة في الغرض.

المعايير ذات الصلة:

OGM.01 هيكل الهيئة الحاكمة والمسؤوليات الواضحة، WFM.02 خطة التوظيف، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.10 الامتيازات الإكلينيكية، WFM.14 تعليم أطباء الامتياز والأطباء المقيمين، WFM.15 برنامج التعليم المهني بعد التخرج، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية.

هيكل فعال للموارد البشرية الطبية

WFM.10 يتمتع أعضاء الطاقم الطبي بامتيازات إكلينيكية حالية ومحددة ومعتمدة من لجنة الطاقم الطبي.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الامتيازات الإكلينيكية

الغرض:

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد الامتيازات الإكلينيكية المطلوبة للتقدم لجميع أعضاء الطاقم الطبي بناءً على تقييم مؤهلات وأداء الفرد. إن تحديد الكفاءة الإكلينيكية الحالية لعضو الطاقم الطبي وتحديد الخدمات الإكلينيكية التي سيسمح لعضو الطاقم الطبي بأدائها غالباً ما يسمى منح الامتيازات وهو القرار الأكثر أهمية الذي سيحمي به المستشفى سلامة المرضى ويساعد على النهوض بجودة خدماته الإكلينيكية.

تستند القرارات المتعلقة بالكفاءة الإكلينيكية للممارس، وبالتالي الامتيازات الإكلينيكية التي سيتم منحها له، بشكل أساسي إلى المعلومات والوثائق الواردة من خارج المستشفى. يتم منح الامتيازات وتقييم الممارسين المستقلين الذين يقدمون خدمات رعاية المرضى في مباني مستشفى الصحة النفسية ولكنهم ليسوا موظفين أو عاملين دائمين.

قد تحدد برامج التدريب المتخصصة الكفاءات العامة لهذا التخصص وتسردها في مجالات التشخيص والعلاج مع قيام

المستشفى بمنح امتيازات لتشخيص وعلاج المرضى في مجالات الكفاءة المتخصصة هذه.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع عملية محددة لتحديد الامتيازات الإكلينيكية. يجب أن تتناول العملية وتغطي على الأقل ما يلي:

- أ) ضمان خضوع أعضاء الطاقم الطبي والممارسين المستقلين ذوي الامتيازات الإكلينيكية للوائح الداخلية للطاقم الطبي.
- ب) تشير الامتيازات إلى ما إذا كان يمكن للطاقم الطبي قبول المرضى واستشارتهم وعلاجهم.
- ج) تحدد الامتيازات نطاق خدمات رعاية المرضى وأنواع الإجراءات التي قد يقدمونها في مستشفى الصحة النفسية.
- د) يتم تحديد الامتيازات بناءً على دليل موثق للكفاءة (الخبرة - المؤهلات - الشهادات - المهارات) ويتم مراجعتها وتجديدها كل ثلاث سنوات على الأقل.
- هـ) تتوفر الامتيازات في المناطق التي يجب على الطاقم الطبي فيها تقديم خدمات ذات صلة بالامتيازات الممنوحة.
- و) لا يمارس أعضاء الطاقم الطبي ذوو الامتيازات خارج نطاق امتيازاتهم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية تحديد الامتيازات الإكلينيكية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع الطاقم الطبي للتحقق من درايتهم بعملية تحديد الامتيازات الإكلينيكية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات الطاقم الطبي للتحقق من تسجيل الامتياز الإكلينيكي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لتحديد الامتيازات الإكلينيكية، نتناول على الأقل جميع العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. أعضاء الطاقم الطبي على دراية بعملية تحديد الامتيازات الإكلينيكية وما يجب القيام به عندما يحتاجون إلى العمل خارج امتيازاتهم الإكلينيكية المعتمدة.
3. يتم تحديد الامتيازات الإكلينيكية لأعضاء الطاقم الطبي بناءً على معايير محددة.
4. تحتوي ملفات الطاقم الطبي على امتيازات إكلينيكية مسجلة مخصصة، بما في ذلك التجديد عند الاقتضاء.
5. تتم مراقبة امتثال الطاقم الطبي لامتيازاتهم الإكلينيكية الممنوحة وربطها بتقييم أداء العاملين لديهم.

المعايير ذات الصلة:

- WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.09 هيكل الطاقم الطبي، DAS.02 متخصصو الرعاية الصحية لخدمات التصوير الطبي، DAS.10 العاملون في المعمل، MHP.09 المقابلة بمساعدة العقاقير، MHP.10 العلاج بالصدمات الكهربائية وأي إجراءات داخلية، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، MHP.02 طبيب تخدير مؤهل.

WFM.11 يوجد بمستشفى الصحة النفسية تدابير واستراتيجيات وقائية للإرهاق الوظيفي للعاملين ومعدل دورانهم.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الإرهاق الوظيفي للعاملين ومعدل دورانهم

الغرض:

تزداد أهمية الاهتمام بصحة ورفاهية مقدمي الرعاية الصحية والعاملين عندما نأخذ في الاعتبار حقيقة أن الموظفين هم أعظم الأصول في أي منشأة. الإرهاق المهني هو مزيج من الإرهاق، والإحباط، وعدم الفاعلية المتوقعة والناجمة عن ضغوط العمل طويلة الأمد. لا تقتصر عواقب الإرهاق المهني على الرفاهية الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية والعاملين؛ فقد أظهرت العديد من الدراسات أن إرهاق مقدمي الخدمة يضر برعاية المرضى. يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان إدارة ساعات عمل العاملين وتطبيق القوانين واللوائح الوطنية بكفاءة لتجنب الإرهاق المهني.

يجب أن تتناول سياسة ساعات العمل الفعالة على الأقل ما يلي:

(أ) تدابير لتجنب إرهاق العاملين.

(ب) أوقات راحة مخططة.

(ج) حماية الأمومة وترتيبات الرضاعة الطبيعية.

(د) تحديد ساعات عمل العاملين وفقاً للقوانين واللوائح الوطنية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية لساعات العمل، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مناطق راحة العاملين وأوقات الراحة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة وإجراءات معتمدة تضمن ساعات عمل آمنة وفعالة، وتتناول السياسة العناصر من (أ) إلى (د) في الغرض.
2. تضمن جداول العاملين ساعات عمل مناسبة وأوقات راحة مخططة.
3. العاملون على دراية بكيفية تطبيق السياسة.

المعايير ذات الصلة:

OGM.11 ثقافة بيئة العمل الإيجابية، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.09 هيكل الطاقم الطبي، WFM.02 خطة التوظيف.

هيكل تريض منظم

WFM.12 يوجد بالمستشفى هيكل تريض محدد بقيادة مدير تريض مؤهل.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

هيكل التمريض

الغرض:

يلعب مدير التمريض دوراً مؤثراً في خلق بيئة عمل آمنة وصحية ومنتجة لطاقتهم التمريض تعزز التعاون والإنتاجية والنمو المهني. ويتمتع مديرو التمريض الناجحون بمؤهلات وخبرات في الإدارة والقيادة.

توفر معايير ممارسة التمريض وتوضح توقعات الدور المهني لطاقتهم التمريض، بما في ذلك نطاق ومعايير الممارسة والكفاءات ذات الصلة. وهي تعكس مستوى أداء مرغوباً فيه وقابلاً للتحقيق يمكن مقارنة الأداء الفعلي لطاقتهم التمريض به. ويتمثل الدور الرئيسي لمدير التمريض في توجيه ممارسة التمريض الآمنة والفعالة والحفاظ عليها.

يجب أن يمارس طاقم التمريض المعين حديثاً وطاقم التمريض حديث التخرج أعمالهم تحت الإشراف بعد تلقي كل التعليم والتدريب اللازمين للوظيفة. يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد هيكل التمريض بوضوح. يجب أن يكون لمدير التمريض على الأقل المسؤوليات التالية؛

(أ) مسؤول عن وضع وتنفيذ معايير مكتوبة لممارسات التمريض وتسجيل تقييم التمريض، وخطة رعاية التمريض، وإعادة تقييم التمريض، والعلاجات.

(ب) مسؤول عن تقييم فاعلية ممارسات التمريض.

(ج) عضو في فريق القيادة العليا للمستشفى وحضور اجتماعات كبار العاملين القياديين.

(د) ضمان اكتمال الجداول والمهام المسندة إلى العاملين.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تحديد الممرضات المتدربات ودورهن في المستشفى خلال فترة التدريب. كما يجب على المشرفين على الممرضات المتدربات مراقبة وتقييم أدائهن خلال فترة التدريب. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع إرشادات لممارسات التمريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة التوصيف الوظيفي لمدير التمريض.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملف مدير التمريض للتحقق من الترخيص والمؤهلات والخبرة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع طاقم التمريض تحت التدريب للتحقق من درايتهم بوصفهم الوظيفي.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى تنفيذ معايير ممارسة التمريض.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد توصيف وظيفي حالي ومعتمد لمدير التمريض يصف المسؤوليات على النحو الوارد في الغرض من العناصر من أ) إلى د).
2. يفي ملف مدير التمريض بالترخيص والمؤهلات والخبرة على النحو المطلوب في التوصيف الوظيفي.
3. يحدد المستشفى الممرضات المتدربات ومدة العمل تحت التدريب.
4. يمارس طاقم التمريض المتدرب تحت الإشراف من خلال وصفهم الوظيفي ويتم مراقبة وتقييم أدائهم.
5. يتم اعتماد معايير لممارسة التمريض والتوعية بها وتنفيذها.

المعايير ذات الصلة:

WFM.03 التوصيف الوظيفي، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية، WFM.05 التحقق من صحة المؤهلات، WFM.08 تقييم أداء العاملين، WFM.11 الإرهاق المهني ودوران العاملين، WFM.02 خطة التوظيف.

بيئة تعليمية فعالة

WFM.13 يضمن مستشفى الصحة النفسية الأكاديمي (التعليمي) توفير ثقافة وبيئة تعليمية داعمة في جميع أنحاء المستشفى.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

ثقافة وبيئات التعلم

الغرض:

تنسجم بيئة التعلم الإكلينيكي بأنها متعددة التخصصات، لذا فإن ثقافة التعلم الفعالة ستقدر وتدعم المتدربين والطلاب من جميع الفئات المهنية. سيحظى الطلاب والمتدربون بخبرة تعليمية جيدة وسيتم تقدير مقدمي التعليم حيث يوجد التزام من المستشفى. يجب على مستشفى الصحة النفسية إسناد مسؤولية الإشراف على أنشطة التعليم الطبي إلى لجنة أو فريق عمل أو موظف لبناء أنظمة فعالة للتعليم والتدريب.

يجب أن تتضمن مسؤوليات اللجنة المعنية أو الموظف على الأقل ما يلي:

- أ) إعداد برامج التعليم والتدريب على أساس مبادئ المساواة والتنوع.
- ب) تحديد أولويات عمليات رعاية المرضى طوال برنامج التعليم والتدريب الطبي.
- ج) المراقبة والتقييم المستمر لنتائج برنامج التعليم والتدريب.
- د) تأسيس والحفاظ على ثقافة وبيئة تعليمية داعمة.
- هـ) تحديد مقاييس الأداء الرئيسية (المؤشرات) وتحديد أنشطة التحسين التي قد تكون مطلوبة.
- و) الملاحظة والإشراف على التنفيذ المحلي للمناهج الدراسية وبرامج التدريس وفرص التدريب (أنشطة التعليم الطبي).

يجب على المستشفى ضمان توفر الموارد والقدرات والمرافق لتقديم فرص تعلم إكلينيكي آمنة وذات صلة، وإشراف إكلينيكي، وخبرات عملية للطلاب والمتعلمين.

لتحسين الأداء التعليمي والتدريبي لمستشفيات الصحة النفسية، يجب تقييم برامج التعليم والتدريب الحالية بشكل موثوق. يعتمد قياس أداء المستشفى حاليًا على جوانب مختلفة بما في ذلك التقييمات الإشرافية. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع مجموعة من المؤشرات لتحسين الأنشطة التعليمية في المستشفيات، مع الأخذ في الاعتبار حقيقة أن مؤشرات الأداء يمكن أن تثير مخاوف بشأن تحسين الجودة وإدارة الأداء.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة المسؤوليات المسندة للجنة أو الموظف المشرف على أنشطة التعليم الطبي، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من دراستهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة مقاييس الأداء لأنشطة التعليم الطبي، وقد يقيمون عملية المراقبة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية لجنة معينة أو موظف (موظفون) للإشراف على أنشطة التعليم الطبي بمسؤولية واضحة، تشمل العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. الموظف المسؤول على دراية بأدواره ومسؤولياته المسندة إليه.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية مجموعة من (مقاييس الأداء) أو المؤشرات لمراقبة وتحسين الأنشطة التعليمية في المستشفيات.
4. تتم مراجعة ومراقبة وتقييم برامج التعليم والتدريب بالمستشفيات باستمرار.

المعايير ذات الصلة:

WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، WFM.14 تعليم أطباء الامتياز والأطباء المقيمين، WFM.15 برنامج التعليم المهني بعد التخرج، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية.

WFM.14 بالنسبة لمستشفى الصحة النفسية الأكاديمي (التعليمي)، يوجد بالمستشفى برنامج تعليمي فعال لضمان رعاية آمنة وفعالة للمرضى يقدمها أطباء الامتياز والأطباء المقيمون.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تعليم أطباء الامتياز والأطباء المقيمين

الغرض:

الهدف الأساسي من البرنامج التعليمي هو أن يحقق الأطباء المقيمون الكفاءة الكافية لتقديم رعاية آمنة وفعالة للمرضى عند دخولهم حقل الممارسة. إن قلة الخبرة الكامنة لدى الأطباء المقيمين أثناء تعلمهم لا يجب أن تؤثر على سلامة المرضى إذا تم الإشراف عليهم بشكل كافٍ من قبل أطباء أكثر خبرة يوجهونهم نحو الاستقلالية التدريجية.

- بينما تعتمد عملية التعلم على قدرات المتعلمين وتغانيهم، فإن الدعم مطلوب من المستشفيات لضمان قدرة أطباء الامتياز والأطباء المقيمين على إظهار ما هو متوقع في الممارسة الطبية الجيدة وتحقيق مخرجات التعلم المطلوبة في مناهجهم الدراسية. يجب على مستشفى الصحة النفسية بناء برنامج تعليمي لأطباء الامتياز والأطباء المقيمين. يجب أن يغطي هذا البرنامج على الأقل ما يلي:
- (أ) تحديد نطاق الممارسة ومنح الامتيازات لأطباء الامتياز والأطباء المقيمين (في تقييم وعلاج المرضى أو أي نوع آخر من الرعاية المباشرة للمرضى).
- (ب) تحديد العاملين المصرح لهم بالإشراف على أطباء الامتياز والأطباء المقيمين.
- (ج) توفير الدعم التعليمي وفقاً لتقييم الاحتياجات والخطة.
- (د) تصميم مناهج الدراسات العليا ومتطلبات التقييم المنتظم.
- (هـ) احترام وحماية الوقت المخصص للتعلم أثناء قيام أطباء الامتياز والأطباء المقيمين بالعمل الإكلينيكي أو الطبي، أو أثناء التدريب الأكاديمي، ولحضور الجلسات التعليمية المنظمة، وأيام التدريب، والدورات التدريبية، وفرص التعلم الأخرى.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج التعليم بمستشفى الصحة النفسية لأطباء الامتياز والأطباء المقيمين.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع أطباء الامتياز والأطباء المقيمين للتحقق من درايتهم بامتيازاتهم ونطاق ممارستهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من الامتثال للوائح الطاقم الطبي.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج تعليمي معتمد يتضمن جميع العناصر الواردة في الغرض من (أ) إلى (هـ).
2. أطباء الامتياز والأطباء المقيمون على دراية بامتيازاتهم ونطاق ممارستهم.
3. تتم مراقبة وتقييم امتثال أطباء الامتياز والأطباء المقيمين للوائح واللوائح الطبية بالمستشفى وربطها بملفات العاملين لديهم.

المعايير ذات الصلة:

WFM.13 ثقافة وبيئات التعلم، WFM.15 برنامج التعليم المهني بعد التخرج، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية.

WFM.15 بالنسبة لمستشفى الصحة النفسية الأكاديمي (التعليمي)، يقوم المستشفى ببناء وإنشاء برنامج تعليمي مهني للدراسات العليا.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

برنامج تعليمي مهني للدراسات العليا

الغرض:

بينما تعتمد عملية التعلم على قدرات المتعلمين وتقانيهم، فإن الدعم مطلوب من المستشفيات لضمان قدرة متدربي التخصصات الطبية على إظهار ما هو متوقع في الممارسة الطبية الجيدة وتحقيق مخرجات التعلم المطلوبة في مناهجهم الدراسية.

يبنى المستشفى برنامجًا تعليميًا مهنيًا للخريجين يتضمن على الأقل ما يلي:

- أ) منهج دراسي واضح ومتطلبات تقييم منتظمة.
- ب) برنامج توجيهي تعليمي للتأكد من أن المتدربين يفهمون مناهجهم الدراسية.
- ج) خبرة عملية كافية لتحقيق والحفاظ على الكفاءات الإكلينيكية أو الطبية (أو كليهما) المطلوبة في مناهجهم الدراسية.
- د) فرصة العمل والتعلم مع أعضاء آخرين من الطاقم الطبي لدعم العمل المهني متعدد التخصصات.
- هـ) اجتماعات منتظمة ومفيدة مع المشرفين الإكلينكيين والتعليميين.

لا ينبغي المساس بالتعليم والتدريب بسبب متطلبات القيام بمهام روتينية بانتظام أو تغطية خارج ساعات العمل التي لا تدعم التعلم ولها قيمة تعليمية أو تدريبية قليلة. عندما تكون التقييمات مطلوبة، يجب أن تكون متوافقة مع متطلبات المنهج المعتمد ومتسلسلة بشكل مناسب لتتناسب مع تقدم الأطباء في تعليمهم وتدريبهم. يقوم شخص يتمتع بخبرة مناسبة في المجال الذي يتم تقييمه بإجراء التقييمات، والذي تم اختياره ودعمه وتقييمه بشكل مناسب.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج التعليم بعد التخرج.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع متدربي التخصصات الطبية للتحقق من درابنتهم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية تقييم متدربي التخصصات الطبية.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج معتمد يتضمن جميع النقاط الواردة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. يتم توجيه متدربي التخصصات الطبية والامتثال لقواعد ولوائح الطاقم الطبي، وسياسات المستشفى، وإجراءاته.
3. يتم تدريب وتقييم المعلمين في التقييمات المطلوب منهم إجراؤها.

المعايير ذات الصلة:

WFM.13 ثقافة وبيئات التعلم، WFM.14 تعليم أطباء الامتياز والأطباء المقيمين، WFM.07 برنامج التعليم والتدريب المستمر، WFM.01 قوانين ولوائح الموارد البشرية.

إدارة وتكنولوجيا المعلومات

الغرض من الفصل

إدارة المعلومات هي العملية التي يتم من خلالها توفير المعلومات ذات الصلة لصانعي القرار في الوقت المناسب. ويعد نظام إدارة المعلومات الفعال مكونًا حيويًا لخدمة الرعاية الصحية. وتشمل إدارة وتكنولوجيا المعلومات في مستشفيات الصحة النفسية المعلومات الإكلينيكية والإدارية، والمعلومات التي تطلبها السلطات والوكالات الخارجية. وهناك مخاطر كبيرة مرتبطة بإدارة وتكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية. أحد هذه المخاطر هو الانتهاك المحتمل لسرية المريض. وتعني سرية المريض أن المعلومات الشخصية والطبية المقدمة لمتخصصي الرعاية الصحية يجب عدم الكشف عنها للآخرين ما لم يمنح المريض إذنًا محددًا بذلك. ويعد الحفاظ على سرية المريض مصدر قلق أخلاقي وقانوني، خاصة مع التكنولوجيا الناشئة لتطبيق أنظمة المعلومات الإلكترونية.

وهناك خطر آخر مرتبط باستخدام الاختصارات التي قد تسبب سوء فهم وتؤثر على سلامة المرضى. ويجب أن يسترشد تطبيق قائمة الاختصارات التي لا يجب استخدامها للأدوية بمراجع موثوقة، على سبيل المثال، قائمة معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP). وقد تسبب الاختصارات أيضًا ضررًا بغض النظر عن اللغة المستخدمة؛ وتحتاج المنشآت إلى تحديد المرجع المعتمد باللغة الإنجليزية أو العربية.

على الصعيد العالمي، تتطور إدارة وتكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية. ويتزايد استخدام الذكاء الاصطناعي حيث أصبحت أدوات فحص الأعراض وأنظمة دعم القرار الإكلينيكي مستخدمة على نطاق واسع. وتتجه المزيد من المستشفيات إلى أن تصبح بلا أوراق، ويتم تخصيص شهادات خاصة لتشجيع هذا التحرك.

محليًا، اتخذت القوانين واللوائح المصرية خطوات كبيرة مؤخرًا لدعم المعاملات الإلكترونية. صدر قانون التوقيع الإلكتروني. تمت الموافقة على الدفع الإلكتروني. ومن المتوقع صدور قانون جديد بشأن خصوصية البيانات.

من الناحية العملية، تحتاج المستشفيات إلى توفير الموارد اللازمة لتنفيذ نظام لإدارة المعلومات يضمن سلامة المرضى، واستمرارية الرعاية، وأمن وسرية المعلومات.

أثناء مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، سيتمكن المراجعون من قياس كيفية تطبيق المنظمات لأنظمة وتقنيات إدارة المعلومات من خلال مراجعة الوثائق المتعلقة بهذا الفصل وإجراء تتبع للمرضى ومقابلات مع العاملين. وقد تتطرق جلسة المقابلة مع القيادة إلى هذا الموضوع أيضًا.

الهدف من الفصل:

1. تناول عمليات إدارة المعلومات الفعالة.
2. الحفاظ على سرية وأمن المعلومات.
3. ضمان توفر السجلات الطبية للمرضى.

4. وصف تكنولوجيا المعلومات الفعالة في الرعاية الصحية.

تنطبق المعايير المدرجة في هذا الفصل على البيانات والمعلومات الورقية والإلكترونية.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدائلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- 1) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- 2) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية رقم 238 لسنة 2003.
- 3) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- 4) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010.
- 5) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021.
- 6) ميثاق أخلاقيات مهنة التمريض المصري (إصدارات نقابة التمريض).
- 7) قرار وزير المالية رقم 270 لسنة 2009 بشأن قائمة المحفوظات الحكومية.
- 8) قرار وزير المالية رقم 18 لسنة 2019 بشأن المدفوعات غير النقدية.
- 9) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 187 لسنة 2001 بشأن لوائح التقارير الطبية.
- 10) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 254 لسنة 2001 بشأن متطلبات ملخص الخروج.
- 11) قرار وزير الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات رقم 109 لسنة 2005 بشأن التوقيع الإلكتروني.
- 12) قانون التعداد والإحصاء القومي رقم 35 لسنة 1960.
- 13) قانون إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء رقم 2915 لسنة 1964.
- 14) إعلان جدة بشأن سلامة المرضى، 2019.
- 15) قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) لعام 1996.
- 16) معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP): قائمة الاختصارات والرموز وتعيينات الجرعات المعرضة للخطأ.

عمليات إدارة الوثائق الفعالة

IMT.01 يتم وضع نظام لإدارة الوثائق لجميع وثائق مستشفى الصحة النفسية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

نظام إدارة الوثائق

الغرض:

يعد نظام إدارة الوثائق مهماً لتوحيد تنسيق الوثائق بالإضافة إلى وضع عملية محكمة لإنشاء الوثائق وتوزيعها وتعديلها والتخلص منها. قد تكون الوثائق ذات منشأ داخلي مثل السياسات، وتعليمات الاستخدام، ومخططات سير العمل، والإجراءات، والمواصفات، والنماذج، ووثائق ذات منشأ خارجي مثل اللوائح والمعايير والكتب المدرسية التي تؤخذ منها الإجراءات التداخلية. سيسمح تنسيق الوثائق الموحد بتتبع وبحث أسهل عن أي معلومات. تتناول القوانين واللوائح المصرية الموضوعات المتعلقة بنظام إدارة المعلومات بما في ذلك سرية معلومات المرضى والإفصاح عنها، وفترة الاحتفاظ بالوثائق، والإبلاغ عن معلومات محددة إلى وكالات التفتيش والرقابة، إلخ. تضمن المراجعة الدورية للوثيقة بأكملها عدم استخدام الوثيقة الملغاة. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع عملية معتمدة لنظام إدارة الوثائق لتغطية الوظائف التنظيمية الرئيسية مثل خدمة الطوارئ، والتقييم، والإحالة، والخروج، والمشتريات، وغيرها من الوظائف التشغيلية والإكلينيكية الرئيسية.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لنظام إدارة الوثائق تتناول على الأقل ما يلي:

- أ) التنسيق الموحد.
- ب) نظام تتبع لتتبع أي تغييرات.
- ج) نظام مراقبة الوثائق (يتم تمييز الوثيقة بالعنوان، وتاريخ الإصدار، والطبعة و/أو تاريخ المراجعة الحالي، وعدد الصفحات، ومن قام باعتماد الإصدار و/أو مراجعة الوثيقة، وتحديد تغييرات الإصدار).
- د) التحكم في الوثائق الملغاة (يجب تأريخها ووضع علامة عليها بأنها ملغاة).
- هـ) توفر السياسات ونشرها للعاملين المعنيين.
- و) متطلبات وقواعد مراجعات وتحديثات السياسات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة نظام إدارة الوثائق ثم التحقق من التنسيق الموحد، ونظام التتبع، والمعتمد المحدد، وتاريخ الإصدار والمراجعة لجميع سياسات مستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من وعيهم بعملية تطوير السياسات والموافقة عليها وتتبعها ومراجعتها.
- قد يتحقق مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من وعي العاملين بطريقة الوصول المناسب إلى السياسات ذات الصلة، وتتبع التغييرات في السياسات وعملية إدارة سحب الوثائق.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة توجه عملية إدارة الوثائق وتتضمن عناصر في الغرض من أ) إلى و).
2. العاملون على دراية تامة ومدربون على نظام إدارة الوثائق.
3. توجد تنسيقات موحدة لجميع الوثائق المماثلة في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.
4. تتم مراقبة تنفيذ سياسة إدارة الوثائق باستمرار، ويتم تحديد أي مخاوف قد تنشأ وتصحيحها في الوقت المناسب.

المعايير ذات الصلة :

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، IMT.05 الاحتفاظ بالسجلات الطبية والبيانات والمعلومات، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، IMT.08 تكنولوجيا المعلومات الصحية.

IMT.02 يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة فعالة لإدارة المعلومات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة إدارة المعلومات

الغرض:

تتضمن خطة المعلومات تحديد الاحتياجات من المعلومات للأقسام المختلفة وتنفيذ عملية لتلبية تلك الاحتياجات. تهدف خطة المعلومات إلى توفير معلومات دقيقة وذات مغزى وشاملة وفي الوقت المناسب للمساعدة في عملية اتخاذ القرارات القائمة على المعلومات. في بعض الأحيان، يكون من الضروري تسجيل بعض العمليات لأنها تؤثر على استمرارية الرعاية أو سلامة المرضى. في هذه الحالات، يتم وضع خطة أخرى لتلبية متطلبات التسجيل.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تطوير منظومة لإدارة المعلومات استجابةً للاحتياجات المحددة. يجب على المستشفى إنشاء إطار عمل منظم لنشر البيانات والمعلومات لضمان تلبية احتياجات المستخدم بكفاءة، مع مراعاة توفير المعلومات في الوقت المناسب لدعم استمرارية الرعاية وسلامة المرضى. يجب أن يتضمن تطوير خطة فعالة لإدارة المعلومات على الأقل ما يلي:

- أ) تحديد المعلومات اللازمة لقادة المستشفى الإكلينيكين والإداريين.
- ب) تحديد الاحتياجات والمتطلبات من المعلومات من السلطات والجهات الخارجية.
- ج) مطابقة نطاق وحجم ونوع الخدمات التي يقدمها المستشفى.
- د) تحديد وترتيب أولويات العمليات الحرجة بالمستشفى.
- هـ) تحديد الإطار الزمني المناسب المطلوب في عملية نشر المعلومات (سواء النشر الداخلي أو الخارجي).
- و) تثقيف وتدريب العاملين وفقاً لمسؤولياتهم وأوصافهم الوظيفية واحتياجاتهم من البيانات والمعلومات.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة إدارة المعلومات بالمستشفى.

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بخطة إدارة المعلومات.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية المعلومات المرسله والمستلمة على فترات زمنية لتقييم الامتثال لسياسة المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة معتمدة لإدارة المعلومات تتناول العناصر من (أ) إلى (و) في الغرض.
2. يتم تثقيف وتدريب جميع العاملين على خطة إدارة المعلومات ومبادئ استخدام وإدارة المعلومات بالمستشفى.
3. يوجد دليل على استخدام البيانات والمعلومات في عملية صنع القرار ذات الصلة.
4. يتم استلام المعلومات في الوقت المناسب وفقًا للخطة الموضوعة بالمستشفى.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.08 تكنولوجيا المعلومات الصحية، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.04 نطاق الخدمات، QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.02 مقاييس الأداء.

IMT.03 NSR.30 يحدد مستشفى الصحة النفسية أكواد التشخيص الموحدة، وأكواد الإجراءات، والتعريفات، والرموز، والاختصارات.

الفاصلة

الكلمات الرئيسية:

توحيد الرموز والاختصارات

الغرض:

الهدف الرئيسي من استخدام الأكواد والرموز والاختصارات هو تقليل حجم الكتابة. يجب أن يكون استخدام الرموز والاختصارات المعتمدة موحداً ومتسقاً في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.

يهدف التصنيف الدولي للأمراض (ICD) إلى تحديد الأمراض والاضطرابات والإصابات والحالات الصحية الأخرى ذات الصلة، المدرجة بطريقة شاملة وهرمية تسمح بمشاركة ومقارنة المعلومات الصحية بين مختلف أماكن تقديم الرعاية الصحية. يجب على مستشفى الصحة النفسية اعتماد تصنيف للأمراض معترف به وقائم على الأدلة لضمان تطابق الأكواد والاختصارات مع تلك التي تقدمها السلطات الصحية الوطنية و/أو جهات الدفع الثالثة.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة تحدد العمليات المطبقة لمنع وتقليل المخاطر على سلامة المرضى. قد لا يكون المرضى والأسر على دراية بالاختصارات أو لا يفهمونها، وقد لا يشعرون بالراحة في طلب التوضيح. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان ملخص رعاية وعلاج المريض يحتوي على اختصارات وتم إرساله مع مريض يتم نقله إلى منظمة رعاية

صحية أخرى، فهناك خطر على سلامة المريض إذا كانت المنظمة المستقبلية تستخدم بعض الاختصارات نفسها ولكن بمعانٍ مختلفة، أو ببساطة لا تعرف معاني الاختصارات الواردة في الملخص.

يجب أن نتناول سياسة الاختصارات على الأقل ما يلي:

أ) قائمة الرموز/الاختصارات التي يجب عدم استخدامها. على سبيل المثال؛ اعتماد "قائمة الاختصارات التي يجب عدم استخدامها" للأدوية من مراجع موثوقة، على سبيل المثال، قائمة معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP)، وتتضمن على الأقل ما يلي:

- U/IU
- .Q.D
- QD
- q. o. d
- q.o.d
- MS
- MSO4
- MgSO4
- الصفر اللاحق (Trailing Zero)
- عدم وجود صفر سابق (No leading Zero)

ب) الحالات التي لا يُسمح فيها بالرموز والاختصارات (حتى القائمة المعتمدة)؛ مثل وثائق الموافقة المبنية على المعرفة وحقوق المريض، وتعليمات الخروج/المنزل، وملخصات الخروج، وأي سجل يتلقاه المرضى والأسر من مستشفى الصحة النفسية حول رعاية المريض.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بالاختصارات، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عينة من السجلات الطبية للتحقق من أكواد التشخيص والإجراءات الموحدة والاختصارات المستخدمة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للاختصارات تتضمن جميع العناصر الواردة في الغرض من أ) إلى ب).
2. يتم تثقيف وتدريب العاملين الذين يسجلون السجل الطبي للمريض على عملية التوحيد والاستخدام الموحد لأكواد ورموز واختصارات المستشفى.
3. يوجد استخدام موحد لأكواد التشخيص والإجراءات الموحدة في جميع أنحاء مستشفى الصحة النفسية.
4. تتم مطابقة الأكواد المعتمدة مع تلك التي تقدمها السلطات الصحية و/أو جهات الدفع الثالثة.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، IMT.07 مراجعة السجل الطبي، MMS.08 الطلب الآمن للدواء ووصفه ونسخه، OGM.08 نظام إعداد الفواتير.

ضمان سرية وسلامة وأمن المعلومات

IMT.04 يضمن مستشفى الصحة النفسية سرية وأمن وسلامة البيانات والمعلومات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

سرية وأمن البيانات والمعلومات

الغرض:

تعني سرية المريض أن المعلومات الشخصية والطبية المقدمة لمقدم الرعاية الصحية يجب عدم الكشف عنها للآخرين ما لم يمنح المريض إذنًا محددًا بذلك، ويجب حماية المعلومات من الوصول إليها من قبل أفراد غير مصرح لهم.

يعد الحفاظ على سلامة البيانات جانبًا مهمًا من إدارة المعلومات. يتم الحفاظ على سلامة البيانات أثناء فترات التوقف المخطط لها وغير المخطط لها لأنظمة البيانات. ويتحقق ذلك من خلال تنفيذ أساليب استعادة البيانات بعد التوقف وعمليات النسخ الاحتياطي المستمرة للبيانات.

تتم حماية السجلات والمعلومات الطبية للمريض في جميع الأوقات وفي جميع الأماكن. بما في ذلك حمايتها من الماء أو الحريق أو أي أضرار أخرى، والوصول غير المصرح به. يجب على منطقة تخزين السجلات الطبية تنفيذ تدابير لضمان حماية السجلات الطبية، على سبيل المثال، التحكم في الوصول واستخدام نوع مناسب من طفايات الحريق.

يجب على جميع العاملين الالتزام بسرية وأمن المعلومات من خلال التوقيع على اتفاقية تفيد بأنهم يفهمون تفاصيل سياسة وإجراءات السرية ويعرفون أدوارهم جيدًا. تتناول القوانين واللوائح المصرية الموضوعات المتعلقة بالسرية، والإفصاح عن معلومات المريض، والإبلاغ عن معلومات محددة إلى وكالات التفتيش والرقابة. يجب على مستشفى الصحة النفسية بذل الجهود اللازمة واتخاذ الخطوات اللازمة للامتثال للقوانين واللوائح ذات الصلة في مجال إدارة المعلومات.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة وإجراءات لضمان سرية وأمن وسلامة البيانات، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

- أ. تحديد من يمكنه الوصول (قائمة الأفراد المصرح لهم).
- ب. الظروف التي يتم فيها منح الوصول.
- ج. اتفاقيات السرية مع جميع من لديهم حق الوصول إلى بيانات المريض.
- د. الإجراءات الواجب اتباعها في حالة انتهاك سرية أو أمن المعلومات.
- هـ. إجراءات لتأمين إصدار التقارير الطبية، وفقًا لقانون ولوائح رعاية المريض النفسي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى الخاصة بسرية وأمن وسلامة البيانات، وقد يجرون مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المطبقة لحماية السجلات والمعلومات الطبية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة ملفات العاملين للتحقق من اتفاقية السرية الموقعة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتضمن جميع النقاط الواردة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. جميع العاملين على دراية بمتطلبات السياسة.
3. فقط الأفراد المصرح لهم بالوصول إلى السجلات الطبية للمريض وفقًا لمستوى الوصول.
4. توجد اتفاقية سرية موقعة في ملف كل موظف.
5. يتم اتباع الإجراءات في حالة انتهاك سرية أو أمن المعلومات.
6. تحتوي منطقة تخزين قسم السجلات الطبية على تدابير لضمان حماية السجلات والمعلومات الطبية.

المعايير ذات الصلة:

IMT.02 خطة إدارة المعلومات، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، IMT.07 مراجعة السجل الطبي، PCC.03 حقوق المريض والأسرة ومقدمي الرعاية، OGM.17 حقوق المرضى المشاركين في الأبحاث.

عملية فعالة وآمنة للاحتفاظ بالوثائق

IMT.05 يحدد مستشفى الصحة النفسية مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات

الغرض:

تلعب البيانات والمعلومات والسجلات الطبية دورًا مهمًا في رعاية المرضى. ويجب على مستشفى الصحة النفسية الاحتفاظ بجميع أنواع الوثائق لفترة كافية من الوقت. ويجب تحديد فترة الاحتفاظ هذه بموجب القوانين واللوائح الوطنية المعمول بها.

يجب على مستشفى الصحة النفسية ضمان أن الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات يتوافق مع سياسة السرية والأمن بالمستشفى.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة للاحتفاظ، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

أ) مدة الاحتفاظ بكل نوع من أنواع الوثائق وفقًا للقانون واللوائح الوطنية.

ب) تدابير الحفاظ على سرية المعلومات خلال مدة الاحتفاظ.

- ج) شروط الاحتفاظ، وقواعد الأرشفة، والوسائل المسموح بها للتخزين والوصول والتشفير.
- د) طرق إتلاف البيانات التي تحترم تدابير الأمن والسرية.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة السجلات الطبية بالمستشفى، والاحتفاظ بالبيانات، والمعلومات.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المطبقة للحفاظ على سرية المعلومات خلال فترة الاحتفاظ.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة للاحتفاظ بالسجلات الطبية والبيانات والمعلومات، تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى د).
2. العاملون المسؤولون على دراية بمتطلبات السياسة.
3. يتم إتلاف و/أو إزالة السجلات والبيانات والمعلومات وفقاً لسياسة المستشفى ووفقاً للقانون واللوائح المعمول بها.
4. يوجد بالمستشفى تدابير واضحة للحفاظ على سرية المعلومات خلال فترة الاحتفاظ.

المعايير ذات الصلة:

- IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض،
- IMT.07 مراجعة السجل الطبي، IMT.08 تكنولوجيا المعلومات الصحية.

الإدارة والمراجعة الفعالة للسجل الطبي للمريض

IMT.06 تتم إدارة السجل الطبي للمريض بفاعلية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

إدارة السجل الطبي للمريض

الغرض:

يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية موحدة لإدارة تدفق السجلات الطبية بشكل سليم تتضمن؛ بدء السجل الطبي للمريض، وتعيين المعرفات الفريدة، وتتبع حركة السجلات الطبية، ومتطلبات التخزين.

الهدف الرئيسي من تطوير هيكل موحد للسجل الطبي للمريض هو تسهيل الوصول إلى البيانات والمعلومات لتوفير رعاية أكثر فاعلية وكفاءة للمرضى.

يجب على مستشفى الصحة النفسية تعيين رقم فريد للسجل الطبي لتحديد مكان السجل الطبي للمريض واسترجاعه بسهولة وتوثيق رعاية المريض بمرور الوقت، وتتبع حركة السجلات الطبية وتداولها عبر المستشفى. تتوفر السجلات الطبية للمرضى لمساعدة متخصصي الرعاية الصحية في الحصول على وصول سريع إلى معلومات المريض وتعزيز استمرارية الرعاية ورضا المريض بشكل عام.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لإدارة السجلات الطبية، على أن تتناول على الأقل ما يلي:

أ) توفر السجلات الطبية في إطار زمني محدد مسبقاً.

ب) توحيد محتويات السجل الطبي وترتيبه.

ج) الاستخدام الموحد للسجل الطبي وطرق تخزينه.

د) يتم إصدار السجل الطبي للمريض وفقاً للقانون واللوائح.

هـ) إدارة السجل الطبي للمريض كبير الحجم.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة المستشفى الخاصة بإدارة السجلات الطبية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مدى توفر السجل الطبي للمريض عند الحاجة إليه من قبل متخصصي الرعاية الصحية في الإطار الزمني المحدد مسبقاً.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى هـ).
2. العاملون المسؤولون على دراية بمتطلبات السياسة.
3. محتويات السجل الطبي للمريض، وشكله، وموقع إدخالته موحدة.
4. السجل الطبي للمريض متاح ويمكن الوصول إليه عند الحاجة إليه من قبل مقدم الرعاية الصحية في إطار زمني موصوف في سياسة المستشفى.
5. يتم إنشاء سجل طبي لكل مريض يتلقى الرعاية.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، IMT.05 الاحتفاظ بالسجلات الطبية والبيانات والمعلومات، IMT.07 مراجعة السجل الطبي.

IMT.07 تتم مراجعة السجل الطبي للمريض بصورة فعالة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

مراجعة السجل الطبي

الغرض:

يجب على كل مستشفى للصحة النفسية تحديد محتوى وشكل السجل الطبي للمريض وأن يكون لديه عملية لتقييم محتوى السجل الطبي الموحد واكتمال السجلات. وتستند مراجعة السجل الطبي للمريض إلى منهجية مراجعة العينات. ويفضل أخذ عينات عشوائية واختيار ما يقرب من 5% من السجلات الطبية للمرضى. يجب أن تتم عملية المراجعة من قبل موظفين مسؤولين مصرح لهم. وتركز المراجعة على حسن التوقيت والدقة والاكتمال ووضوح السجل الطبي.

تتم مراجعة السجل الطبي بشكل منتظم وبما يتوافق مع برنامج إدارة الجودة على مستوى المنظمة؛ ويتم تحديد فرص التحسين من تحليل النتائج عند الحاجة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين الذين يقومون بمراجعة السجل الطبي للتحقق من درايتهم بالعملية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة نتائج مراقبة مراجعة السجلات الطبية للمرضى والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لتتبع ومراقبة البيانات التي تم جمعها وتحليلها من عملية مراجعة السجل الطبي.
2. يقوم عاملون مسؤولون معتمدون بإجراء مراجعة للسجل الطبي مع التركيز على حسن التوقيت والدقة والاكتمال ووضوح السجل الطبي.
3. يتم إبلاغ قادة مستشفى الصحة النفسية بنتائج المراجعة الطبية الهامة.
4. يتم اتخاذ التدخلات التصحيحية من قبل قادة مستشفى الصحة النفسية عند الحاجة.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، IMT.03 الرموز والاختصارات الموحدة، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، IMT.06 إدارة السجل الطبي للمريض، QPI.02 مقاييس الأداء.

اختيار وتنفيذ تكنولوجيا المعلومات الصحية

IMT.08 استخدام أنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية بشكل آمن وفعال.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

تكنولوجيا المعلومات الصحية

الغرض:

يمكن أن يسهل تطبيق أنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية سير العمل؛ وتحسين جودة رعاية المرضى وسلامتهم. ويتطلب اختيار وتطبيق أنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية التنسيق بين جميع أصحاب المصلحة المعنيين لضمان الاختيار السليم والتكامل مع جميع العمليات المتفاعلة. وبعد التنفيذ، يتم تقييم قابلية استخدام وفاعلية النظام.

حدث العطل هو أي حدث يكون فيه نظام تكنولوجيا المعلومات الصحية (نظام الكمبيوتر) غير متاح أو يفشل في الأداء على النحو المصمم. ويهدد بشكل كبير سلامة تقديم الرعاية وانقطاع توفير الرعاية بالإضافة إلى خطر فقدان البيانات.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة لضمان استمرارية عمليات رعاية المرضى الآمنة أثناء التوقف المخطط له وغير المخطط له بما في ذلك التدابير/البدايل التي تم اتخاذها. وتتناول السياسة عملية استعادة التوقف لضمان سلامة البيانات.

النسخ الاحتياطي للبيانات هو نسخة من البيانات يتم تخزينها في مكان منفصل عن الأصل، والتي يمكن استخدامها لاستعادة الأصل بعد حدث فقدان البيانات، ووجود نسخة احتياطية أمر ضروري لحماية البيانات. يجب إجراء النسخ الاحتياطي بانتظام لمنع فقدان البيانات. يجب على مستشفى الصحة النفسية التأكد من أن معلومات النسخ الاحتياطي آمنة ولا يمكن الوصول إليها إلا من قبل المصرح لهم باستخدامها لاستعادة البيانات المفقودة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بأنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية الخاصة بحالات العطل والاستعادة، وقد يجرون مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالسياسة.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يتم اختيار وتنفيذ أنظمة تكنولوجيا المعلومات الصحية بالمستشفى بالتعاون مع قادة المستشفى وأصحاب المصلحة.
2. يوجد بالمستشفى سياسة معتمدة للتوقف عن العمل تتضمن عملية الاستعادة.
3. العاملون على دراية بنظام تكنولوجيا المعلومات الصحية وكيفية الاستجابة أثناء فترة التوقف عن العمل.
4. يتم تحديد عملية النسخ الاحتياطي للبيانات وتكرارها وفقًا لسياسة المستشفى.
5. يختبر المستشفى برنامج التوقف عن العمل سنويًا على الأقل لضمان فاعليته.
6. يتم تأمين بيانات النسخ الاحتياطي أثناء الاستخراج والنقل والتخزين والاسترجاع.

المعايير ذات الصلة:

IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، IMT.04 سرية وأمن البيانات والمعلومات، IMT.05 الاحتفاظ بالسجلات الطبية والبيانات والمعلومات، QPI.02 مقاييس الأداء.

الجودة وتقييم الأداء

الغرض من الفصل:

من الضروري للمنشآت أن يكون لديها إطار عمل لدعم أنشطة التحسين المستمر وإدارة المخاطر. وهذا يتطلب دعمًا من القيادة، وعمليات راسخة، ومشاركة نشطة من جميع رؤساء الأقسام والعاملين. يعد تحسين الأداء وإدارة المخاطر جزءًا من كل من الخطط الاستراتيجية والتشغيلية للأقسام.

على الصعيد العالمي، تبنت مستشفيات الصحة النفسية أدوات تحسين وتكيفت معها، بل وأنشأتها، للمساعدة في تعزيز الخدمات المقدمة للمرضى. كانت فلورنس نايتجيل، وهي ممرضة، من رواد تحسين جودة الرعاية الصحية. وكان الدكتور أفيديس دونابيديان مؤسس دراسة جودة الرعاية الصحية وبحوث النتائج الطبية. تم استخدام منهجيات متعددة لتحسين الجودة في المستشفيات مثل PDCA، و FOCUS PDCA، و Six Sigma، و Lean Methodology، وغيرها.

عمليًا، تحتاج المستشفيات إلى ترسيخ ثقافة التحسين المستمر. لا تفرض معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أداة تحسين محددة ولا مقاييس أداء مراقبة محددة، ومع ذلك، يلزم وجود عدد أدنى من مؤشرات المراقبة. ومن بين العديد من فرص التحسين، سلطت معايير الهيئة الضوء على أهمية تحسين رحلة المريض وسلسلة الإمداد. ومن المهم أن يفهم كل فرد في المستشفى دوره في تحسين جودة الرعاية الصحية وسلامتها من خلال التركيز على دعم القيادة، والمداخلات والمشاركة على مستوى الأقسام، والمقاييس وجمع البيانات، واستدامة التحسين. يجب أن يكون تطبيق المعايير وفقًا للقوانين واللوائح المصرية المعمول بها.

أثناء مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، سيجتمع المراجعون مع القيادة ورؤساء الأقسام والعاملين لمناقشة جوانب تحسين الأداء والجودة والمشاريع. وقد يقوم المراجعون بتتبع الحالات للتحقق من اختيار البيانات وجمعها وتحليلها، والأساليب المستخدمة لمتابعة مشاريع التحسين وتأثير المشاريع على تحسين أبعاد الجودة.

الهدف من الفصل:

الهدف الرئيسي هو ضمان أن يقدم المستشفى برنامجًا فعالاً لتحسين الأداء؛ ويناقش الفصل الأهداف التالية:

1. دعم القيادة الفعال.
2. المشاركة الفعالة للأقسام.
3. القياس الفعال للأداء وإدارة البيانات.
4. التحسين والاستدامة الفعالان.

الوثائق الإرشادية خلال التنفيذ:

(يجب قراءة كل المراجع المذكورة في سياق شروطها، وأحكامها، وبدايلها، وتعديلاتها، وتحديثاتها، وملاحقها).

- (1) دليل الجودة والسلامة بوزارة الصحة، 2019.
- (2) دليل مؤشرات أداء المستشفيات الصادر عن هيئة التأمين الصحي، 2013.
- (3) جائزة التميز الحكومي المصرية المستندة إلى النموذج الأوروبي لإدارة الجودة www.Egea.gov.eg.

(4) قانون التعداد والإحصاء القومي رقم 35 لسنة 1960.

(5) قانون إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء رقم 2915 لسنة 1964.

برنامج فعال لإدارة الجودة

QPI.01 يخطط قادة مستشفى الصحة النفسية ويوثقون وينفذون ويراقبون برنامجاً لإدارة الجودة على مستوى المنشأة.

الفا عالية

الكلمات الرئيسية:

برنامج إدارة الجودة

الغرض:

من الضروري للمنشآت أن يكون لديها إطار عمل لنظام إدارة الجودة الخاص بها لدعم التحسين المستمر. وهذا يتطلب دعم القيادة، والعمليات الراسخة، بالإضافة إلى المشاركة النشطة من جميع رؤساء الأقسام والعاملين. لبدء عملية إدارة الجودة وتحسينها والحفاظ عليها، يعد تخطيط القيادة أمراً ضرورياً. يتم إشراك قادة مستشفى الصحة النفسية في عملية التخطيط.

يجب أن يكون برنامج إدارة الجودة متكاملًا وشاملاً ومناسباً لحجم وتعقيد ونطاق الخدمات المقدمة، ويتناول على الأقل ما يلي:

- أ) الالتزام بالمتطلبات التنظيمية ومعايير الاعتماد.
- ب) أهداف برنامج إدارة الجودة.
- ج) مقاييس الجودة (الإكلينيكية والإدارية).
- د) أنشطة إدارة الجودة.
- هـ) أدوات الجودة.
- و) المراجعة والتحديث الدوري (سنوياً على الأقل).

يجب على قادة مستشفى الصحة النفسية تعيين فرد مؤهل للإشراف على أنشطة إدارة الجودة وإبلاغها للقادة والعاملين المسؤولين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع قادة مستشفى الصحة النفسية لتحديد نهج القيادة في وضع برنامج إدارة الجودة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة برنامج إدارة الجودة والوثائق والأدوات ذات الصلة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بالبرنامج.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يشارك قادة مستشفى الصحة النفسية في تخطيط برنامج لإدارة الجودة.
2. يوجد بمستشفى الصحة النفسية برنامج موثق ومحدث ومعتمد لإدارة الجودة يحتوي على العناصر الواردة في الغرض من أ) إلى و).
3. يتم تعيين فرد مؤهل لديه المعرفة والمهارات والخبرة في إدارة الجودة والأدوات والأنشطة ذات الصلة للإشراف على برنامج إدارة الجودة.
4. جميع العاملين على دراية ببرنامج إدارة الجودة.

5. يتم تحديث برنامج إدارة الجودة سنوياً على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، IMT.01 نظام إدارة الوثائق، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين.

إدارة فعالة للبيانات وقياس الأداء

QPI.02 يتم تحديد ومراقبة مقاييس الأداء لجميع العمليات الهامة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

إجراءات الأداء

الغرض:

يهدف قياس الأداء إلى مراقبة وتقييم وتوصيل مدى تلبية الجوانب المختلفة للنظام الصحي لأهدافه الرئيسية. مقياس الأداء هو متغير كمي يقيس بشكل مباشر أو قد يعكس بشكل غير مباشر جودة الرعاية المقدمة ويجب أن يتماشى مع المسألة من خلال تمكين أصحاب المصلحة من اتخاذ قرارات مستنيرة من خلال جمع البيانات والقدرة على تفسيرها. يجب أن تكون مقاييس الأداء محددة، وقابلة للقياس، وقابلة للتحقيق، وذات صلة، ومحددة زمنياً (SMART). ولتحديد مقياس بشكل صحيح، يلزم وصف ما يلي على الأقل:

أ) التعريف

ب) مصدر بيانات محدد

ج) تكرار محدد

د) تقنيات أخذ العينات

هـ) الصيغة

و) منهجية جمع البيانات وتحليلها

سيؤدي جمع البيانات إلى إنشاء قاعدة بيانات يتم تجميعها وتحديد اتجاهاتها بمرور الوقت واستخدامها للمقارنة بمرور الوقت داخلياً داخل مستشفى الصحة النفسية وللمقارنات خارجياً مع المنظمات الأخرى، ويجب إتاحة نتائج/بيانات الأداء للجمهور سنوياً على الأقل.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة قائمة مقاييس الجودة بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين للتحقق من درايتهم بعملية جمع البيانات وتفسيرها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة نتائج تحليل مقاييس الأداء.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد بطاقة تعريف معتمدة لكل مقياس أداء محدد، ويفضل استخدام قالب موحد، يتضمن جميع العناصر المذكورة في الغرض من أ) إلى و).
2. توجد قائمة بمقاييس مستشفى الصحة النفسية تشمل العمليات الإكلينيكية والإدارية.
3. العاملون المسؤولون عن جمع وتفسير و/أو استخدام قياس الأداء على دراية بمحتويات بطاقة التعريف.
4. يجعل مستشفى الصحة النفسية نتائج/بيانات أدائه متاحة للجمهور سنوياً على الأقل.
5. يتم إبلاغ الهيئة الحاكمة بنتائج تحليل المقاييس بانتظام (كل ثلاثة أشهر على الأقل).

المعايير ذات الصلة:

OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، IMT.02 خطة إدارة المعلومات، QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين، WFM.08 تقييم أداء العاملين.

تحديد وتحليل ومنع الأحداث الضارة

QPI.03 يتم وضع خطة/برنامج لإدارة المخاطر.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

برنامج إدارة المخاطر

الغرض:

تم تصميم إدارة المخاطر لتحديد الأحداث المحتملة التي قد تؤثر على المستشفى، ولحماية وتقليل المخاطر التي تتعرض لها ممتلكات وخدمات وموظفو مستشفى الصحة النفسية. يجب على مستشفى الصحة النفسية تبني نهج استباقي لإدارة المخاطر مثل تحليل المخاطر حيث يمكنه تقييم العمليات عالية الخطورة، بما في ذلك تطوير استراتيجيات تخفيف المخاطر. يجب أن تدعم الخطط والسياسات والإجراءات وسجل المخاطر والعمليات إطار عمل إدارة المخاطر. يجب على مستشفى الصحة النفسية اتخاذ تدابير استباقية وتفاعلية لمعالجة المخاطر المحددة.

تحتوي خطة/برنامج إدارة المخاطر على مكونات أساسية تشمل على الأقل ما يلي:

- أ) نطاق وأهداف ومعايير تقييم المخاطر.
- ب) المسؤوليات المسندة لإدارة المخاطر.
- ج) تحديد المخاطر (سجل المخاطر).
- د) سياسات وإجراءات المخاطر التي تدعم إطار عمل إدارة المخاطر.
- هـ) تحديد أولويات المخاطر.
- و) تصنيف المخاطر (سواء كانت استراتيجية، تشغيلية، سمعة، مالية، أخرى).
- ز) الإبلاغ عن المخاطر والتواصل مع الجهات المعنية والهيئات الحاكمة في إطار زمني محدد.
- ح) خطط وأدوات الحد من المخاطر مع إعطاء الأولوية للعمليات عالية المخاطر.

(ط) تدريب العاملين على مفاهيم وأدوات إدارة المخاطر .

يجب على مستشفى الصحة النفسية مراجعة خطة/برنامج إدارة المخاطر بشكل منتظم على النحو الذي يحدده قادة المستشفى ووفقاً لنتائج تحليل المخاطر الحالي.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة/برنامج إدارة المخاطر بمستشفى الصحة النفسية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أداة الحد من المخاطر الاستباقية للمخاطر العالية.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سجل المخاطر.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التدابير المطبقة للحد من المخاطر.

أدلة التوافق مع المعيار :

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية خطة/برنامج لإدارة المخاطر يتضمن جميع العناصر من أ) إلى ط) في الغرض.
2. يتم إعادة تصميم العمليات عالية الخطورة بناءً على نتيجة التحليل.
3. يوجد بمستشفى الصحة النفسية أداة معتمدة استباقية للحد من المخاطر لعملية واحدة على الأقل عالية الخطورة، يتم تحديثها سنوياً.
4. يتم تحديث خطة/برنامج إدارة المخاطر وسجل المخاطر سنوياً على الأقل.

المعايير ذات الصلة:

EFS.06 خطة إدارة السلامة، EFS.09 تقييم المخاطر قبل الإنشاء، EFS.08 برنامج الوقاية من العنف، IPC.04 تقييم مخاطر العدوى، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، STP.04 برنامج الوقاية من الانتحار، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث، QPI.07 الأحداث الجسيمة.

QPI.04 يتم وضع نظام فعال للإبلاغ عن الحوادث.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

نظام الإبلاغ عن الحوادث

الغرض:

يتم دعم إدارة المخاطر القوية من خلال أنظمة فعالة للإبلاغ عن الحوادث، والتي يمكن من خلالها تحديد أي حدث قد يؤثر على سلامة المريض أو الموظف.

في معظم مستشفيات الصحة النفسية، يتم تضمين والإبلاغ عن الإصابات، وشكاوى المرضى، والأخطاء الدوائية، وتعطل المعدات، والتفاعلات الضارة للأدوية أو العلاجات، أو الأخطاء في رعاية المرضى. ولإبلاغ عن الحوادث تأثير مهم في تحسين سلامة المرضى.

يمكن أن توفر هذه التقارير رؤية قيمة حول كيفية وأسباب تعرض المرضى للضرر على مستوى مستشفى الصحة النفسية. إن ما يحدث بعد وقوع الحدث أمر بالغ الأهمية لثقافة السلامة؛ فالضحية الأولى هي المريض والأسرة المتضررة من الحدث الضار، ويجب تحويل الانتباه نحو الضحية الثانية - وهم مقدمو الخدمة المشاركون في الحدث الضار، وهو ما يقع أيضًا ضمن مسؤولية مستشفى الصحة النفسية. تشير الأدلة إلى أن هؤلاء الضحايا الثانويين، إذا لم يتم منحهم الدعم الصحيح، يمكن أن يساهموا في تفاقم مشكلات سلامة المرضى؛ وبالطبع، يؤثر كل فرد في بيئة العمل على ثقافة السلامة. يجب على مستشفى الصحة النفسية أن يحدد بوضوح كيفية التعامل مع العاملين الذين يساهمون في الحدث الضار.

يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع وتنفيذ سياسة لتقارير الحوادث تساعد على كشف ومراقبة وتقييم وتخفيف ومنع المخاطر، وتتضمن السياسة على الأقل ما يلي:

- (أ) تعريف وتصنيف الحوادث.
- (ب) تتضمن عملية إدارة الحوادث كيفية وتوقيت ومن يقوم بالإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها.
- (ج) تحديد الحوادث التي تتطلب إخطارًا فوريًا للإدارة.
- (د) أدوات تحليل الحوادث، والإبلاغ عن النتائج.
- (هـ) دواعي إجراء تحليل مكثف وعملية.
- (و) إجراءات لإدارة عواقب الأحداث الضارة بما في ذلك الضحايا الأوائل والثانويين المتضررين.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة الإبلاغ عن الحوادث.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من درايتهم بنظام الإبلاغ عن الحوادث والتنفيذ السليم.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بالتحقق من وجود دليل على الإجراءات التصحيحية المتخذة عند اكتشاف الثغرات.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة معتمدة تحدد نوع الحادث ونظام الإبلاغ الذي يتضمن العناصر من أ) إلى و) في الغرض.
2. جميع العاملين على دراية بنظام الإبلاغ عن الحوادث، بما في ذلك العاملون المتعاقدون والمستعان بهم من مصادر خارجية.
3. يتواصل مستشفى الصحة النفسية مع المرضى/مستخدمي الخدمات حول الأحداث الضارة التي يتأثرون بها.
4. تُتخذ الإجراءات التصحيحية في الوقت المحدد عند اكتشاف الثغرات.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، OGM.10 ثقافة السلامة، QPI.05 الاختلافات الهامة في العمليات، QPI.07 الأحداث الجسيمة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين، MMS.12 مراقبة الدواء والأخطاء الدوائية والأحداث الدوائية الضارة والأحداث الوشيكة.

QPI.05 يتم اكتشاف الاختلافات الجوهرية في العمليات والتحقيق فيها وتصحيحها بسهولة باستخدام منهجية قائمة على الأدلة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الاختلافات الهامة في العمليات

الغرض:

يجب على مستشفى الصحة النفسية جمع البيانات على فترات منتظمة ومن جميع مجالات خدمات رعاية المرضى. ويجب أن يكون جمع البيانات كافياً للكشف عن أنواع اختلاف العمليات وتحديد الإجراءات التصحيحية اللازمة لمنع الخطر على المرضى. عندما تمثل البيانات تغييراً كبيراً (تغيير غير مرغوب فيه عما هو متوقع)، يتم إجراء تحليل مكثف لتحديد أفضل الإجراءات اللازمة. وتشمل التغييرات الكبيرة الانحرافات عن المعايير المعترف بها، وتراجع الأداء المتوقع، والتباين الواسع عن أداء المنشآت المماثلة الأخرى.

يجب على مستشفى الصحة النفسية إجراء تحليل السبب الجذري لتحديد الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحسين عمليات الرعاية ومنع تكرار الأحداث. يجب على مستشفى الصحة النفسية وضع سياسة للاختلافات والأحداث الهامة تصف الأحداث غير المتوقعة الهامة، على أن تشمل على الأقل ما يلي:

أ) قائمة بالأحداث غير المتوقعة/الوشيكة الهامة التي يمكن أن تحدث، مثل:

- إ. محاولة هروب المريض.
- II. أحداث التخدير والتهدة الهامة التي تسبب ضرراً أو يحتمل أن تسبب ضرراً للمريض.
- III. التفاعلات الدوائية الضارة الهامة التي تسبب ضرراً أو يحتمل أن تسبب ضرراً للمريض.
- IV. الأخطاء الدوائية الهامة التي تسبب ضرراً أو يحتمل أن تسبب ضرراً للمريض.
- V. الانسداد الرئوي أو تجلط الأوردة العميقة الذي يحدث بسبب عدم تلقي العلاج الوقائي المناسب للجلطات والتقييم غير السليم لمخاطر الجلطات الدموية الوريدية.

ب) معايير وإجراءات التحليل المكثف عند وقوع أحداث غير متوقعة هامة.

ج) الوقت اللازم لإكمال التحقيق وتنفيذ خطة العمل المطلوبة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية التي تحدد الأحداث الهامة وإدارتها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الأدلة التي تضمن تحليل جميع الأحداث الهامة واتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من تكرارها.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة تصف الأحداث الهامة وعملية تحليلها المكثف، تتضمن العناصر من أ) إلى ج) في الغرض.
2. يتم التحقيق في جميع الأحداث الهامة (الاختلافات غير المتوقعة) وتحليلها والإبلاغ عنها في الوقت المناسب.
3. تُتخذ الإجراءات التصحيحية بإطار زمني واضح عند اكتشاف الثغرات.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.06 الأحداث الوشيكة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.09 استدامة التحسين.

QPI.06 يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية محددة لتحديد وتحليل الأحداث الوشيكة.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

الأحداث الوشيكة

الغرض:

يقوم مستشفى الصحة النفسية بجمع البيانات والمعلومات عن الأحداث المحددة كأحداث وشيكة ويقوم بتقييمها لمنع حدوثها الفعلي في المستقبل. يُعرّف الحدث الوشيكة بأنه أي اختلاف في العملية لم يؤثر على النتيجة ولكن تكراره يحمل فرصة كبيرة لوقوع نتيجة ضارة خطيرة. يتم تطبيق آلية إبلاغ فعالة وصالحة وموثوقة لتحديد متى تكون هناك حاجة إلى عملية استباقية لتقليل أو إزالة الأحداث الوشيكة ذات الصلة.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجع الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة عملية مستشفى الصحة النفسية لتحديد والإبلاغ عن الأحداث الوشيكة.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين للتحقق من وعيهم بعملية تحديد والإبلاغ عن الأحداث الوشيكة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة الأدلة التي تثبت أنه يتم تحليل الأحداث الوشيكة واتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من تكرارها.

أدلة التطابق مع المعيار :

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية عملية لتحديد والإبلاغ عن الأحداث الوشيكة.
2. جميع العاملين على دراية بعملية تحديد والإبلاغ عن الأحداث الوشيكة.
3. يتم تحليل الأحداث الوشيكة، واتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من تكرارها.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.03 برنامج إدارة المخاطر، QPI.05 الاختلافات الهامة في العمليات، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث، QPI.07 الأحداث الجسيمة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.

QPI.07 يقوم مستشفى الصحة النفسية بتعريف الأحداث الجسيمة والتحقيق فيها وتحليلها والإبلاغ عنها، ويتخذ الإجراءات التصحيحية لمنع الضرر والتكرار.

السلامة

الكلمات الرئيسية:

الأحداث الجسيمة

الغرض:

الحدث الجسيم هو واقعة غير متوقعة تنتهي بالوفاة أو بمرض مزمن أو إصابة نفسية، بما في ذلك فقدان طرف أو وظيفة. يشير الحدث الجسيم إلى ضرورة إجراء تحقيق واستجابة فورية. يضع مستشفى الصحة النفسية سياسة للتعامل مع الأحداث الجسيمة تتضمن على الأقل ما يلي:

(أ) أنواع الأحداث الجسيمة التي تشمل على الأقل ما يلي:

أ. وفاة غير متوقعة أو فقدان دائم لوظيفة رئيسية لا علاقة له بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو حالته الأساسية.

II. أحداث المريض الخطأ، والموقع الخطأ، والإجراء الخطأ.

III. انتحار المريض أو محاولة الانتحار.

IV. إيذاء المريض لنفسه أو عنف يؤدي إلى الوفاة أو فقدان دائم لوظيفة.

V. انتقال مرض مزمن أو مميت نتيجة نقل الدم أو مشتقات الدم (إن وجد).

VI. اختطاف طفل أو إرسال طفل إلى المنزل مع الوالدين الخطأ.

VII. خروج مريض إلى الأسرة الخطأ.

VIII. اختطاف مريض أثناء تلقي الرعاية والعلاج والخدمات.

IX. الاغتصاب والتحرش الجسدي.

X. عنف في مكان العمل مثل الاعتداء (الذي يؤدي إلى الوفاة أو فقدان دائم لوظيفة)، أو القتل (القتل العمد)

لمريض أو موظف أو ممارس أو طالب طب أو متدرب أو زائر أو مورد.

XI. أي هروب (أي مغادرة غير مصرح بها) يؤدي إلى الوفاة أو ضرر دائم أو ضرر شديد.

(ب) الإبلاغ الداخلي عن الأحداث الجسيمة.

(ج) الإبلاغ الخارجي عن الأحداث الجسيمة.

(د) مشاركة أعضاء الفريق.

(هـ) تحليل السبب الجذري.

(و) خطة الإجراءات التصحيحية المتخذة.

يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأحداث الجسيمة في غضون 48 ساعة من وقوع الحدث أو العلم به. يجب أن تخضع جميع الأحداث التي تفي بالتعريف لتحليل السبب الجذري للحصول على فهم واضح للعوامل المساهمة وراء الثغرات في النظام. يجب إكمال التحليل والإجراء في غضون 45 يومًا من وقوع الحدث أو العلم به.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة سياسة مستشفى الصحة النفسية للتعامل مع الأحداث الجسيمة.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أدلة تحليل الأحداث الجسيمة والإبلاغ عنها.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أدلة الإجراءات التصحيحية المتخذة لمنع تكرار الحدث.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. يوجد بمستشفى الصحة النفسية سياسة لإدارة الأحداث الجسيمة تغطي الغرض من أ) إلى و) ويكون القادة على دراية بمتطلبات السياسة.
2. يتم تحليل جميع الأحداث الجسيمة وإبلاغها إلى الإدارة العليا المباشرة من خلال تحليل السبب الجذري في فترة زمنية تحددها القيادة وفقًا لسياسة المستشفى.
3. يتم إبلاغ الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بجميع الأحداث الجسيمة في غضون 48 ساعة من وقوع الحدث أو العلم به.
4. يحدد تحليل السبب الجذري الأسباب الرئيسية وراء الحدث ويتخذ القادة خطط عمل تصحيحية لمنع تكراره في المستقبل.

المعايير ذات الصلة:

APC.03 المعلومات الدقيقة والكاملة، QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.05 الاختلافات الهامة في العمليات، QPI.06 الأحداث الوشيكة، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، QPI.04 نظام الإبلاغ عن الحوادث.

QPI.08 توجد خطة لتحسين الأداء وسلامة المرضى على مستوى مستشفى الصحة النفسية.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى

الغرض:

يحتاج مستشفى الصحة النفسية إلى بدء برامج تحسين والحفاظ عليها لتقليل المخاطر على المرضى والعاملين. لذلك، فإن القيادة والتخطيط الجيد أمران ضروريان. مدير المستشفى مسؤول عن تأسيس ودعم التزام مستشفى الصحة النفسية بالجودة بشكل مستمر.

يضع القادة خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى؛ ويجب أن تتناول الخطة على الأقل ما يلي:

(أ) الأهداف (الإكلينيكية والتشغيلية) التي تحقق رسالة المستشفى.

(ب) مسؤوليات محددة لأنشطة التحسين وقنوات الإبلاغ المعتمدة.

(ج) معايير اختيار خارطة طريق مقاييس الأداء.

(د) أدوات جمع البيانات وتحليل البيانات وعملية التحقق من صحتها.

(هـ) معايير محددة لتحديد أولويات واختيار مشاريع تحسين الأداء.

(و) نماذج تحسين الجودة المستخدمة.

(ز) تدفق المعلومات وتكرار الإبلاغ.

(ح) التدريب على أدوات ومنهجيات تحسين الجودة.

(ط) التقييم المنتظم للخطة (سنوياً على الأقل).

يختار القادة النهج الذي سيستخدمه المستشفى لقياس وتقييم وتحسين الجودة وسلامة المرضى، ويحدد القادة أيضاً كيفية توجيه الخطة وإدارتها يومياً.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة خطة مستشفى الصحة النفسية لتحسين الأداء وسلامة المرضى.
- قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين المسؤولين ومدير مستشفى الصحة النفسية للتحقق من أدوارهم في تخطيط ودعم ومراقبة خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.
- قد يلاحظ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تنفيذ الخطة على مستوى المستشفى.

أدلة التطابق مع المعيار:

1. توجد خطة حالية ومعتمدة لتحسين الأداء وسلامة المرضى، تحدد على الأقل العناصر من (أ) إلى (ط) في الغرض.
2. يشارك مدير مستشفى الصحة النفسية بنشاط في تخطيط ودعم ومراقبة خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.
3. يتم توصيل الخطة إلى جميع الأطراف المعنية.
4. يتم تنفيذ الخطة على مستوى المنشأة، وفقاً للجدول الزمني وخطة التحسين.

5. تتم مراجعة الخطة وتقييمها وتحديثها سنوياً.

المعايير ذات الصلة:

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.09 استدامة التحسين، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية، OGM.10 ثقافة السلامة.

QPI.09 يتم تنفيذ أنشطة تحسين مناسبة ومستدامة في إطار زمني معتمد.

الفاعلية

الكلمات الرئيسية:

استدامة التحسين

الغرض :

على الرغم من أن العاملين يلعبون دوراً حيوياً في عملية التحسين المستمر، فمن دور الإدارة تدريب وتمكين وتشجيع العاملين على المشاركة بالأفكار. يحتاج برنامج التحسين المستمر الفعال إلى قياس وملاحظات مستمرة. قبل البدء، يجب قياس أداء خط الأساس لمستشفى الصحة النفسية، حيث يمكن بعد ذلك اتباع أفكار جديدة لتحسين الأداء. تسمح دورة خطط - نفذ - تحقق - تصرف (PDCA)، أو Focus PDCA، أو أدوات تحسين أخرى باختبار تقدم التحسين علمياً.

تضمن الدورة التحسين المستمر عن طريق قياس فرق الأداء بين الظروف الحالية والظروف المستهدفة. تقدم هذه المعلومات ملاحظات فورية حول فاعلية التغيير الذي يمكن أن يساعد في قياس تأثيرات برنامج التحسين المستمر وهي الطريقة الأكثر فاعلية لاستدامته.

دليل عملية المراجعة:

- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة العملية المكتوبة للتحسين.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة أنشطة التحسين لمعرفة كيفية استخدام المستشفى للبيانات لتحديد التحسينات المحتملة وتقييم تأثير الإجراءات.
- قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة آليات المراقبة والتحكم في المستشفى للحفاظ على التحسينات المحققة.

أدلة التوافق مع المعيار:

1. توجد عملية مكتوبة للمنهجية والأدوات المستخدمة للتحسين.
2. يتم اتخاذ إجراءات لتصحيح المشكلات في الوقت المناسب وبشكل مناسب.
3. تم اختبار أنشطة التحسين وتم تسجيل النتائج وتنفيذها.
4. يوجد دليل على تحسين عمليات سلامة المرضى والتحكم فيها.

5. تتم مراقبة أنشطة تحسين الجودة وإبلاغ النتائج إلى الهيئة الحاكمة بشكل منتظم وفقاً للعملية المعمول بها في المستشفى.

المعايير ذات الصلة :

QPI.01 برنامج إدارة الجودة، QPI.02 مقاييس الأداء، QPI.08 خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى، OGM.02 مدير مستشفى الصحة النفسية، OGM.03 قادة مستشفيات الصحة النفسية.

أنشطة المراجعة والاستعداد

مقدمة:

- تتضمن عملية مراجعة الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إجراء جولات ميدانية، وملاحظات للسجلات الطبية للمرضى، وملفات العاملين، وملفات الاعتماد، ومقابلات مع العاملين والمرضى.
- المراجعة هي نشاط لجمع المعلومات لتحديد مدى امتثال المنشأة لمعايير الهيئة.

نصائح للاستعداد:

- لتسهيل إكمال المراجعة في الوقت المخصص، يجب أن تكون جميع المعلومات والمستندات متاحة بسهولة للمراجعين لمراجعتها أثناء عملية المراجعة.
- إذا كان بعض العاملين غائبين، سيواصل الفريق إجراء المراجعة؛ وقد ينضم العاملون الغائبون المعنيون عندما يكونون متاحين.
- قد تكون الملفات ورقية أو إلكترونية؛ مع مراعاة أن، يجب أن تكون المعلومات، في جميع الأوقات، آمنة ومأمونة من الوصول غير المصرح به، ومحدثة، ومتاحة، وقابلة للاسترجاع بسهولة من قبل العاملين المصرح لهم.

النشاط	النطاق الزمني	الموقع في أجندة المراجعة
1 الوصول والتنسيق	15-30 دقيقة	اليوم الأول، عند الوصول
2 اللقاء الافتتاحي	15 دقيقة	اليوم الأول، في أقرب وقت ممكن
3 التعريف بالمستشفى	30-45 دقيقة	اليوم الأول، في أقرب وقت ممكن
4 التخطيط للمراجعة	30 دقيقة	اليوم الأول، في أقرب وقت ممكن
5 جلسة مراجعة الوثائق	60-180 دقيقة	
6 تتبع رحلة المريض	60-90 دقيقة	تحدث أنشطة التتبع الفردية طوال عملية المراجعة؛ ويختلف عدد الأفراد الذين يتتبعهم المراجعون حسب المنشأة.
7 استراحة	30 دقيقة	في وقت يتم التفاوض عليه خلال اجتماع فريق المنشأة / تخطيط المراجعين.
8 الملخص اليومي	15-30 دقيقة	بداية كل يوم من أيام المراجعة باستثناء اليوم الأول؛ ويمكن جدولته في أوقات أخرى حسب الضرورة.
9 مراجعة ملفات العاملين	60-90 دقيقة	بعد حدوث بعض أنشطة التتبع الفردية؛ في وقت يتم التفاوض فيه مع مركز الرعاية الصحية الأولية.

10	مراجعة خطط سلامة البيئة والمنشأة	60-90 دقيقة	بعد حدوث بعض أنشطة التتبع الفردية؛ في وقت يتم التفاوض فيه مع مركز الرعاية الصحية الأولية.
11	جولة سلامة البيئة والمنشأة	60-180 دقيقة	بعد مراجعة خطط سلامة البيئة والمنشأة
12	مقابلة القيادات	60 دقيقة	في بداية أو منتصف المراجعة
13	مراجعة الإشراف المالي	60 دقيقة	بعد مقابلة القيادات
14	مراجعة السجل الطبي للمريض	60-120 دقيقة	قرب نهاية عملية المراجعة
15	مراجعة إدارة الأدوية	30-60 دقيقة	في منتصف عملية المراجعة
16	مراجعة مكافحة ومنع انتشار العدوى	60-90 دقيقة	في منتصف عملية المراجعة
17	مراجعة برنامج الجودة	60 دقيقة	قرب نهاية عملية المراجعة
18	إعداد التقرير	60-120 دقيقة	اليوم الأخير من عملية المراجعة
19	التقرير التنفيذي	15 دقيقة	اليوم الأخير من عملية المراجعة
20	اللقاء الختامي	30 دقيقة	اليوم الأخير، آخر نشاط في عملية المراجعة

الوصول والتنسيق

لماذا سيحدث ذلك؟

لبدء عملية المراجعة في الوقت المحدد، يجب على مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية استخدام الوقت لمراجعة محور المراجعة في ضوء الطلب المقدم.

ماذا سيحدث؟

يصل مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى مستشفى الصحة النفسية وقد يقدمون أنفسهم لأمن المستشفى أو مكتب الاستقبال. يجب أن يكون منسق مراجعة مستشفى الصحة النفسية متاحًا للترحيب بمراجعي الهيئة.

كيف تستعد؟

تحديد مكان يمكن للمراجعين الانتظار فيه حتى يرحب بهم موظفو المنظمة، ومكان يمكن للمراجعين اعتباره مقرًا لهم طوال فترة المراجعة.

المدة المقترحة لهذه الخطوة هي ما يقرب من 30 إلى 60 دقيقة. يحتاج المراجعون إلى مساحة عمل يمكنهم استخدامها كمقر لهم طوال مدة المراجعة. يجب أن تحتوي هذه المنطقة على مكتب أو طاولة، وتغطية للإنترنت والهاتف، وإمكانية الوصول إلى مقبس كهربائي، إن أمكن. ينبغي تزويد المراجعين باسم ورقم هاتف منسق المراجعة.

من سيشترك؟

يشمل المشاركون المقترحون العاملون وقادة مستشفى الصحة النفسية.

اللقاء الافتتاحي

لماذا سيحدث ذلك؟

تُعد هذه فرصة لمشاركة فهم موحد لهيكل المراجعة، والإجابة على الأسئلة المتعلقة بأنشطة المراجعة، وخلق توقعات مشتركة.

ماذا سيحدث؟

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقديم أنفسهم ووصف كل مكون من مكونات جدول أعمال المراجعة. ويجب طرح الأسئلة حول زيارة المراجعة، وجدول الأنشطة، وتوافر المستندات أو الأشخاص، وأي موضوعات أخرى ذات صلة في هذا الوقت.

كيف تستعد؟

تخصيص غرفة أو مساحة تتسع لجميع المشاركين وتسمح بإجراء مناقشة تفاعلية.

من سيشترك؟

يشمل المشاركون المقترحون أعضاء الهيئة الحاكمة والقيادة العليا. ويجب أن يكون الحاضرون قادرين على تناول مسؤوليات القيادة في التخطيط، وتخصيص الموارد، والإدارة، والإشراف، وتحسين الأداء، والدعم في تنفيذ رسالة منظمكم وأهدافها الاستراتيجية.

التعريف بالمستشفى

لماذا سيحدث ذلك؟

يتعرف مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على المستشفى من خلال عرض تقديمي أو حوار تفاعلي للمساعدة في تركيز أنشطة المراجعة اللاحقة.

ماذا سيحدث؟

يقدم ممثل المستشفى (عادة مدير المستشفى أو من ينوب عنه) معلومات عن المستشفى.

كيف تستعد؟

إعداد ملخص (أو عرض تقديمي) عن مستشفى الصحة النفسية يتضمن على الأقل معلومات حول:

- رسالة ورؤية وأهداف استراتيجية مستشفى الصحة النفسية.
- الهيكل التنظيمي والموقع الجغرافي.

- إدارة المعلومات، وخاصة شكل وصيانة السجلات الطبية.
- الخدمات المتعاقد عليها.
- الامتثال لمتطلبات السلامة الوطنية.
- فئة المرضى بالمستشفى، وأكثر 5 تشخيصات شيوعاً.
- ما إذا كان لدى المستشفى أي أنشطة أكاديمية أو بحثية.
- ما إذا كان مستشفى الصحة النفسية يقدم أي رعاية منزلية أو خدمات خارج حدود منشأة المستشفى.
- الامتثال لتقارير وتوصيات الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية خلال فترة زيارة ما قبل الاعتماد (إن وجدت).

من سيشترك؟

يشمل المشاركون المقترحون نفس المشاركين في اللقاء الافتتاحي.

التخطيط للمراجعة

لماذا سيحدث ذلك؟

لضمان كفاءة استغلال وقت المراجعة.

ماذا سيحدث؟

يبدأ المراجعون في اختيار المرضى للتتبع بناءً على الرعاية والعلاج والخدمات التي يقدمها مستشفى الصحة النفسية.

كيف تستعد؟

يحتاج منسق المراجعة إلى التأكد من توفر المعلومات التالية للمراجعين:

- قائمة بالمواقع التي يتم فيها استخدام التهئة العميقة أو المتوسطة.
- قائمة بالمواقع التي يتم فيها استخدام التطهير عالي المستوى والتعقيم.
- قائمة بالأقسام/الوحدات/المناطق/البرامج/الخدمات داخل مستشفى الصحة النفسية، إن وجدت.
- قائمة بالمرضى تتضمن: الاسم، والموقع، والعمر، والتشخيص، ومدة الإقامة، وتاريخ الدخول، ونقطة الدخول.
- قوائم بالإجراءات المجدولة، على سبيل المثال، العلاج بالصدمات الكهربائية بما في ذلك موقع الإجراء ووقته.

من سيشترك؟

مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فقط.

جلسة مراجعة الوثائق

لماذا سيحدث ذلك؟

لمساعدة مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على فهم عمليات مستشفى الصحة النفسية.

ماذا سيحدث؟

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة السياسات المطلوبة (أو وثائق نظام إدارة الجودة الأخرى) ومكونات السياسة بناءً على معايير الهيئة.

كيف تستعد؟

يجب على منسق المراجعة التأكد من أن جميع وثائق نظام إدارة الجودة السارية والحالية والمعتمدة متاحة للمراجعة إما في شكل ورقي أو إلكتروني (يجب أن تكون الموافقة مرئية وواضحة وأصلية).

يُنصح باستخدام الإشارات المرجعية أو الملاحظات لمساعدة المراجعين في العثور على العناصر التي يتم البحث عنها:

- 1) قائمة الاختصارات غير المعتمدة.
- 2) بيانات تحسين الأداء من الـ 12 شهرًا الماضية.
- 3) توثيق مشاريع تحسين الأداء الجاري تنفيذها، بما في ذلك أسباب تنفيذ المشاريع والتقدم القابل للقياس المحرز (يمكن أن يكون هذا التوثيق في محاضر اجتماعات الهيئة الحاكمة أو محاضر أخرى).
- 4) توثيق تدفق المرضى: لوحات المعلومات والتقارير الأخرى التي تراجعها قيادة مستشفى الصحة النفسية؛ وتوثيق أي مشاريع لتدقيق المرضى يتم تنفيذها (بما في ذلك أسباب تنفيذ المشاريع)؛ وبيانات الإنتاجية الداخلية التي تجمعها وحدات المرضى الداخليين والخدمات التشخيصية وخدمات الدعم مثل نقل المرضى والتدبير المنزلي.
- 5) تحليل من عملية عالية الخطورة.
- 6) سياسة إدارة الطوارئ.
- 7) بروتوكولات إدارة الطوارئ.
- 8) تقييم المخاطر السنوي والمراجعة السنوية للبرنامج.
- 9) أهداف ذات أولوية قائمة على التقييم.
- 10) بيانات ترصد مكافحة العدوى من الـ 12 شهرًا الماضية.

من سيشارك؟

منسق المراجعة والأطراف المعنية بالسياسة.

تتبع رحلة المريض

لماذا سيحدث ذلك؟

يُعرّف تتبع رحلة المريض بأنه تقييم، يقوم به المراجعون بتتبع الخطوات المتسلسلة للرعاية الإكلينيكية للمريض، للعمليات في منظمة توجه جودة وسلامة الرعاية المقدمة (Greenfield et al., 2012a: 495).

يتبع مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مسار الرعاية والخدمات المقدمة للمريض لتقييم العلاقات بين التخصصات والوظائف الهامة وتقييم أداء العمليات ذات الصلة بالفرد.

ماذا سيحدث؟

- تأخذ عملية التتبع المراجعين عبر مجموعة واسعة من الخدمات.
- استخدام منهجية التتبع للمناقشات وجهاً لوجه مع متخصصي الرعاية الصحية والعاملين والمرضى، جنباً إلى جنب مع مراجعة السجلات الطبية للمرضى وملاحظات المراجعين.
- تعد جودة وتوقيت إدخال السجلات الطبية للمريض ووضوحها أمراً بالغ الأهمية أيضاً للرعاية الآمنة والفعالة لأن متخصصي الرعاية الصحية يعتمدون عليها للتواصل مع بعضهم البعض بشأن احتياجات وقرارات العلاج.
- يساعد هذا في توجيه المراجعين أثناء تتبعهم لتقديم المريض.
- يبدأ التتبع الفردي في الموقع الذي يوجد فيه المريض وسجله الطبي. يبدأ المراجع التتبع بمراجعة ملف الرعاية مع الموظف المسؤول عن رعاية الفرد أو علاجه أو خدماته. ثم يبدأ المراجع التتبع باتباع مسار الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة للمريض من مرحلة ما قبل الدخول حتى ما بعد الخروج، وتقييم العلاقات المتبادلة بين التخصصات أو الأقسام أو البرامج أو الخدمات أو الوحدات (حيثما ينطبق ذلك)، والوظائف الهامة في الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة مما قد يؤدي إلى تحديد المشكلات المتعلقة بعمليات الرعاية.
- يمكن إثارة معظم معايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أثناء نشاط تتبع رحلة المريض والذي قد يشمل أيضاً إجراء مقابلات مع العاملين أو المرضى أو أفراد الأسرة.
- قد يتم إجراء مقابلات مع العاملين لتقييم العمليات التنظيمية التي تدعم أو قد تكون عائقاً أمام علاج وخدمات المرضى، والتواصل والتنسيق مع العاملين الآخرين، وتخطيط الخروج، أو الموارد والعمليات الأخرى المتعلقة بالانتقال المتاحة من خلال مستشفى الصحة النفسية، والوعي بالأدوار والمسؤوليات المتعلقة بالسياسات المختلفة.
- قد يتم إجراء مقابلات مع المرضى أو أفراد الأسرة لتقييم تنسيق وتوقيت الخدمات المقدمة، والتتقيف، بما في ذلك تعليمات الخروج، وتصور الرعاية أو العلاج أو الخدمات، وفهم التعليمات (على سبيل المثال، قيود النظام الغذائي أو الحركة، والأدوية، والخروج، ومتابعة متخصصي الرعاية الصحية)، حسب الاقتضاء.

كيف تستعد؟

- يجب بذل كل جهد لضمان سرية وخصوصية المرضى أثناء عمليات التتبع بما في ذلك عدم وجود تسجيل فيديو أو صوتي وعدم الازدحام.
- قد يصل المراجع إلى قسم ويحتاج إلى انتظار توفر العاملين. إذا حدث ذلك، فقد يستخدم المراجع هذا الوقت لتقييم قضايا بيئة الرعاية أو ملاحظة الرعاية أو العلاج أو الخدمات التي يتم تقييمها.
- سيتم بذل كل الجهود لتجنب وجود عمليات تتبع أو جولات متعددة في نفس المكان في نفس الوقت.

من سيشارك؟

منسق المراجعة وأي موظف (عند الحاجة)

استراحة

لماذا سيحدث ذلك؟

لإتاحة الوقت للمراجع وللعاملين بالمستشفى لاستخدام المعلومات المكتسبة.

ماذا سيحدث؟

يجتمع مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية في المقر المخصص بمفردهم.

كيف تستعد؟

التأكد من أن المكان لن يتم استخدامه خلال فترة الاستراحة.

من سيشارك؟

مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فقط.

الملخص اليومي

لماذا سيحدث ذلك؟

للسماح لمراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتلخيص أحداث اليوم السابق وإبلاغ الملاحظات وفقاً لمجالات المعايير.

ماذا سيحدث؟

يلخص مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بإيجاز أنشطة المراجعة التي اكتملت في اليوم السابق. يجب على مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية تقديم تعليقات عامة بشأن الأمور الهامة من اليوم السابق وملاحظة عدم الامتثال المحتمل، مع التركيز على سلامة المرضى. يجب على مراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إتاحة الوقت لتقديم المعلومات التي ربما فاتهم أو التي طلبوها خلال يوم المراجعة السابق. ملاحظة: يجوز للعاملين بمستشفى الصحة النفسية أن يقدموا للمراجعين معلومات تتعلق بالإجراءات التصحيحية التي يتم تنفيذها لأي أمور تتعلق بعدم الامتثال. قد يظل المراجعون يسجلون الملاحظات والنتائج.

كيف تستعد؟

يجب أن تتوفر غرفة لاستيعاب جميع الحاضرين.

من سيشارك؟

يشمل المشاركون المقترحون ممثل (ممثلين) من الحوكمة، ومدير المستشفى، وقادة المستشفى، والأفراد الذين ينسقون مراجعة الهيئة، وغيرهم من العاملين حسب تقدير قادة المستشفى.

مراجعة ملفات العاملين

لماذا سيحدث ذلك؟

إن مراجعة الملفات، في حد ذاتها، ليست المحور الأساسي لهذه الجلسة؛ ومع ذلك، يجب على المراجع التحقق من المعلومات المتعلقة بالعملية المسجلة في ملفات العاملين. ويجب على المراجع تحديد العاملين المحددين الذين يرغبون في مراجعة ملفاتهم.

ماذا سيحدث؟

- قد يضمن مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة عينة عشوائية من ملفات العاملين.
- الحد الأدنى لعدد السجلات المختارة للمراجعة هو 5 ملفات للعاملين.
- الحد الأدنى لعدد سجلات ملفات الحالات المطلوب اختيارها من قبل المراجع للمراجعة لا يزيد عن 5 (خمسة) سجلات في المجموع.
- إذا لوحظت نتائج أثناء مراجعة الملف، فقد يطلب فريق المراجعة عينات ملفات إضافية لإثبات النتائج المسجلة من العينة الأولية.
- خلال عملية المراجعة، إذا لوحظ عدد كبير من النتائج، فقد يوثق فريق المراجعة ما إذا كانت النتائج تشكل مستوى من عدم الامتثال.
- يجب تسجيل العدد الإجمالي للسجلات خلال فترة الستة أشهر للحالة في نموذج المراجعة.
- قد يركز المراجع على توجيه العاملين، والمسؤوليات الوظيفية و/أو المسؤوليات الإكلينيكية، وتقييم الخبرة والتعليم والقدرات، والتعليم والتدريب المستمر، وتقييم الأداء، والاعتماد ومنح الامتيازات، وتقييم الكفاءة.

كيف تستعد؟

- يجب على المستشفى إعداد قائمة كاملة بجميع العاملين بما في ذلك المستعان بهم من مصادر خارجية، والمتعاقد معهم، والعاملون بدوام كامل، وذوي الدوام المحدد، والعاملون بدوام جزئي، والزوار، والمتطوعون، وغيرهم.

من سيشارك؟

ممثلو الإدارة الطبية، وإدارة التمريض، وفرق إدارة الموارد البشرية.

مراجعة خطط سلامة البيئة والمنشأة

لماذا سيحدث ذلك؟

للسماح لمراجعي الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم درجة امتثال المستشفى للمعايير ذات الصلة وتحديد نقاط الضعف والقوة في خطط سلامة البيئة والمنشأة.

ماذا سيحدث؟

يجب أن تكون هناك مناقشة جماعية. المراجعون ليسوا المتحدثين الأساسيين خلال هذا الوقت؛ هم مستمعون للمناقشة. ويجب على المراجع مراجعة فئات مخاطر بيئة الرعاية كما هو مبين في تقييم مخاطر المستشفى وتحليل بيانات السلامة والإجراءات التي اتخذها المستشفى.

كيف تستعد؟

التأكد من أن المسؤولين عن خطط سلامة البيئة والمنشأة متاحون للمناقشة. كما يجب أن تتوفر الوثائق التالية:

- تراخيص مستشفى الصحة النفسية، أو ما يعادلها.
- مخطط تنظيمي.
- خريطة للمنشأة، إن وجدت.
- قائمة بجميع المواقع المؤهلة للمراجعة.
- بيانات سلامة البيئة والمنشأة.
- خطط وتقييمات سنوية لسلامة البيئة والمنشأة.
- محاضر اجتماعات فريق سلامة البيئة والمنشأة متعدد التخصصات قبل المراجعة.
- خطة عمليات الطوارئ (EOP) ومراجعة وتحديث سنوي موثق.
- التدريب السنوي.

من سيشارك؟

العاملون المسؤولون عن سلامة البيئة والمنشأة مثل منسق إدارة السلامة، ومنسق إدارة الأمن، ومدير المنشأة، ومدير أنظمة مرافق المباني، وممثل تكنولوجيا المعلومات (IT)، والشخص المسؤول عن إدارة الطوارئ.

جولة سلامة البيئة والمنشأة

لماذا سيحدث ذلك؟

يلاحظ ويقيم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الأداء الفعلي للمستشفى في إدارة مخاطر البيئة والمنشأة.

ماذا سيحدث؟

قد يبدأ مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من حيث تتم مواجهة الخطر، أو حدوثه لأول مرة، أو قد يتبعون نهجاً من أعلى إلى أسفل/من أسفل إلى أعلى.

قد يجري مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مقابلات مع العاملين لوصف أو إظهار أدوارهم ومسؤولياتهم لتقليل المخاطر، وما يجب عليهم فعله في حالة حدوث مشكلة أو حادث، وكيفية الإبلاغ عن المشكلة أو الحادث.

قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم أي ضوابط مادية لتقليل المخاطر (أي المعدات، وأجهزة الإنذار، وميزات المبنى)، وتقييم خطة الطوارئ للاستجابة لاضطرابات أو أعطال نظام المرافق (على سبيل المثال، مصدر بديل للمرافق، وإخطار العاملين، وكيفية ووقت إجراء التدخلات الإكلينيكية الطارئة عند فشل أنظمة المرافق، والحصول على خدمات الإصلاح)، وتقييم ما إذا كانت المعدات أو أجهزة الإنذار أو ميزات المبنى موجودة للتحكم في الخطر المحدد، ومراجعة تنفيذ إجراءات الفحص والاختبار أو الصيانة ذات الصلة.

قد يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية أيضًا بتقييم إدارة المواد الخطرة، وإدارة النفايات، وتدابير السلامة أو الأمن.

كيف تستعد؟

التأكد من توفر المفاتيح وأدوات الاتصال وجهات الاتصال، حتى يتمكن مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية من الوصول إلى جميع مرافق المستشفى بسهولة.

من سيشارك؟

العاملون المسؤولون عن سلامة البيئة والمنشأة مثل منسق إدارة السلامة، ومنسق إدارة الأمن، ومدير المنشأة، ومدير أنظمة مرافق المباني، وممثل تكنولوجيا المعلومات (IT)، والشخص المسؤول عن إدارة الطوارئ.

مقابلة القيادات

لماذا سيحدث ذلك؟

ليتعرف المراجع على هيكل وعمليات حوكمة وإدارة المستشفى.

ماذا سيحدث؟

- يتناول مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الأمور التالية:
- هيكل وتكوين الهيئة الحاكمة.
- أداء ومشاركة وإشراك الهيئة الحاكمة في الإشراف والتشغيل.
- تصور الهيئة الحاكمة لدورها في المستشفى وتنفيذه.
- فهم أعضاء الهيئة الحاكمة لمناهج وأساليب تحسين الأداء.
- معايير قيادة الهيئة ذات الصلة بالهيئة الحاكمة، والتوجيه، والقيادة في المستشفى بما في ذلك الثقافة التنظيمية.
- قد يستكشف المراجعون، من خلال أمثلة خاصة بالمستشفى، التزام القيادة بتحسين الجودة والسلامة، وخلق ثقافة السلامة، وتحسين العمليات القوي، والملاحظات التي قد تشير إلى مخاوف على مستوى النظام.

كيف تستعد؟

- قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع قادة المستشفى. وقد تتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة.
- هيكل مستشفى الصحة النفسية.

- الخطة الاستراتيجية لمستشفى الصحة النفسية.
- الإطار الأخلاقي لمستشفى الصحة النفسية.
- محاضر اجتماعات الهيئة الحاكمة لآخر 12 شهرًا.
- جولات السلامة التي يقوم بها القادة.
- تقييم ثقافة السلامة.
- مبادرات الرعاية المتمركزة حول المريض، واللوائح الداخلية والقواعد واللوائح للطاقم الطبي.
- محاضر اجتماعات اللجنة التنفيذية الطبية.

من سيشترك؟

يشمل المشاركون المطلوبون على الأقل ما يلي: مدير المستشفى، وممثل الهيئة الحاكمة، والقادة المسؤولون الإكلينيكيون، وقائد إدارة الموارد البشرية، ومنسق تحسين الأداء.

مراجعة الإشراف المالي

لماذا سيحدث ذلك؟

ليتعرف المراجع على هيكل وعمليات الإشراف المالي بالمستشفى.

ماذا سيحدث؟

يتناول مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية الموضوعات المتعلقة بالإشراف المالي مثل الملاحظات المسجلة خلال الجولات الميدانية والتتبع، وعملية إعداد الفواتير، وأداء الجهات المتعاقد معها، وتوافر العاملين والإمدادات والمعدات.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع ممثلي الإشراف المالي.

وقد تتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- قائمة بجميع الخدمات المتعاقد عليها.
- اتفاقية مع معمل الإحالة والأشعة والخدمات الأخرى.
- بيانات مراقبة المكالمة.
- تقارير الملاحظات من جهات الدفع.
- مشاريع خفض التكاليف.
- جداول التدقيق المالي ومحاوره والنتائج الرئيسية.

من سيشترك؟

يشمل المشاركون المطلوبون على الأقل ما يلي:

- مدير المستشفى.
- قائد مسؤول المشتريات.
- القائد المسؤول الإكلينيكي.
- قائد مسؤولي المالية.

مراجعة السجل الطبي للمريض

لماذا سيحدث ذلك؟

إن مراجعة الملفات، في حد ذاتها، ليست المحور الأساسي لهذه الجلسة؛ ومع ذلك، يتحقق المراجع من المعلومات المتعلقة بالعملية من خلال التسجيل في السجلات الطبية للمرضى. ويحدد المراجع مرضى معينين يرغب في مراجعة ملفاتهم.

ماذا سيحدث؟

- قد يضمن مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية مراجعة عينة عشوائية من السجل الطبي للمريض.
- يجب مراجعة عينة من كل من الحالات المفتوحة والمغلقة. ويجب أن تتضمن مراجعة السجلات عينة عشوائية من كل من الحالات النشطة والحالات التي خرجت.
- تمثل العينة المختارة مقطعاً عرضياً للحالات التي يتم إجراؤها في المستشفى.
- الحد الأدنى لعدد سجلات ملفات الحالات المطلوب اختيارها من قبل المراجع للمراجعة لا يزيد عن 5 (خمس) سجلات في المجموع.
- إذا لوحظت نتائج أثناء مراجعة الملف، فقد يطلب فريق المراجعة عينات ملفات إضافية لإثبات النتائج المسجلة من العينة الأولية.
- خلال عملية المراجعة، إذا لوحظ عدد كبير من النتائج، فقد يوثق فريق المراجعة ما إذا كانت النتائج تشكل مستوى من عدم الامتثال.
- يجب تسجيل العدد الإجمالي للسجلات خلال فترة الستة أشهر للحالة في نموذج المراجعة.

كيف تستعد؟

- يُطلب من مستشفى الصحة النفسية إعداد سجل أو أي سجل آخر للحالات المغلقة لفترة الستة أشهر السابقة، وسيختار المراجع عينة من السجلات الطبية لمراجعتها.

من سيشارك؟

ممثلو الفرق الطبية والتمريضية وفرق الرعاية الصحية الأخرى بمستشفى الصحة النفسية بالإضافة إلى ممثلي إدارة المعلومات.

مراجعة إدارة الدواء

لماذا سيحدث ذلك؟

ليتعرف مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على تخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج إدارة الدواء، وتحديد المسؤول عن تنفيذه اليومي، وتقييم نتائجه، وفهم العمليات التي يستخدمها مستشفى الصحة النفسية للحد من الأخطاء الدوائية.

ماذا سيحدث؟

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم أنظمة إدارة الدواء بالمستشفى عن طريق إجراء تتبع للأنظمة. وتشمل المناقشات في هذه الجلسة التفاعلية مع العاملين ما يلي:

- تدفق العمليات، بما في ذلك تحديد وإدارة نقاط الخطر، وتكامل الأنشطة الرئيسية، والتواصل بين العاملين/الوحدات المشاركة في العملية مع التركيز على إدارة الأدوية عالية الخطورة، والأدوية المتشابهة في الشكل والنطق، والأخطاء الدوائية.
- نقاط القوة في العمليات والإجراءات الممكن اتخاذها في المجالات التي تحتاج إلى تحسين؛ مع التركيز بشكل خاص على عملية الإبلاغ عن الأخطاء، وأعطال النظام، والأحداث الوشيكة، أو التجاوز، وجمع البيانات، وتحليلها، وتقييم الأنظمة، ومبادرات تحسين الأداء.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع العاملين الذين يشرفون على برنامج إدارة الدواء. ويمكن قضاء الوقت في مكان استلام الدواء أو تخزينه أو صرفه أو تحضيره أو إعطائه. وقد تتم مراجعة سياسات إدارة الدواء خلال هذه الجلسة.

من سيشارك؟

يشمل المشاركون المقترحوين الموظفين الإكلينكيين وموظفي الدعم المسؤولين عن عمليات إدارة الدواء.

مراجعة برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى

لماذا سيحدث ذلك؟

ليتعرف مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على تخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج مكافحة ومنع انتشار العدوى، وتحديد المسؤول عن تنفيذه اليومي، وتقييم نتائجه، وفهم العمليات التي يستخدمها مستشفى الصحة النفسية للحد من العدوى.

ماذا سيحدث؟

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بتقييم أنظمة مكافحة ومنع انتشار العدوى بالمستشفى عن طريق إجراء تتبع للأنظمة. وتشمل المناقشات في هذه الجلسة التفاعلية مع العاملين ما يلي:

تدفع العمليات، بما في ذلك تحديد وإدارة نقاط الخطر، وتكامل الأنشطة الرئيسية، والتواصل بين العاملين/الوحدات المشاركة في العملية؛ وكيفية تحديد الأفراد المصابين بالعدوى، وعملية الاختبار والتأكيد المخبرية، إن وجدت، وأنشطة

توجيه وتدريب العاملين، ونشاط الترصد الحالي والسابق - ونقاط القوة في العمليات والإجراءات المحتملة التي يجب اتخاذها في المجالات التي تحتاج إلى تحسين؛ وتحليل بيانات مكافحة العدوى، والإبلاغ عن بيانات مكافحة العدوى، وأنشطة الوقاية والمكافحة (على سبيل المثال، تدريب العاملين، وتطعيمات العاملين والمتطلبات الصحية الأخرى ذات الصلة، وإجراءات التدبير المنزلي، ونظافة الأيدي على مستوى المنظمة، وصحة الغذاء، وتخزين وتنظيف وتطهير وتعقيم و/أو التخلص من الإمدادات والمعدات)، وتعرض العاملين، والتغييرات في المرافق المادية التي يمكن أن تؤثر على مكافحة العدوى والإجراءات المتخذة نتيجة للترصد ونتائج تلك الإجراءات.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع العاملين الذين يشرفون على عملية مكافحة ومنع انتشار العدوى. ثم يتم قضاء الوقت في مكان تقديم الرعاية. وقد تتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- سياسات مكافحة ومنع انتشار العدوى.
- سجلات التعليم والتدريب على مكافحة العدوى.
- بيانات تدابير مكافحة العدوى.

من سيشارك؟

يشمل المشاركون المقترحون منسق مكافحة العدوى؛ ومتخصصي الرعاية الصحية من فريق مكافحة العدوى؛ ومتخصصي الرعاية الصحية من المعمل؛ وعاملي إدارة السلامة؛ وقيادة المنظمة؛ والعاملين المشاركين في التقديم المباشر للرعاية أو العلاج أو الخدمات.

مراجعة برنامج الجودة

لماذا سيحدث ذلك؟

ليتعرف مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية على تخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج إدارة الجودة، وتحديد المسؤول عن تنفيذه اليومي، وتقييم نتائجه، وفهم العمليات التي يستخدمها المستشفى للحد من المخاطر.

ماذا سيحدث؟

تشمل المناقشات في هذه الجلسة التفاعلية مع العاملين ما يلي:

- تدفق العمليات، بما في ذلك تحديد وإدارة نقاط الخطر، وتكامل الأنشطة الرئيسية، والتواصل بين العاملين/الوحدات المشاركة في العملية؛ - نقاط القوة في العمليات والإجراءات المحتملة التي يجب اتخاذها في المجالات التي تحتاج إلى تحسين؛ واستخدام البيانات.
- الأمور التي تتطلب مزيداً من البحث في أنشطة المراجعة الأخرى.
- تقييم أساسي للامتثال للمعايير.

كيف تستعد؟

قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى منطقة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع العاملين الذين يشرفون على برنامج إدارة الجودة. ويمكن قضاء الوقت في مكان تنفيذ التحسين. وقد تتم مراجعة الوثائق التالية خلال هذه الجلسة:

- برنامج إدارة الجودة.
- مشاريع تحسين الأداء.
- مقاييس إدارة الأداء.
- سجلات وتقارير إدارة المخاطر.

من سشارك؟

يشمل العاملون المقترحون عاملي إدارة الجودة، ومتخصصي الرعاية الصحية المشاركين في جمع البيانات وتجميعها وتفسيرها، وفرق تحسين الأداء.

إعداد التقرير

لماذا سيحدث ذلك؟

لتوفير فرصة لتوضيح وتوحيد أي نتائج.

ماذا سيحدث؟

يستخدم المراجعون هذه الجلسة لتجميع وتحليل وتنظيم البيانات التي تم جمعها أثناء المراجعة في تقرير يعكس امتثال المستشفى للمعايير.

وقد يطلب المراجعون أيضاً من ممثلي المنشأة معلومات إضافية خلال هذه الجلسة.

كيف تستعد؟

- قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى غرفة تحتوي على طاولة مؤتمرات، ومقابس طاقة، وهاتف، وتغطية إنترنت.

من سشارك؟

مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فقط.

التقرير التنفيذي

لماذا سيحدث ذلك؟

لإتاحة الفرصة لإيجاز أهم نتائج المراجعة والمساعدة في تحديد أولويات أنشطة ما بعد الاعتماد.

ماذا سيحدث؟

يقوم مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية بمراجعة نتائج المراجعة مع القائد الأعلى ومناقشة أي مخاوف بشأن التقرير .

كيف تستعد؟

- قد يحتاج مراجعو الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية إلى منطقة خاصة هادئة لإجراء مناقشة تفاعلية موجزة مع القيادات العليا.

من سيشارك؟

تكون المشاركة متاحة لمعظم كبار القادة وغيرهم حسب التقدير .

اللقاء الختامي

لماذا سيحدث ذلك؟

لشكر فريق المستشفى على المشاركة ومشاركة النتائج الهامة في رحلة الاعتماد.

ماذا سيحدث؟

سيقوم المراجعون بمراجعة ملخص نتائج المراجعة شفهيًا إذا رغبت القيادات العليا في ذلك، ومراجعة أمور الامتثال للمعايير التي تم تحديدها.

كيف تستعد؟

- قد يدعو كبار القادة المتاحون بالمستشفى العاملين للحضور، ويلزم توفير منطقة يمكنها استيعاب الموظفين الحاضرين.

من سيشارك؟

يشمل المشاركون المقترحون القيادات العليا المتاحة بالمستشفى (أو من ينوب عنهم)، والعاملين على النحو الذي يحدده القائد الأعلى أو من ينوب عنه.

مسرد المصطلحات

الإيذاء: إساءة معاملة متعمدة قد تسبب إصابة جسدية أو نفسية.

الحدث الدوائي الضار (ADE): هو إصابة ناتجة عن تدخل دوائي متعلق بدواء ما.

التفاعل الدوائي الضار (ADR): استجابة لدواء تكون ضارة وغير مقصودة، وتحدث عند الجرعات المستخدمة عادة في الإنسان للوقاية من الأمراض أو تشخيصها أو علاجها، أو لتعديل الوظائف الفسيولوجية.

الأثر الضار: حدث طبي مرتبط زمنياً باستخدام منتج طبي، ولكن ليس بالضرورة مرتبطاً به سببياً.

محمول جواً (منقول بالهواء): هي جسيمات بحجم ≥ 5 ميكرون تظل معلقة في الهواء وتنتقل لمسافات طويلة.

المطهرات: هي مواد تقلل أو توقف نمو الكائنات الحية الدقيقة التي قد تكون ضارة على الجلد والأغشية المخاطية. أو هي مواد مضادة للميكروبات يتم تطبيقها على الجلد لتقليل عدد النبيت الميكروبي.

التعيين: عملية مراجعة مؤهلات المتقدم الأولية لتقرير ما إذا كان المتقدم مؤهلاً لتقديم خدمات رعاية المرضى التي يحتاجها مرضى المستشفى والتي يمكن للمستشفى دعمها بالعاملين المؤهلين والقدرات الفنية.

التقنية المعقمة: هي طريقة مصممة لتقليل خطر التلوث الميكروبي في موقع ضعيف بالجسم. وقد تشمل إجراءات مثل تغيير الضمادات على الجروح أو إجراء عملية تداخلية مثل إدخال قسطرة بولية أو تحضير محلول وريدي.

أفضل تاريخ دوائي ممكن: يتم إنشاء قائمة كاملة ودقيقة بجميع الأدوية التي يتناولها المريض باستخدام مصدرين للمعلومات على الأقل، بما في ذلك مقابلة مع العميل و/أو الأسرة.

تاريخ انتهاء الاستخدام: التاريخ أو الوقت الذي لا يجوز بعده تخزين أو نقل أو استخدام مستحضر معقم مركب (CSP) أو مستحضر غير معقم مركب (CNSP)، ويتم حسابه من تاريخ أو وقت التركيب.

مقدم الرعاية: شخص يقدم الرعاية الشخصية والدعم والمساعدة لفرد آخر يحتاجها بسبب إعاقة أو حالة طبية (بما في ذلك مرض عضال أو مزمن) أو مرض عقلي، أو لأنه ضعيف أو مسن. لا يعتبر الفرد مقدم رعاية لمجرد كونه زوجاً أو شريكاً بحكم الأمر الواقع أو أباً أو طفلاً أو قريباً آخر أو وصياً على فرد، أو يعيش مع فرد يحتاج إلى رعاية.

الشهادة: الإجراء والعمل الذي تقوم بموجبه منظمة معتمدة بتقييم واعتماد أن شخصاً أو مؤسسة أو برنامجاً يفي بالمتطلبات.

التقييد الكيميائي: يحدث عندما يتم إعطاء دواء بشكل أساسي للسيطرة على سلوك الشخص.

التنظيف: هو عملية إزالة المواد الغريبة (مثل الأتربة والمواد العضوية والكائنات الحية الدقيقة) من جسم ما.

المسار الإكلينيكي: نظام علاجي منفق عليه يتضمن جميع عناصر الرعاية.

الإرشادات الإكلينيكية: بيانات تساعد متخصصي الرعاية الصحية النفسية والمرضى على اختيار الرعاية الصحية المناسبة لحالات إكلينيكية محددة. يتم توجيه متخصصي الرعاية الصحية خلال جميع خطوات الاستشارة (الأسئلة التي يجب طرحها، والعلامات الجسدية التي يجب البحث عنها، وتقييم الموقف، والرعاية التي يجب وصفها).

مرض معد: هو مرض قادر على الانتشار من شخص لآخر من خلال مجموعة متنوعة من الطرق، بما في ذلك ملامسة الدم وسوائل الجسم، والتنفس، إلخ.

الكفاءة أو الأهلية: تحديد لمعرفة ومهارات وسلوكيات العاملين في الوظيفة لتلبية التوقعات المحددة. المعرفة هي فهم الحقائق والإجراءات. المهارة هي القدرة على أداء أفعال وسلوكيات محددة، مثل القدرة على العمل في فرق، والتي تعتبر في كثير من الأحيان جزءًا من الكفاءة.

التلوث: وجود مادة أو كائن حي غير مرغوب فيه، مثل عامل معدي، أو بكتيريا، أو طفيلي، أو ملوث آخر، يتم إدخاله إلى بيئة أو سطح أو شيء أو مادة، مثل الماء أو الطعام أو المستلزمات الطبية المعقمة.

المنسوجات والملابس الملوثة: تعرفها إدارة السلامة والصحة المهنية (OSHA) بأنها "الملابس التي تلوثت بالدم أو المواد الأخرى التي يحتمل أن تكون معدية أو قد تحتوي على أدوات حادة".

الاستمرارية: الدرجة التي يتم بها تنسيق رعاية الأفراد أو علاجهم أو خدماتهم بين متخصصي الرعاية الصحية، وبين المنظمات، وبمرور الوقت.

الاعتماد: عملية الحصول على مؤهلات الطبيب والتحقق منها وتقييمها والتصديق عليها. تحدد العملية ما إذا كان يمكن لعضو الطاقم تقديم خدمات رعاية المرضى في أو لصالح منظمة رعاية صحية. تسمى عملية التحقق الدوري من مؤهلات الطبيب إعادة الاعتماد.

وثائق الاعتماد: دليل على الكفاءة، والترخيص الحالي وذو الصلة، والتعليم، والتدريب، والخبرة. وقد تضيف منظمة الرعاية الصحية معايير أخرى محددة.

النتائج والقيم الحرجة: أي قيمة/نتيجة أو تفسير قد يؤدي التأخير في الإبلاغ عنه إلى نتيجة ضارة خطيرة للمريض.

ملخص الخروج: قسم من السجل الطبي للمريض يلخص أسباب دخول المستشفى، والنتائج الهامة، والإجراءات التي تم إجراؤها، والعلاج المقدم، وحالة المريض عند الخروج، وأي تعليمات محددة يتم إعطاؤها للمريض أو الأسرة.

المطهرات: هي مواد يتم تطبيقها على سطح الأشياء غير الحية من أجل تدمير الكائنات الحية الدقيقة ولكن ليس بالضرورة الجراثيم البكتيرية.

التطهير: هو عملية تقليل عدد الكائنات الحية الدقيقة الممرضة، ولكن ليس بالضرورة الجراثيم البكتيرية، إلى مستوى لم يعد ضارًا بالصحة. وقد يكون تطهيرًا عالي المستوى أو متوسط المستوى أو منخفض المستوى اعتمادًا على مستوى الخطر المحتمل.

الصرف: تحضير وتعبئة وتوزيع دورة علاجية للمريض على أساس وصفة طبية.

لجنة الصيدلة والعلاجات (DTC): اللجنة التي تقيم الاستخدام الإكلينيكي للأدوية، وسياسات إدارة استخدام الأدوية وإعطائها، وتدير نظام قائمة الأدوية المعتمدة (دستور الأدوية).

دستور الأدوية (Drug Formulary): دليل يحتوي على ملخص موجه إكلينيكيًا للمعلومات الدوائية حول عدد محدد من الأدوية. وقد يتضمن الدليل أيضًا معلومات إدارية وتنظيمية حول وصف الأدوية وصرفها.

استدعاء الدواء (Drug Recall): إجراء يتم اتخاذه في أي وقت لاستدعاء أو سحب منتج دوائي معيب أو ضار من السوق عند اكتشاف مخالفته للقوانين واللوائح. ويشمل ذلك الأدوية منتهية الصلاحية، أو القديمة، أو التالفة، أو المصروفة ولكن لم يتم استخدامها، و/أو الملوثة.

نظام استدعاء الدواء (Drug Recall System): نظام محدد ينبه الأفراد المعنيين عندما تقوم شركة/شركة مصنعة باستدعاء منتج دوائي بسبب عيب في التصنيع، أو تلوث، أو اكتشاف مخالفته للقوانين واللوائح.

الطوارئ (Emergency): حدث غير متوقع أو مفاجئ يعطل بشكل كبير قدرة المنظمة على تقديم الرعاية أو العلاج أو الخدمات أو بيئة الرعاية نفسها أو يؤدي إلى تغيير مفاجئ أو زيادة كبيرة في الطلب على خدمات المنظمة. يمكن أن تكون حالات الطوارئ من صنع الإنسان أو طبيعية (مثل فشل النظام الكهربائي أو إعصار)، أو مزيجًا من الاثنين معًا، وتوجد على سلسلة متصلة من الشدة.

طوارئ مهددة للحياة (Emergency, life-threatening): حالة (على سبيل المثال، توقف القلب، توقف التنفس) قد يحتاج فيها الفرد إلى إنعاش أو دعم آخر للحفاظ على حياته.

عدوى وبائية (Epidemic infection): مستوى عدوى أعلى من المتوقع بعامل شائع في مجموعة سكانية محددة خلال فترة محددة.

مخاطر بيئة العمل (Ergonomic hazards): هي مواقف في مكان العمل تسبب إجهادًا للجسم ويمكن أن تسبب إصابة.

الممارسات القائمة على الأدلة (Evidence-based practices): دمج أفضل الأدلة البحثية مع خبرة الممارسين والموارد الأخرى، ومع خصائص واحتياجات وقيم وتفضيلات السكان الذين يتم خدمتهم، لاتخاذ قرارات حول كيفية تعزيز الصحة أو تقديم الرعاية أو العلاج أو الخدمات.

الدواء منتهي الصلاحية (Expired medication): هو الدواء الذي تجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور على العبوة الأصلية من الشركة المصنعة.

تحليل نمط وتأثيرات الإخفاق (FMEA): نهج منهجي لفحص تصميم بشكل استباقي بحثاً عن الطرق الممكنة التي قد يحدث بها الإخفاق. ثم يتم تحديد أولويات الطرق التي قد يحدث بها الإخفاق لمساعدة المنظمات على إنشاء تحسينات في التصميم تحقق أكبر فائدة. تفترض هذه الأداة أنه بغض النظر عن مدى معرفة الأشخاص أو حرصهم، فإن الأخطاء ستقع في بعض المواقف وقد يكون من المحتمل حدوثها.

الوصي (Guardian): أحد الوالدين، أو الوصي، أو القيم، أو لجنة، أو فرد آخر أو وكالة مخولة بموجب القانون للتصرف نيابة عن المريض أو الفرد الذي يتم خدمته أو أن يكون مسؤولاً عنه.

الهيئة الحاكمة (Governing body): الفرد (الأفراد) أو المجموعة التي لديها السلطة والمسؤولية النهائية لوضع السياسة، والحفاظ على جودة الرعاية، وتوفير إدارة وتنظيم وتخطيط المنظمة.

نظافة الأيدي (Hand hygiene): مصطلح عام ينطبق على غسل اليدين، أو غسل اليدين المطهر، أو فرك اليدين المطهر، أو تطهير اليدين الجراحي.

تسليم وتسلم الرعاية (Handover): نقل المسؤولية عن المريض ورعاية المريض الذي يحدث في بيئة الرعاية الصحية. على سبيل المثال، في المستشفى من متخصص رعاية صحية إلى آخر، ومن مستوى رعاية إلى مستوى آخر، ومن وحدة مرضى داخليين إلى وحدة تشخيصية أو علاجية أخرى، ومن العاملين إلى المرضى/الأسر عند الخروج.

خطة المواد والنفايات الخطرة (Hazardous materials and waste plan): لدى مستشفى الصحة النفسية وثيقة مكتوبة تصف العملية التي ستنفذها لإدارة المواد والنفايات الخطرة من المصدر إلى التخلص منها. تصف الخطة الأنشطة التي يختارها وينفذها المستشفى لتقييم ومراقبة المخاطر المهنية والبيئية للمواد والنفايات (أي شيء يمكن أن يسبب ضرراً أو إصابة أو اعتلالاً صحياً أو تلفاً) التي تتطلب معالجة خاصة. تشمل المواد الخطرة المواد المشعة أو الكيميائية. تشمل النفايات الخطرة النفايات البيولوجية التي يمكن أن تنقل الأمراض (على سبيل المثال، الدم والأنسجة)، والمواد المشعة، والمواد الكيميائية السامة، والنفايات المعدية، مثل الإبر المستخدمة والضماجات المستخدمة.

رئيس القسم (Head of the department): الموظف الذي يدير ويشرف على المجموعات الفرعية للمنظمة، والتي يشار إليها عادة باسم الأقسام أو الخدمات أو الوحدات أو الأجنحة.

المعلومات الصحية (Health information): أي معلومات، شفوية أو مسجلة، في أي شكل أو وسيط، يتم إنشاؤها من قبل مقدم رعاية صحية، أو خطة صحية، أو سلطة صحية عامة، أو صاحب عمل، أو شركة تأمين على الحياة، أو مدرسة أو جامعة، أو مركز مقاصد للرعاية الصحية تتعلق بالصحة أو الحالة البدنية أو العقلية الماضية أو الحالية أو المستقبلية؛ أو توفير الرعاية الصحية؛ أو الدفع مقابل توفير الرعاية الصحية للفرد.

متخصص الرعاية الصحية (Healthcare professional): هو أي شخص يعمل في مستشفى، سواء كان طبيباً أو ممرضاً أو فنياً أو عامل نظافة أو إدارياً، إلخ.

مرشح (HEPA filter): يُعرف مرشح الهواء الجسيم عالي الكفاءة بأنه مرشح بكفاءة 99.97% في إزالة الجسيمات بحجم 0.3 ميكرون أو أكثر، مما يجعله مناسباً للوقاية من مسببات الأمراض المنقولة بالهواء.

الأدوية عالية الخطورة (High alert medication): الأدوية التي تنطوي على مخاطر متزايدة لإحداث ضرر كبير للمريض عند استخدامها عن طريق الخطأ.

العلاج بجرعات عالية من مضادات الذهان (High Dose Antipsychotic Therapy): جرعة يومية إجمالية من مضاد ذهان واحد تتجاوز الحد الأعلى المنصوص عليه في BNF أو ملخص خصائص المنتج (SPC) أو جرعة يومية إجمالية من مضاد ذهان أو أكثر تتجاوز ملخص خصائص المنتج أو الحد الأقصى لـ BNF باستخدام طريقة النسبة المئوية.

مدير المستشفى (Hospital director): تدرج وظيفة مدير المستشفى تحت المهنة الأوسع التي تخطط أو توجه أو تنسق الخدمات الطبية والصحية في المستشفيات أو العيادات أو منظمات الرعاية المدارة أو وكالات الصحة العامة أو المنظمات المماثلة.

العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (HAI) (Healthcare-associated infections): أي عدوى يكتسبها المريض أثناء تلقي الرعاية أو الخدمات في منظمة رعاية صحية. تشمل العدوى الشائعة المرتبطة بالرعاية الصحية التهابات المسالك البولية، والتهابات الجروح الجراحية، والالتهاب الرئوي، والتهابات مجرى الدم.

النظافة الصحية (Hygiene): الممارسة التي تخدم الحفاظ على نظافة الأشخاص والبيئات والوقاية من العدوى.

التحصين (Immunization): هي العملية التي يتم من خلالها جعل الشخص محصناً أو مقاوماً لمرض معدٍ، عادةً عن طريق إعطاء لقاح (تحصين نشط) أو مصل يحتوي على الأجسام المضادة المرغوبة (تحصين سلبي). تحفز اللقاحات جهاز المناعة لحماية الشخص من العدوى أو المرض اللاحق.

برنامج مكافحة العدوى (Infection control program): نظام منظم للخدمات مصمم لتلبية احتياجات المستشفى فيما يتعلق بالترصد والوقاية من العدوى ومكافحتها، مما يؤثر على المرضى والعاملين والأطباء و/أو الزوار.

العدوى (Infection): انتقال كائن حي دقيق ممرض.

متعدد التخصصات (Interdisciplinary): نهج للرعاية أو العلاج أو الخدمات يضم تخصصين أو مهنتين أو أكثر (على سبيل المثال، الخدمة الاجتماعية، التمريض، الدعم الروحي، علم النفس، الطب النفسي، العلاج بالموسيقى أو الفن) يتعاونون لتخطيط أو علاج أو تقديم الرعاية أو العلاج أو الخدمات لفرد يتم خدمته و/أو عائلة ذلك الشخص.

الجرد (Inventory): قائمة مكتوبة بجميع الأشياء أو القدرات أو الأصول أو الموارد في مكان معين.

الدواء البحثي (Investigational drug): مادة كيميائية أو بيولوجية تم اختبارها في المختبر والموافقة على اختبارها على الأشخاص خلال التجارب السريرية.

العلاج الإلزامي (Compulsory treatment): يمنع المرض بعض الأشخاص من إدراك حاجتهم للمساعدة، وقد يكونون في خطر على أنفسهم أو على الآخرين، وقد يحتاجون إلى تقييم لتلقي العلاج دون موافقتهم.

لجنة مكافحة ومنع انتشار العدوى (IPC committee): تتألف لجنة مكافحة العدوى بشكل عام من أعضاء من مجموعة متنوعة من التخصصات داخل منشأة الرعاية الصحية؛ وتجمع أفراداً من ذوي الخبرة في مجالات مختلفة من الرعاية الصحية.

التوصيف الوظيفي (Job description): بيانات أو توجيهات تحدد القرارات والإجراءات المطلوبة. وعادةً ما يتم فرض عقوبات، قانونية أو غير ذلك، عند عدم اتباع القوانين واللوائح.

ثقافة العدالة (Just Culture): هي نظام يحاسب نفسه، ويحاسب العاملين، وبه عاملون يحاسبون أنفسهم. في الثقافة العادلة، تكون المسؤولية المشتركة هي القاعدة، والالتزام بالقضاء على إمكانية الخطأ هو السائد.

القوانين واللوائح (Laws and regulations): بيانات أو توجيهات تحدد القرارات والإجراءات المطلوبة. وعادةً ما يتم فرض عقوبات، قانونية أو غير ذلك، عند عدم اتباع القوانين واللوائح.

القائد (Leader): شخص يضع التوقعات ويخطط وينفذ الإجراءات لتقييم وتحسين جودة حوكمة مستشفى الصحة النفسية وإدارته ووظائفه وعملياته الإكلينيكية والداعمة.

سهولة القراءة (Legibility): إمكانية القراءة أو فك الرموز. أن تكون الكتابة واضحة بحيث لا يمكن إساءة تفسير أي حرف أو رقم. وتكون مقروءة عندما يتمكن أي فرد من قراءة الوثائق المكتوبة بخط اليد أو الأمر الطبي.

الترخيص (Licensure): حق قانوني تمنحه وكالة حكومية امتثالاً لقانون يحكم مهنة (مثل الطب أو التمريض أو الطب النفسي أو علم النفس أو الاستشارات الإكلينيكية أو الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية) أو تشغيل نشاط في منشأة رعاية صحية (على سبيل المثال، منشأة تمريض متخصصة، مركز علاج سكني، مستشفى).

الأدوية المتشابهة في الشكل والنطق (Look-alike Sound-Alike medications): هي الأدوية المتشابهة بصرياً في المظهر أو التغليف وأسماء الأدوية التي بها تشابه إملائي و/أو صوتي.

اللوائح الداخلية للطاقم الطبي (Medical staff bylaws): اللوائح و/أو القواعد التي يتبناها الطاقم الطبي والهيئة الحاكمة للمستشفى للحوكمة، وتحديد حقوق والتزامات مختلف المسؤولين أو الأشخاص أو المجموعات داخل هيكل الطاقم الطبي.

الطاقم الطبي (Medical staff): الأطباء المرخصون وأطباء الأسنان المرخصون.

الدواء (Medication): أي أدوية موصوفة بما في ذلك الأدوية المخدرة؛ والعلاجات العشبية؛ والفيتامينات؛ والمغذيات الدوائية؛ والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية؛ واللقاحات؛ والعوامل البيولوجية والتشخيصية والمظلة المستخدمة على الأشخاص أو التي يتم إعطاؤها لهم لتشخيص أو علاج أو منع الأمراض أو الحالات غير الطبيعية الأخرى؛ والأدوية المشعة؛ وعلاجات الجهاز التنفسي؛ والتغذية الوريدية؛ ومنتجات الدم؛ والمنتجات المحتوية على أدوية، والمحاليل الوريدية التي تحتوي على إلكتروليتات و/أو أدوية. لا يشمل تعريف الدواء محاليل التغذية المعوية (التي تعتبر منتجات غذائية)، والأكسجين، والغازات الطبية الأخرى ما لم يُنص على ذلك صراحة.

الخطأ الدوائي (Medication error): أي حدث يمكن الوقاية منه قد يسبب استخدامًا غير مناسب للدواء أو يعرض سلامة المريض للخطر. ومن الأمثلة على ذلك: المريض الخطأ، أو الدواء، أو الجرعة، أو الوقت، أو طريقة الإعطاء؛ أو الطلب أو الصرف أو النسخ غير الصحيح؛ أو العلاجات الفائتة أو المتأخرة. يمكن أن يشارك في الخطأ أي متخصص/تخصص/موظف يتعامل مع الأدوية.

إدارة الدواء (Medication Management): تُعرف إدارة الدواء بأنها رعاية تتمحور حول المريض لتحقيق الاستخدام الأمثل والأمن والفعال والمناسب للعلاج الدوائي. يتم تقديم الرعاية من خلال التعاون مع المرضى وفرق الرعاية الصحية الخاصة بهم.

التوافق الدوائي (Medication reconciliation): عملية رسمية ثبت أنها تحسن استمرارية إدارة الأدوية.

التاريخ الطبي (Medical history): سجل يتكون من سرد للصحة البدنية للفرد، يتم الحصول عليه كلما أمكن ذلك من الفرد، ويتضمن على الأقل المعلومات التالية: الشكاوى الرئيسية، وتفاصيل المرض الحالي أو احتياجات الرعاية، والتاريخ السابق ذي الصلة، وجرّد ذو صلة حسب أجهزة الجسم.

فريق متعدد التخصصات (Multidisciplinary team): مجموعة من العاملين تتألف من ممثلين من مجموعة من المهن أو التخصصات أو مجالات الخدمة.

كمامة (N95 respirator): هو جهاز حماية تنفسي مصمم لتحقيق ملاءمة وثيقة جدًا للوجه وترشيح فعال جدًا للجسيمات المحمولة جواً. ويعني تصنيف "N95" أنه عند إخضاعه لاختبار دقيق، فإن جهاز التنفس يمنع ما لا يقل عن 95 بالمائة من الجسيمات الاختبارية الصغيرة جدًا (0.3 ميكرون).

الحدث الوشيك (Near miss): هو حدث غير مخطط له لم يؤد إلى إصابة أو مرض أو ضرر - ولكن كان لديه القدرة على ذلك.

الإشعاع غير المؤين (Non-ionizing radiation): هو أي نوع من الإشعاع في الطيف الكهرومغناطيسي لا يملك طاقة كافية لإزالة إلكترونات من ذرة وتحويله إلى أيون، لذلك يمكن للإشعاع غير المؤين أن يولد حرارة.

طلب الدواء (Ordering): توجيهات مكتوبة يقدمها ممارس واصل لدواء معين يتم إعطاؤه لفرد. وقد يعطي الممارس الواصل أيضًا أمرًا دوائيًا شفهيًا لشخص مرخص مثل صيدلي أو ممرضة.

تفشي المرض (Outbreak): زيادة عن المستوى المتوقع (المعتاد) لمرض ما داخل منطقة جغرافية؛ ومع ذلك، قد تشكل حالة واحدة من مرض غير عادي تفشيًا.

الدواء المتقادم (Outdated medication): هو دواء مفتوح وعادة ما يكون آمنًا وفعالًا للاستخدام لفترة قصيرة من الوقت بعد الفتح (العمر التخزيني).

طب الأطفال (Pediatric): رضيع أكبر من شهر واحد إلى الأطفال والمراهقين حتى سن الشباب.

معدات الوقاية الشخصية (Personal protective equipment): هي معدات يتم ارتداؤها لتقليل التعرض للمخاطر التي تسبب إصابات و/أو أمراض خطيرة في مكان العمل.

مقاييس الأداء (Performance measures): هي مقاييس قابلة للقياس الكمي تستخدم لتقييم نجاح موظفي مستشفى الصحة النفسية، إلخ.

خطة الرعاية (Plan of care): خطة تحدد احتياجات رعاية المريض، وتسرّد استراتيجيات تلبية تلك الاحتياجات، وتسجل أهداف وغايات العلاج، وتحدد معايير إنهاء التدخلات، وتسجل تقدم المريض في تحقيق الأهداف والغايات المحددة. وتستند إلى البيانات التي تم جمعها أثناء تقييم المريض.

الخطة (Plan): طريقة مفصلة، تتم صياغتها مسبقاً تحدد الاحتياجات وتسرد استراتيجيات تلبية تلك الاحتياجات، وتضع الأهداف والغايات. وقد يتضمن شكل الخطة سرداً أو سياسات أو إجراءات أو بروتوكولات أو إرشادات للممارسة أو مسارات إكلينيكية أو خرائط رعاية أو مزيجاً من هذه.

السياسة (Policy): هي إرشادات تستخدم لتحديد الاتجاه في المستشفى.

إرشادات الممارسة (Practice guidelines): أدوات تصف العمليات التي وجدتها التجارب السريرية أو رأي الخبراء المتفق عليه أنها الأكثر فاعلية في تقييم و/أو علاج مريض يعاني من عرض أو حالة أو تشخيص معين، أو تصف إجراءً محدداً. وتشمل المرادفات محددات الممارسة، والبروتوكول، ونمط الممارسة المفضل، والإرشادات. انظر أيضاً، الإرشادات القائمة على الأدلة (العلمية) وإرشادات الممارسة الإكلينيكية.

الممارس (Practitioner): أخصائي رعاية صحية مرخص ومصرح له داخل المؤسسة بوصف أو صرف أو إعطاء الأدوية، مثل الطبيب أو مساعد الطبيب أو ممرضة التخدير المعتمدة أو مساعد طبيب التخدير المعتمد أو ممرضة ممارسة أو ممرضة (بما في ذلك ممرضة جواله، ممرضة أدوات)، أو صيدلي، أو معالج تنفسي.

وصف الدواء (Prescribing): تقديم المشورة والإذن باستخدام دواء أو علاج لشخص ما، خاصة في الكتابة.

المسؤول عن وصف الدواء (Prescriber): ممارس مصرح له بموجب القانون وسياسة المنظمة بطلب الأدوية للأفراد الذين يتم خدمتهم.

منح الامتيازات (Privileging): العملية التي يتم من خلالها التصريح بنطاق ومحتوى محدد لخدمات رعاية المرضى (الامتيازات الإكلينيكية) لمتخصصي الرعاية الصحية من قبل المنظمة، بناءً على تقييم مؤهلات وأداء الطبيب.

عند اللزوم (PRN): اختصار لاتيني (Pro re nata) يستخدم بشكل متكرر للدلالة على "كلما دعت الضرورة" أو "حسب الحاجة".

المعالجة (Processing): جميع العمليات التي يتم إجراؤها لجعل جهاز ملوث قابل لإعادة الاستخدام أو للاستخدام مرة واحدة (يمكن التخلص منه) جاهزاً مرة أخرى للاستخدام مع المريض. وقد تشمل الخطوات التنظيف والتطهير/التعقيم.

ويجب على الشركة المصنعة للأجهزة القابلة لإعادة الاستخدام والأجهزة ذات الاستخدام الواحد التي يتم تسويقها على أنها غير معقمة تقديم تعليمات إعادة معالجة معتمدة في الملصقات.

الشراء (Procurement): عملية الحصول على الإمدادات، بما في ذلك تلك التي يتم الحصول عليها عن طريق الشراء والتبرع والتصنيع. وتشمل الجهود المبذولة لتحديد المتطلبات كميًا، واختيار طرق الشراء المناسبة، والتأهيل المسبق للموردين والمنتجات. كما أنها تنطوي على إدارة المناقصات، ووضع شروط العقد، وضمان جودة الدواء، والحصول على أفضل الأسعار، وضمان الالتزام بشروط العقد.

المشروع (Project): مجموعة مخططة من المهام المترابطة التي سيتم تنفيذها خلال فترة زمنية محددة وفي حدود تكاليف معينة وقيود أخرى.

البروتوكول (Protocol): خطة علاج علمية مفصلة لاستخدام علاج جديد.

العلاج النفسي (Psychotherapy): (يُسمى أحيانًا "العلاج بالكلام") هو مصطلح لمجموعة متنوعة من تقنيات العلاج التي تهدف إلى مساعدة الشخص على تحديد وتغيير المشاعر والأفكار والسلوكيات المزعجة.

الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية (Psychotropic medication): أي دواء يؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويوصف بقصد التأثير على العمليات النفسية مثل الإدراك أو الحالة العقلية أو السلوك. وتشمل أمثلة فئات الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية مضادات الذهان، ومضادات الاكتئاب، ومضادات القلق، والمنومات، والمهدئات.

لجنة أخلاقيات البحث (REC) (The research ethics committee): تراجع مقترحات البحث وتعطي رأيًا حول ما إذا كان البحث أخلاقيًا.

التعافي (Recovery): في سياق الرعاية الصحية النفسية، يوصف بأنه عملية شخصية عميقة وفريدة لتغيير مواقف الفرد وقيمه ومشاعره وأهدافه ومهاراته و/أو أدواره. وهو طريقة لعيش حياة مُرضية ومفعمة بالأمل والمساهمة. ويشمل التعافي تطوير معنى وهدف جديدين في حياة المرء مع نموه متجاوزًا الآثار الكارثية للإعاقة النفسية.

الإحالة (Referral): إرسال مريض من طبيب إكلينيكي إلى طبيب إكلينيكي آخر أو متخصص أو من بيئة أو خدمة إلى أخرى أو إلى مورد آخر.

نظافة الجهاز التنفسي (Respiratory hygiene): تتألف من تدابير الوقاية من العدوى المصممة للحد من انتقال مسببات الأمراض التنفسية التي تنتشر عن طريق الرذاذ أو المسارات المحمولة جواً.

التقييد (Restraint): تقييد حرية حركة الفرد بوسائل جسدية أو ميكانيكية.

تقييم المخاطر (Risk assessment): تحديد وتقييم وتقدير مستويات المخاطر التي تنطوي عليها حالة ما، ومقارنتها بالمعايير المرجعية أو المعايير، وتحديد مستوى مقبول من المخاطر.

تحليل السبب الجذري (Root cause analysis): عملية لتحديد العامل (العوامل) الأساسي أو المسبب الذي يكمن وراء التباين في الأداء، بما في ذلك حدوث أو احتمال حدوث حدث جسيم.

الحقن الآمن (Safe injection): ممارسة تهدف إلى منع إصابات وخز الإبر والتلوث المحتمل الآخر أثناء إدخال المحقنة في المريض؛ وبالتالي منع انتقال الأمراض المعدية المنقولة بالدم من مريض لآخر أو بين المريض وأخصائي الرعاية الصحية.

الصرف الصحي (Sanitation): حالة تتعلق بالصحة العامة، وتشير بشكل خاص إلى توفير مياه شرب نظيفة والتخلص الكافي من مياه الصرف الصحي.

النطاق (الرعاية أو الخدمات) (Scope (care or services): نطاق ونوع الخدمات التي يقدمها المستشفى وأي شروط أو قيود على تغطية الخدمة.

العزل (Seclusion): حجز المريض تحت الإشراف في غرفة قد تكون مغلقة. والهدف الوحيد منه هو احتواء السلوك المضطرب الشديد الذي من المحتمل أن يسبب ضرراً للآخرين.

الحدث الجسيم (Sentinel event): حدث يتعلق بسلامة المريض (لا يتعلق بشكل أساسي بالمسار الطبي لمريض أو حالة كامنة للفرد الذي يتم خدمته) يصل إلى الفرد الذي يتم خدمته وينتج عنه الوفاة أو ضرر دائم أو ضرر مؤقت شديد. الأحداث الجسيمة هي فئة فرعية من الأحداث الضارة.

الأثر الجانبي (Side effect): هو التأثير الدوائي لدواء ما، وعادة ما يكون ضاراً، بخلاف التأثير (التأثيرات) الذي يوصف من أجله الدواء.

جهاز يستخدم مرة واحدة (Single-use device): يشار إليه أيضًا باسم جهاز يمكن التخلص منه، وهو مخصص للاستخدام على مريض واحد أثناء إجراء واحد. وليس من المفترض إعادة معالجته (تنظيفه وتطهيره أو تعقيمه) واستخدامه على مريض آخر. يؤدي استخدام الأدوات التي يمكن التخلص منها إلى تحسين سلامة المرضى عن طريق القضاء على خطر انتقال التلوث من مريض إلى آخر لأن الأداة يتم التخلص منها ولا تستخدم على مريض آخر (وفقاً لإدارة الغذاء والدواء).

تصنيف سبولدينج (Spaulding classification): طريقة لتصنيف الأدوات الطبية المختلفة بناءً على استخدام الجهاز وملامسة الجسم إلى ثلاث فئات، حرجة وشبه حرجة وغير حرجة، يملئها خطر العدوى المتضمن في استخدامها.

الأوامر الدائمة (Standing orders): هي وصفات طبية موحدة للممرضات لتنفيذها لأي مريض في ظروف محددة بوضوح دون الحاجة إلى إخطار مقدم الخدمة أولاً.

التعقيم (Sterilization): هو استخدام إجراء فيزيائي أو كيميائي لتدمير جميع أشكال الحياة الميكروبية، بما في ذلك الأبواغ البكتيرية شديدة المقاومة.

المخزون (Stock): كمية من شيء متراكم، كما هو الحال للاستخدام المستقبلي، يتم الاحتفاظ بها بانتظام، كما هو الحال للاستخدام أو البيع؛ أساسي؛ قياسي.

اضطراب تعاطي المواد (Substance use disorder) (SUD): حالة معقدة يوجد فيها استخدام غير منضبط لمادة ما على الرغم من العواقب الضارة.

الترصد (Surveillance): طريقة منهجية ومستمرة لجمع البيانات وعرضها وتحليلها، يتبعها نشر تلك المعلومات لأولئك الذين يمكنهم تحسين النتائج.

الازدواجية العلاجية (Therapeutic duplication): استخدام شخص واحد لدواءين، عادة دون داع، من نفس الفئة العلاجية في نفس الوقت.

دقة التوقيت (Timeliness): الفترة الزمنية بين وقوع حدث وتوافر البيانات حول هذا الحدث. ترتبط دقة التوقيت باستخدام البيانات.

الوقت المستقطع (Time-out): عملية رسمية للتواصل الفعال بين جميع أعضاء الفريق المشاركين في إجراء طبي و/أو جراحي، يتم خلالها، مباشرة قبل الإجراء، توقف جميع أعضاء الفريق لمراجعة قائمة تحقق موحدة لتأكيد الجوانب الرئيسية للإجراء، مثل التحقق من المريض، والإجراء الذي يتم إجراؤه، وجانب الإجراء، والأدوية التي سيتم إعطاؤها، وخطة مراقبة وإنقاذ المريض.

النسخ (Transcribing): النسخ المشروع لمعلومات الوصفة الطبية من مصدر إلى آخر دون أي تعديلات أو إضافات.

منهجية التتبع (Tracer methodology): عملية يستخدمها المراجعون أثناء المراجعة في الموقع لتحليل أنظمة أو عمليات المنظمة لتقديم رعاية أو علاج أو خدمات آمنة وعالية الجودة عن طريق تتبع فرد يتم خدمته من خلال رعاية المنظمة أو علاجها أو خدماتها بالتسلسل الذي يمر به كل فرد. واعتمادًا على البيئة، قد تتطلب هذه العملية من المراجعين زيارة برامج وخدمات متعددة داخل منظمة أو داخل برنامج أو خدمة واحدة "لتتبع" الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة.

الاحتياطات المبنية على طرق الانتقال (Transmission-based precautions): تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها للحماية من التعرض لمسبب مرضي مشتبه به أو محدد. وهذه الاحتياطات محددة وتستند إلى طريقة انتقال مسبب المرض. وتشمل الفئات التلامس، والرذاذ، والهواء، ومزيج من ذلك.

الاستخدام (Utilization): الاستخدام، أو أنماط الاستخدام، أو معدلات استخدام خدمات رعاية صحية محددة. يحدث الاستخدام المفرط عندما يتم تقديم خدمة رعاية صحية في ظروف يتجاوز فيها ضررها المحتمل الفوائد الممكنة. ويحدث نقص الاستخدام عند عدم استخدام خدمة رعاية صحية ضرورية كان من الممكن أن تسفر عن نتيجة إيجابية للمريض. ويحدث سوء الاستخدام عندما يتم اختيار خدمة مناسبة، ولكن تحدث مضاعفة يمكن الوقاية منها. وتعكس جميعها مشكلة في جودة الرعاية الصحية. ويمكن أن تزيد من خطر الوفاة وتقلل من جودة الحياة.

التباين (Variation): الاختلافات في النتائج التي يتم الحصول عليها عند قياس نفس الحدث أكثر من مرة. ويمكن تجميع مصادر التباين في فئتين رئيسيتين: الأسباب الشائعة والأسباب الخاصة. وغالبًا ما يؤدي التباين المفرط إلى الهدر والخسارة، مثل حدوث نتائج صحية غير مرغوب فيها للمرضى وزيادة تكلفة الخدمات الصحية.

العنف (Violence): مجموعة من السلوكيات أو الأفعال التي يمكن أن تؤدي إلى إلحاق الأذى أو الأذى أو الإصابة بشخص آخر، بغض النظر عما إذا كان العنف أو العدوان قد تم التعبير عنه جسديًا أو لفظيًا، أو لحق به ضرر جسدي، أو كانت النية واضحة.

الشباب (Youth): شخص في سن معينة أو أكبر لم يبلغ سن الرشد، أو على النحو المحدد في القانون واللوائح.

المراجعة (Survey): مكون رئيسي في عملية الاعتماد يقوم بموجبه مراجع (مراجعون) بإجراء تقييم في الموقع لامثال المنظمة لمتطلبات اعتماد الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

المراجع

الإطار الأخلاقي المصري

- (1) إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام، 1990.
- (2) إعلان القاهرة لصحة المرأة.
- (3) مدونة السلوك وأخلاقيات الخدمة المدنية، 2019.
- (4) لائحة آداب المهنة الطبية المصرية رقم 238 لسنة 2003.
- (5) ميثاق أخلاقيات مهنة التمريض المصري (إصدارات نقابة التمريض).
- (6) الدستور المصري.
- (7) لائحة آداب مهنة الصيدلة.
- (8) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 1948.

القوانين واللوائح المصرية

- (9) قانون تنظيم الإعلان عن الخدمات الصحية رقم 206 لسنة 2017.
- (10) الدليل الشامل للاعتماد في الرعاية الصحية السلوكية (CAMBHC)، 2018.
- (11) قانون حماية الطفل المصري رقم 126 لسنة 2008.
- (12) قانون حماية المستهلك المصري رقم 181 لسنة 2018.
- (13) قانون العقوبات المصري رقم 58 لسنة 1937.
- (14) القانون المصري لرعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- (15) معايير المحاسبة المصرية رقم 609 لسنة 2016.
- (16) قانون إنشاء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء رقم 2915 لسنة 1964.
- (17) قانون تنظيم المنشآت الطبية رقم 51 لسنة 1981 والمعدل بالقانون رقم 153 لسنة 2004.
- (18) قانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009.
- (19) قانون المنظمات النقابية العمالية وحماية حق التنظيم النقابي رقم 213 لسنة 2017.
- (20) قانون تنظيم إدارة المخلفات رقم 202 لسنة 2020.
- (21) قرار وزير الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات رقم 109 لسنة 2005 بشأن التوقيع الإلكتروني.
- (22) قرار وزير المالية رقم 270 لسنة 2009 بشأن قائمة المحفوظات الحكومية.
- (23) قرار وزير المالية رقم 18 لسنة 2019 بشأن المدفوعات غير النقدية.
- (24) قرار وزارة الصحة رقم 402 لسنة 2015 بشأن معايير تصميم المنشآت الصحية.
- (25) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 254 لسنة 2001 بشأن متطلبات ملخص الخروج.
- (26) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 187 لسنة 2001 بشأن لوائح التقارير الطبية.
- (27) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 90 لسنة 1999 بشأن ممارسة الخبراء الأجانب للمهنة.
- (28) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 236 لسنة 2004 بشأن متطلبات خدمة التخدير.

- (29) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 153 لسنة 2004 بشأن الحد الأدنى لمتطلبات خدمات التخدير.
- (30) القرار الوزاري لوزارة الصحة رقم 62 لسنة 2004 بشأن ترقية متخصصي الرعاية الصحية.
- (31) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 523 لسنة 2015 بشأن إعادة استخدام الأجهزة والأدوات ذات الاستخدام الواحد.
- (32) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 172 لسنة 2011 بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمستحضرات الصيدلانية المؤثرة على الحالة النفسية.
- (33) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 475 لسنة 2019 بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمستحضرات الصيدلانية المؤثرة على الحالة النفسية.
- (34) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 116 لسنة 2017.
- (35) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 368 لسنة 2012 بشأن إنشاء مركز اليقظة الدوائية.
- (36) قرار وزارة الصحة والسكان رقم 187 لسنة 2004 بشأن العاملين في مكافحة العدوى.
- (37) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 25 لسنة 2002 بشأن المسؤولية الطبية ووقف مزاوله مهنة الطب.
- (38) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 458 لسنة 2007 بشأن المياه الصالحة للشرب.
- (39) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 665 لسنة 2018 بشأن ترقية الأطباء.
- (40) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 368 لسنة 2012.
- (41) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 391 لسنة 2012.
- (42) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 496 لسنة 2012.
- (43) القرار الوزاري لوزارة الصحة والسكان رقم 186 لسنة 2001 بشأن حق المريض في معرفة التكلفة المتوقعة للرعاية.
- (44) قانون المخدرات رقم 182 لسنة 1960.
- (45) قانون التعداد والإحصاء القومي رقم 35 لسنة 1960.
- (46) قانون العمل القومي رقم 12 لسنة 2007.
- (47) القانون الوطني للبيئة رقم 4 لسنة 1994 والمعدل بالقانون رقم 9 لسنة 2004.
- (48) القانون الوطني للبيئة رقم 4 لسنة 1994 والمعدل بالقانون رقم 9 لسنة 2004.
- (49) القانون الوطني للمعامل رقم 367 لسنة 1954.
- (50) قانون مهنة العلاج الطبيعي رقم 3 لسنة 1985.
- (51) قانون مزاوله مهنة الطب رقم 415 لسنة 1954.
- (52) القرار الجمهوري رقم 151 لسنة 2019 بشأن هيئة الدواء المصرية.
- (53) القرار الجمهوري رقم 14 لسنة 2014 بشأن تقييم الأداء.
- (54) القرار الجمهوري رقم 3185 لسنة 2016.
- (55) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 1063 لسنة 2014 بشأن إدارة الحالات الطارئة.
- (56) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 777 لسنة 2020 بشأن اللائحة التنفيذية لهيئة الدواء المصرية.
- (57) قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 722 لسنة 2022 بشأن تنظيم إدارة المخلفات.
- (58) قانون تنظيم مزاوله مهنة الأشعة الطبية رقم 59 لسنة 1960.
- (59) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 55 لسنة 2021.
- (60) اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي رقم 128 لسنة 2010.

- (61) قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 10 لسنة 2018.
- (62) قانون البحث العلمي رقم 214 لسنة 2020.
- (63) معايير ترخيص منشآت الصحة النفسية الصادرة عن المجلس القومي للصحة النفسية.
- (64) قرار هيئة الدواء المصرية رقم 340 لسنة 2021 بشأن إعادة تنظيم تداول المواد والمستحضرات الصيدلانية المؤثرة على الحالة النفسية.
- (65) قرار هيئة الدواء المصرية رقم 271 لسنة 2021 بشأن تنظيم متطلبات تخزين الأدوية للمؤسسات الصيدلانية.
- (66) قرار وزير المالية بشأن قانون تنظيم التعاقدات التي تبرمها الجهات العامة الصادر بالقانون رقم 182 لسنة 2018 ولائحته التنفيذية.
- (67) قانون مزاوله مهنة الصيدلة رقم 127 لسنة 1955.
- (68) قانون التأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018.

الإرشادات والأكواد والمراجع المصرية

- (69) رؤية مصر 2030، وزارة التخطيط.
- (70) متطلبات الدفاع المدني المصري.
- (71) الطوارئ: البروتوكول الموحد لأقسام الطوارئ، قطاع الرعاية العلاجية والعاجلة بوزارة الصحة والسكان المصرية.
- (72) السلامة البيئية: الدليل الإرشادي المصري لنظام البقطة للأجهزة الطبية /2013.
- (73) السلامة البيئية: الاستراتيجية الوطنية في إدارة الكوارث.
- (74) الإرشادات المصرية لسلامة الغذاء.
- (75) مكافحة العدوى: الإرشادات القومية لمكافحة العدوى، آخر تحديث.
- (76) التفتيش: متطلبات التفتيش وفقًا لقانون ولوائح وزارة الصحة والسكان.
- (77) المختبر: دليل معامل الدرن، وزارة الصحة المصرية، 2015.
- (78) الإرشادات الخاصة بالتعامل مع ضحايا الإيذاء الاجتماعي – وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2014.
- (79) دليل الجودة والسلامة بوزارة الصحة، 2019.
- (80) التمريض: إصدارات نقابة التمريض – الإرشادات التمريضية.
- (81) الصيدلة: دور ونطاق الصيدلية المركزية.
- (82) الجودة: دليل مؤشرات أداء المستشفيات الصادر عن هيئة التأمين الصحي، 2013.
- (83) الأشعة: البرنامج المصري السويسري للأشعة، وزارة الصحة والسكان.
- (84) لائحة المعاهد التعليمية رقم 1002 لسنة 1975.
- (85) البحث العلمي: إرشادات لجنة أخلاقيات البحث بوزارة الصحة والسكان، 2013.
- (86) الخدمات الاجتماعية: قياس الجودة لأخصائي الخدمات الاجتماعية في منظمات الرعاية الصحية.
- (87) الخدمات الاجتماعية: دور الخدمات الاجتماعية في مكافحة الأمراض المعدية.

- (88) الخدمات الاجتماعية: نطاق ممارسة الخدمات الاجتماعية كما هو معتمد من وزارة الصحة والسكان.
- (89) الكود المصري لتصميم المنشآت الصحية.
- (90) الكود المصري للبناء الخاص بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- (91) الإرشادات المصرية لمعايير إدارة الدواء، الطبعة الأولى (2018).
- (92) نظام تقييم الهرم الأخضر (GPRS).
- (93) إصدارات المجلس القومي للمرأة بشأن المساواة بين الجنسين.

المراجع الدولية

- (94) وكالة أبحاث وجودة الرعاية الصحية.
- (95) الجمعية الأمريكية للطب النفسي.
- (96) معايير الجمعية الأمريكية لصيادلة النظام الصحي (ASHP) لعام 2019.
- (97) قوائم مراجعة علم الأمراض التشريحي وعلم الأحياء الدقيقة، برنامج اعتماد كلية علماء الأمراض الأمريكية (CAP)، 2014.
- (98) معايير الرعاية للجمعية الأمريكية لطب الإدمان: للطبيب المتخصص في علاج الإدمان، 2014.
- (99) اللجنة الأسترالية للسلامة والجودة في الرعاية الصحية، 2000.
- (100) مدونة الأخلاقيات، الجمعية الأسترالية للمعالجين بالتتويم الإيحائي الإكلينيكي.
- (101) المعايير الأساسية لوحدة الرعاية المركزة 2013.
- (102) معايير خدمة اعتماد العلاج بالصدمات الكهربائية (ECTAS) لإدارة العلاج بالصدمات الكهربائية. الطبعة الرابعة عشرة المنقحة: يناير 2019.
- (103) العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT)، مايو كلينك.
- (104) خدمة العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT)، قسم الطب النفسي والعلوم السلوكية، جونز هوبكنز.
- (105) المبادئ الأخلاقية لعلماء النفس ومدونة السلوك 1992.
- (106) كوفيد-19 العالمي، مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC).
- (107) دليل إرشادي في السلامة البيئية - الجزء السادس.
- (108) إرشادات إدارة العلاج بالصدمات الكهربائية. ولاية كوينزلاند (صحة كوينزلاند)، سبتمبر 2018.
- (109) إرشادات تقديم خدمات العناية المركزة (GPICS) أكتوبر 2018. هذا مشروع مشترك بين كلية طب العناية المركزة (FICM) وجمعية العناية المركزة (ICS).
- (110) قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) لعام 1996.
- (111) أساسيات فيروس نقص المناعة البشرية، مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC).
- (112) تحسين سلامة المرضى والعاملين، اللجنة المشتركة الدولية.
- (113) معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP): قائمة الاختصارات والرموز وتعيينات الجرعات المعرضة للخطأ.

- 114) معهد الممارسات الدوائية الآمنة (ISMP). أدوات وموارد سلامة الدواء. تم الوصول إليه في 6 ديسمبر 2017. <https://www.ismp.org/tools>
- 115) المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات 2020/2017، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.
- 116) المواصفة القياسية الدولية أيزو 15189، 2012.
- 117) إعلان جدة بشأن سلامة المرضى، 2019.
- 118) دليل معايير اعتماد المستشفيات الصادر عن اللجنة المشتركة الدولية، الطبعة السابعة.
- 119) جائزة التميز الحكومي المصرية المستندة إلى النموذج الأوروبي لإدارة الجودة www.Egea.gov.eg.
- 120) هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS)، الأدوية - جرعات عالية من مضادات الذهان، 2019.
- 121) المعهد الوطني للصحة النفسية.
- 122) معايير الخدمة الصحية الوطنية للسلامة والجودة، الطبعة الثانية، 2021.
- 123) معايير الخدمة الصحية الوطنية للسلامة والجودة، الطبعة الثانية - 2021.
- 124) معهد بيكر: 8 مبادئ للرعاية المتمركزة حول المريض.
- 125) تعزيز التميز: معايير التعليم والتدريب الطبي، المجلس الطبي العام 2016.
- 126) بروتوكول مركز علاج العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT) داخل الرعاية الصحية، 2019.
- 127) البدء الآمن وإدارة التهوية الميكانيكية، ورقة بيضاء من الجمعية الأمريكية للرعاية التنفسية (AARC) وشبكة الرعاية التنفسية لاتحاد النظم الصحية الجامعية (UHC).
- 128) معايير خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين، الطبعة الثالثة، 2019. الكلية الملكية للأطباء النفسيين.
- 129) المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة، 2015.
- 130) وزارة العمل الأمريكية: إدارة السلامة والصحة المهنية. (2016) أدوات المستشفيات الإلكترونية: وحدات العناية المركزة.
- 131) وزارة العمل الأمريكية: إدارة السلامة والصحة المهنية (2019) سلامة العاملين في المستشفيات: رعاية مقدمي الرعاية لدينا.
- 132) خطة عمل منظمة الصحة العالمية الشاملة للصحة النفسية 2013-2030.
- 133) المعدات الطبية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية، 2011.
- 134) شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في حالات الطوارئ التابعة لمنظمة الصحة العالمية، 2018.
- 135) اللحظات الخمس لنظافة الأيدي لمنظمة الصحة العالمية.
- 136) اللحظات الخمس لسلامة الدواء لمنظمة الصحة العالمية، 2019.
- 137) الممارسة التشخيصية الإكلينيكية الجيدة لمنظمة الصحة العالمية، 2005.
- 138) إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن نظافة الأيدي في الرعاية الصحية، 2009.

- (139) دليل الوقاية من حرائق المستشفيات والإخلاء الصادر عن منظمة الصحة العالمية، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، 2018.
- (140) اللوائح الصحية الدولية لمنظمة الصحة العالمية، 2005.
- (141) نظام إدارة الجودة للمختبرات لمنظمة الصحة العالمية، 2011.
- (142) دليل السلامة البيولوجية للمختبرات لمنظمة الصحة العالمية، 2007.
- (143) قائمة منظمة الصحة العالمية للاختبارات التشخيصية المخبرية الأساسية، 2018.
- (144) سلامة الدواء في حالة تعدد الأدوية لمنظمة الصحة العالمية، 2019.
- (145) سلامة الدواء في مرحلة انتقال الرعاية لمنظمة الصحة العالمية، 2019.
- (146) دواء بلا ضرر لمنظمة الصحة العالمية، 2017.
- (147) دليل تقييم سلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية، 2011.
- (148) معايير منظمة الصحة العالمية والإرشادات التشغيلية للمراجعة الأخلاقية للبحوث المتعلقة بالصحة مع المشاركين من البشر.
- (149) معايير منظمة الصحة العالمية والإرشادات التشغيلية للمراجعة الأخلاقية للبحوث المتعلقة بالصحة مع المشاركين من البشر، 2011.
- (150) قائمة منظمة الصحة العالمية لسلامة الجراحة.
- (151) لوائح صحة وسلامة العاملين بمنظمة الصحة العالمية.
- (152) دليل العمل الصحي الحكيم لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية.