

# دليل تقييم سلامة المرضى

الطبعة الثالثة



دليل تقييم  
سلامة المرضى  
الطبعة الثالثة

## بيانات الفهرسة أثناء النشر

الأسماء: منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
العنوان: دليل تقييم سلامة المرضى / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - ط 3  
الوصف: القاهرة | منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط | 2022  
المحددات: ISBN 978-92-9274-227-0 | (متاح على شبكة الإنترنت) ISBN 978-92-9274-228-7  
المواضيع: سلامة المرضى - معايير | إدارة رعاية المرضى - معايير | العلاقات بين المستشفى والمرضى | آليات  
تقييم الرعاية الصحية | جودة الرعاية الصحية - معايير  
التصنيف: تصنيف المكتبة الطبية القومية WX 185  
صدر هذا المنشور في الأصل بالرقم الدولي الموحد: 978-92-9021-136-5, 978-92-9021-137-2

## © منظمة الصحة العالمية 2022

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية" 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذ أن تحصلوا على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي ((Creative Commons licence أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية".

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

الاقتباس المقترح. دليل تقييم سلامة المرضى. الطبعة الثالثة. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2022. الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders> ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.



## المحتويات

|     |                                                                        |
|-----|------------------------------------------------------------------------|
| 5   | تصدير                                                                  |
| 6   | تمهيد الطبعة الثالثة                                                   |
| 7   | مسرد المصطلحات                                                         |
| 9   | مقدمة                                                                  |
| 9   | نظرة عامة                                                              |
| 10  | تقييم المستشفيات المراعية لسلامة المرضى                                |
| 10  | دور منظمة الصحة العالمية في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى |
| 10  | هيكل الدليل وتنظيمه                                                    |
| 12  | القسم 1. نظرة عامة على إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى      |
| 12  | المستشفى                                                               |
| 12  | تفسير المقاييس                                                         |
| 14  | مقياس التصنيف                                                          |
| 14  | المسح                                                                  |
| 15  | المساحون                                                               |
| 15  | تقييم مستوى الإنجاز والحفاظ عليه                                       |
| 16  | التوسع على المستوى الوطني                                              |
| 26  | القسم 2. مقاييس إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى             |
| 26  | المجال (أ): القيادة والإدارة                                           |
| 58  | المجال (ب): إشراك المرضى والعامّة                                      |
| 88  | المجال (ج): الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيّنات                |
| 122 | المجال (د): البيئة الآمنة                                              |
| 142 | المجال (هـ): التعلم مدى الحياة                                         |
| 147 | القسم 3. أدوات إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى              |
| 147 | أ- موجز عن المستشفى                                                    |
| 148 | ب- قائمة بالوثائق                                                      |
| 148 | 1. المجال (أ): القيادة والإدارة                                        |
| 150 | 2. المجال (ب): إشراك المرضى والعامّة                                   |
| 151 | 3. المجال (ج): الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيّنات             |
| 153 | 4. المجال (د): البيئة الآمنة                                           |
| 153 | 5. المجال (هـ): التعلم مدى الحياة                                      |
| 154 | ج- إرشادات الملاحظة                                                    |
| 154 | 1. أمور عامة                                                           |
| 155 | 2. التسهيلات البيئية ومناطق المرضى الداخليين                           |

|     |                                                       |
|-----|-------------------------------------------------------|
| 155 | 3. السلامة من الحرائق                                 |
| 156 | 4. المختبرات                                          |
| 156 | 5. الأشعة                                             |
| 156 | 6. غرف العمليات ووحدات التعقيم المركزية               |
| 157 | 7. الصيدلية                                           |
| 157 | 8. السجلات الطبية                                     |
| 159 | د- المقابلات وجدول الأعمال الميداني                   |
| 159 | جدول أعمال المسح المقترح                              |
| 162 | الأسئلة الرئيسية للمقابلات                            |
| 162 | مقابلة مع كبير القادة المعني بسلامة المرضى            |
| 162 | مقابلة مع إدارة المستشفى                              |
| 162 | مقابلة مع المسؤول المعني بسلامة المرضى                |
| 164 | مقابلة مع المسؤول المعني بالوقاية من العدوى ومكافحتها |
| 165 | مقابلة مع المرضى                                      |
| 165 | مقابلة مع مدير بنك الدم                               |
| 166 | مقابلة مع مسؤول الصحة المهنية والسلامة البيئية        |
| 166 | مقابلة مع المدير السريري / الطاقم الطبي               |
| 167 | مقابلة مع مدير التمريض                                |
| 168 | مقابلة مع مسؤول التطوير المهني                        |
| 168 | مقابلة مع مسؤول إدارة النفايات                        |
| 169 | نموذج التقرير                                         |

## تصدير

تُمثّل سلامة المرضى مبدأً من المبادئ الأساسية للجودة الموضحة في برنامج الصحة العالمي. كما أنها مطلب أساسي لإنشاء نُظم رعاية صحية قادرة على الصمود يمكنها تلبية احتياجات الناس، من خلال وضع أسس لخدمات الرعاية الصحية الجيدة. وسلّطت جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعون الضوء على سلامة المرضى في القرار ج ص ع6-72 بشأن العمل العالمي بشأن سلامة المرضى الصادر في أيار/مايو 2019، الذي أقر تخصيص يوم عالمي لسلامة المرضى، للاحتفال به سنوياً على مستوى العالم في 17 أيلول/سبتمبر.

وقد يتعرض المرضى لخطر الإصابة بالضرر إذا تلقوا رعاية غير مسندة بالبيّنات، التي قد يتم الحصول عليها متأخراً، وتتسم بعدم الكفاءة، والإجحاف، وضعف الجودة، وتتسبب في عبء مالي عليهم وعلى أسرهم. ومن غير المقبول أن تظل خدمات الرعاية الصحية غير المأمونة تؤدي إلى وقوع 134 مليون حدث ضار سنوياً في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وأن تتسبب في نحو 2.6 مليون وفاة. وفي إقليم شرق المتوسط، تظهر البيّنات أن ما يصل إلى 18% من حالات الإدخال إلى المستشفيات ترتبط بأحداث ضارة، وأنه يمكن الوقاية من 80% منها. وعلينا أن ندرك أن الرعاية غير المأمونة لا تسبب الضرر على مستوى المرضى فحسب، بل تستنزف الموارد، وتحدّ من ثقة السكان في النظام الصحي، وتعوق التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية.

لذا تعطي منظمة الصحة العالمية الأولوية لسلامة المرضى باعتبارها سبيلاً لتحسين جودة الرعاية الصحية ومأمونيتها بوجه عام في الإقليم. وأُطلق أحد التدخلات الرئيسية، ألا وهو مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، في عام 2011 مع نشر الإصدار الأول من دليل تقييم سلامة المرضى. ومع التنقيحات والتحديثات اللاحقة، تطورت هذه المبادرة التي تقودها المنظمة إلى "إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى"، لتعزيز ممارسات سلامة المرضى في مرافق الرعاية الصحية باعتبارها عنصراً أساسياً من عناصر الخدمات المُقدّمة. ويقدم إطار العمل مجموعة شاملة من المقاييس وإطاراً تستطيع من خلاله المستشفيات تقديم رعاية أكثر مأمونية للمرضى. ويُقيّم إطار العمل أداء المستشفيات من منظور سلامة المرضى، ويبني قدرات العاملين في مجال سلامة المرضى، ويشرك المرضى والمجتمعات المحلية بفعالية في تحسين مأمونية الرعاية الصحية.

وسلامة المرضى دورة مستمرة من الدروس المستفادة يومياً، ويجب أن نتحلّى بالمرونة وأن نُكيّف أُطر التنفيذ لمواجهة التحديات الجديدة. ومنذ أن بدأنا في إعداد هذه الطبعة في أوائل عام 2019، تسببت جائحة كوفيد-19 في تغيير كبير في طريقة تقديم خدمات الرعاية الصحية. ورغم أن إطار العمل يغطي جميع العناصر الرئيسية المطلوبة، فمن الأهمية بمكان تعزيز هذه المقاييس لتشمل التدبير العلاجي لمرض كوفيد-19 وما يمثله من جوانح. ولذلك، سيُنشر ملحق بالدليل بحلول أوائل عام 2021 يتماشى تماماً مع إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، مع التركيز على تأهب مرافق الرعاية الصحية لإدارة الجوائح.

وينبغي اعتماد مقاييس سلامة المرضى وإضفاء الطابع المؤسسي عليها في جميع نُظم الرعاية الصحية في جميع بلدان الإقليم. وتحقيقاً لهذه الغاية، أمل أن توفر هذه الطبعة الثالثة من دليل تقييم سلامة المرضى، إلى جانب الملحق المعني بكوفيد-19، مورداً قيماً لوزارات الصحة والمؤسسات الأكاديمية والهيئات المهنية في بناء قدراتها التقنية.

الدكتور أحمد بن سالم المنظري

مدير منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

## تمهيد الطبعة الثالثة

نُشرت الطبعة الأولى من دليل تقييم سلامة المرضى في عام 2011، ونُقحت في عام 2015 ونُشرت الطبعة الثانية في عام 2016. ويتألف الدليل من مجموعة من المقاييس التي تغطي المجالات المختلفة لسلامة المرضى. وتُجمع المعلومات عن هذه المقاييس باستمرار وتعكس الممارسات الحالية للرعاية الصحية والتدخلات المسندة بالبيّنات والقائمة على أفضل الممارسات. وتُنقّح المعايير المقابلة كل ثلاث إلى أربع سنوات.

وفي هذه الطبعة الثالثة، يبلغ العدد الإجمالي لمعايير التقييم 134 معياراً مقابل 139 معياراً في الطبعة الثانية. وقد جُمعت الشروط المماثلة في مقاييس فردية، وعُدلت صياغة بعض المقاييس. كما أضيفت مقاييس أخرى استناداً إلى أهميتها بالنسبة لحصائل المرضى، مع مراعاة اتساقها مع مبادرات منظمة الصحة العالمية الرامية إلى تعزيز سلامة المرضى. وترد تفاصيل المجموعة الكاملة من التعديلات في الجدول 6.

وسوف يُنشر ملحق خاص بمرض كوفيد-19 بحلول أوائل عام 2021، سيتوافق تمامًا مع هذه الطبعة الثالثة من الدليل.

وللمشاركة في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، تُقيّم المستشفيات استناداً إلى جميع المعايير البالغ عددها 134 معياراً؛ وبالنسبة للجهات التي ترغب في التحقق من التأهب لمرض كوفيد-19، يمكن تطبيق المعايير التي سترد في الملحق الخاص بكوفيد-19 أيضاً.

وهذا الدليل هو نتاج العمل التعاوني بين المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط والخبراء الإقليميين.

## مسرد المصطلحات

**المساءلة:** المسؤولية عن الاستجابة للمهام أو الأنشطة، وأحد متطلباتها. ولا يجوز تفويض هذه المسؤولية، وينبغي أن تتسم بالشفافية تجاه جميع أصحاب المصلحة.

**المراجعة:** إجراء فحص واستعراض منهجين ومستقلين لتحديد ما إذا كانت الأنشطة والنتائج الفعلية تمتثل للترتيبات المخطط لها. أفضل الممارسات: نهج ثبت أنه يحقق أفضل النتائج، يتم اختياره من خلال عملية منهجية وتقرر أنه مثالي أو ثبت نجاحه. ثم يتم تكييفه ليتناسب مع مؤسسة محددة.

**حزمة الرعاية:** طريقة منظمة لتحسين عمليات الرعاية وحصائل المرضى: مجموعة صغيرة ومباشرة من الممارسات المسندة بالبيانات. الرئيس التنفيذي: الشخص المعين للعمل، بالنيابة عن مجلس الإدارة، في الإدارة العامة للمؤسسة. ويمكن استخدام مسميات وظيفية أخرى مختلفة، مثل المدير العام أو المدير التنفيذي أو مدير المستشفى أو كبير الإداريين التنفيذيين.

**CLABSI:** عدوى مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة الوريدية المركزية

**الحوكمة السريرية:** إطار عمل تخضع المستشفيات بموجبه للمساءلة عن الرصد والتحسين المستمرين لجودة خدماتها، والحفاظ على مستويات عالية من مقاييس الرعاية، من خلال إيجاد بيئة يزدهر فيها التميز في الرعاية السريرية.

**مدونة قواعد سلوك:** مجموعة موثقة من المبادئ المتفق عليها التي توجه جميع الأطراف فيما يتعلق بالمسؤوليات والتطلعات التي تنص عليها المدونة.

**المجتمع المحلي:** الأفراد والأسر والمجموعات والمؤسسات الذين يقيمون عادة في المنطقة المحلية نفسها.

**الكفاءة:** المعرفة والمهارات والقدرات والسلوكيات والتجارب والخبرات اللازمة لأداء مهام وأنشطة محددة.

**السرية:** حق الأفراد في الحفاظ على المعلومات الخاصة بهم وعدم الإفصاح عنها.

**الحوكمة المؤسسية:** إطار القواعد والممارسات الذي يضمن بموجبه مجلس الإدارة/الرئيس التنفيذي المساءلة والإنصاف والشفافية في علاقة الشركة بأصحاب المصلحة.

**الثقافة:** المواقف والمعتقدات والقيم المشتركة التي تحدد فئة أو فئات من الناس، وتُشكل تصوراتهم وسلوكياتهم وتؤثر عليها.

**نظام مراقبة الوثائق:** نظام مخطط له لمراقبة إصدار الوثائق المهمة وتغييرها واستخدامها داخل المؤسسة، لا سيما السياسات والإجراءات.

**DVT:** الخثار الوريدي العميق

**الأخلاقيات:** مجموعة معترف بها من المبادئ التي تُوجه السلوك المهني والأخلاقي.

**الأهداف:** بيانات عامة تصف الحاصلات التي تسعى إليها المؤسسة، وتوفر التوجيه للقرارات والأنشطة اليومية.

**HAI:** العدوى المكتسبة في المستشفيات

**ICD-10 - ICD-11:** التصنيف الدولي للأمراض، المراجعتان العاشرة والحادية عشرة.

**علم التحسين:** علم التحسين معني بالبحث عن كيفية إدخال التحسينات والتغييرات بأكثر الطرق فعالية. ويتعلق بالدراسة المنهجية للأساليب والعوامل التي تعمل على أفضل وجه لتيسير تحسين الجودة.

**الحوادث:** أحداث غير عادية وغير متوقعة قد تحتوي على عنصر خطر، أو قد يكون لها تأثير سلبي على العملاء أو المجموعات أو العاملين أو المؤسسة.

**المعلومات:** البيانات التي يتم تنظيمها وتفسيرها واستخدامها. وقد تكون المعلومات ورقية أو إلكترونية.

**الموافقة المستنيرة:** المعلومات المعطاة للمريض لضمان شرح جميع المخاطر والفوائد والآثار الجانبية المحتملة، قبل الإجراء الطبي وقبل أي تخدير.

**إدارة المعلومات:** جمع المعلومات وإدارتها وتوزيعها.

**IPC:** الوقاية من العدوى ومكافحتها

**KPIs:** مؤشرات الأداء الرئيسية

**الرسالة:** بيان عام مكتوب يوضح غرض المؤسسة ونطاقها.

**الهدف:** غاية يجب بلوغها إذا أرادت المؤسسة أن تحقق هدفها.

**التوجيه:** العملية التي يتم من خلالها تعريف العاملين بدور جديد وبيئة عمل جديدة.

**خطة العمليات:** خطة تحدد العوامل التشغيلية السنوية لكيفية تنفيذ الخطة الاستراتيجية؛ ويمكن أيضاً أن تسمى الخطة السنوية.



PE: الانصمام الرئوي.

السياسة: بيان تشغيلي مكتوب يضيف الطابع الرسمي على نهج تنفيذ المهام، الذي يتسق مع الأهداف المؤسسية.

كثرة استعمال الأدوية: تُعرّف بأنها الوصف المشترك المزمّن للعديد من الأدوية، وترتبط بمعدل مرتفع من التفاعلات الدوائية الضارة، الناجمة بصورة أساسية عن التفاعلات بين الأدوية (قدرة الدواء على تعديل عمل أو تأثير دواء آخر يتم تناوله على نحو متتابع أو متزامن).

الإجراء: مجموعة مكتوبة من التعليمات توضح الخطوات المعتمدة والموصى بها لعمل معين أو سلسلة من الأعمال.

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

PSFHF: إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى.

خطة تحسين الجودة: خطة توضح مبادرات تحسين الجودة، بما يشمل الإجراءات المقترحة والأطر الزمنية والشخص المسؤول/الأشخاص المسؤولين.

البحوث: المساهمة في مجموعة المعارف الموجودة من خلال الاستقصاء، بهدف اكتشاف الحقائق وتفسيرها.

المخاطر: احتمالية وقوع الخطر أو الخسارة أو الإصابة.

إدارة المخاطر: عملية منهجية لتحديد الإجراءات وتقييمها واتخاذها، للوقاية من المخاطر السريرية والإدارية ومخاطر الممتلكات والصحة والسلامة المهنيين أو إدارتها في المؤسسة.

إطار إدارة المخاطر: مجموعة من المكونات التي توفر الأسس والترتيبات التنظيمية لتصميم إدارة المخاطر وتنفيذها ورصدها واستعراضها وتحسينها باستمرار على مستوى المؤسسة.

SBAR: الوضع، والمعلومات الأساسية، والتقييم، والتوصية؛ وهي تقنية يمكن استخدامها في تسهيل التواصل الفوري والمناسب.

الخطة الاستراتيجية: خطة رسمية تحدد الأهداف العامة للمؤسسة.

المسح: مراجعة الأقران الخارجية التي تقيس أداء المؤسسة في ضوء مجموعة متفق عليها من المقاييس.

المسّاح: القائم بمراجعة الأقران الخارجية للأداء التنظيمي مقابل المقاييس المتفق عليها.

UHC: التغطية الصحية الشاملة

UTI: عدوى المسالك البولية

VAP: الالتهاب الرئوي المرتبط بالتنفس الصناعي

القيم: المبادئ أو المعتقدات أو البيانات الفلسفية التي توجه السلوك، والتي قد تشمل قضايا اجتماعية أو أخلاقية.

الرؤية: إعلان عن أهداف المؤسسة، يهدف إلى توجيه العملية الداخلية لاتخاذ القرارات.

WHO: منظمة الصحة العالمية

إن سلامة المرضى حق من حقوق الإنسان ومبدأ أساسي من مبادئ الرعاية الصحية، ولكن بعد مرور 20 عامًا من نشر التقرير البارز بعنوان "كل ابن آدم خطأ" (To err is human)، كشفت الإحصاءات عن تقدم ضئيل للغاية. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، أصبحت سلامة المرضى الآن تمثل عبئًا عالميًا كبيرًا، حيث يتم إدخال 421 مليون مريض إلى المستشفيات سنويًا، مما يلحق الضرر بنحو 10% من هؤلاء المرضى. وترتفع هذه النسبة إلى 18% في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، حيث يمكن الوقاية من 83% من هذه الأحداث. ويضع التقرير "كل ابن آدم خطأ" مسؤولية سلامة المرضى بين أيدي المهنيين في مجال الرعاية الصحية، ويتحداهم بأن يقللوا الأخطاء الطبية بنسبة 50% في غضون خمس سنوات. ورغم وجود ملامح بسيطة من النجاح فيما يتعلق بالعدوى المكتسبة في المستشفيات ومأمونية الأدوية، لم يتعلم بعد المهنيون في مجال الرعاية الصحية بالقدر الكافي من أخطائهم، ولا تزال وتيرة وقوع الضرر الذي يمكن الوقاية منه مرتفعة للغاية.<sup>3</sup>

وهناك كم هائل من البحوث المتاحة عن فعالية التدخلات التي تهدف إلى تعزيز الحلول المعنية بسلامة المرضى. وعلى غرار بيتس وسينغ،<sup>4</sup> يقر فينست وأمالبرتي<sup>5</sup> بعدم تحقيق ما يكفي من التقدم في العقدين الماضيين، مما يوضح أن معظم مبادرات السلامة الحالية تركز على تحسين النظام بمعزل عما يحدث في العالم الحقيقي. وسعى المؤلفان إلى توضيح الكيفية التي يلزم تطوير الأساليب بها، بهدف إدارة السلامة والمخاطر، في نظام رعاية صحية معقد. والأهم من ذلك، يضع المؤلفان منظور المريض في صميم نهجهم، ويعرفون سلامة المرضى بأنها "إدارة المخاطر على مدار الوقت". وما هو واضح للغاية الآن هو عدم وجود إجابة واحدة، ولكن قائمة محدودة من الحلول المثبتة، التي من شأنها أن تقلل حوادث السلامة وتعزز الجودة.<sup>6</sup>

وأدرجت منظمة الصحة العالمية أهمية سلامة المرضى وأعطتها الأولوية بوصفها أحد شواغل الصحة العامة. وتعد التغطية الصحية الشاملة من أهداف التنمية المستدامة لعام 2030، ولا تقتصر على ضمان الحصول على الرعاية فحسب، بل تشمل أيضًا إتاحة الرعاية المأمونة الجيدة. وفي أيار/مايو 2019، أقرت جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعون بسلامة المرضى باعتبارها أولوية رئيسية، والتزمت باتخاذ إجراءات متضافرة للحد من تعرض المرضى للضرر في مرافق الرعاية الصحية، وذلك في القرار ج ص ع 6-72 عن العمل العالمي بشأن سلامة المرضى، معلنة أن سلامة المرضى ستمكن من تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وفي الوقت نفسه طمأنة المجتمعات المحلية بأنها تستطيع الوثوق في نظم الرعاية الصحية للحفاظ على سلامة المرضى وأسرهم. وستسترشد الدول الأعضاء بنظم تقييم الامتثال لمقاييس سلامة المرضى عند تخطيط الموارد وتعبئتها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، كما ستتيح هذه النظم التحقق من نماذج الرعاية الجيدة. واعتمد القرار ج ص ع 6-72 أيضًا تحديد اليوم العالمي لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية، للاحتفال به سنويًا في 17 أيلول/سبتمبر، لتأكيد التضامن العالمي ورفع الوعي بسلامة المرضى باعتبارها أولوية صحية على الصعيد العالمي.

واستجابةً للحاجة الملحة لإعداد تدخلات تتصدى للأخطاء فيما يتعلق بسلامة المرضى، أطلق المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى في عام 2011 مع نشر الطبعة الأولى من دليل تقييم سلامة المرضى. وتحولت هذه المبادرة فيما بعد إلى إطار عمل، هو إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، الذي يشمل تنفيذ مجموعة من مقاييس سلامة المرضى في المستشفيات. ويكفل الامتثال لهذه المقاييس منح سلامة المرضى الأولوية اللازمة، وتنفيذ المرافق والعاملين لأفضل الممارسات. واضطلع فريق من الخبراء الإقليميين والدوليين بوضع المجموعة الأولى من مقاييس إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، واستعراضها. وخضع إطار العمل للاختبار التجريبي في سبعة بلدان في الإقليم (الأردن، وباكستان، وتونس، والسودان، ومصر، والمغرب، واليمن)، وتلقى الخبراء تدريبًا على إجراء تقييم أساسي أولي، استنادًا إلى المقاييس والمبادئ التوجيهية للتنفيذ، في مستشفى تجريبي واحد في كل بلد من البلدان. ونُشرت الطبعة الثانية من دليل تقييم سلامة المرضى في عام 2016.

ومنذ عام 2011، توسّع إطار العمل ليشمل أقاليم منظمة الصحة العالمية الأخرى، وتشمل البلدان التي اعتمدت إطار العمل: أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وليبيا، وعمان، وباكستان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، وتونس، واليمن. ونتيجة للنجاح الذي حققه، أعلن الدكتور أحمد المنظري، مدير منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط، في عام 2019 أن توسيع نطاق اعتماد إطار العمل بات الآن ضمن أولوياته العشر لتحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية في الإقليم.

ونتيجة للاستعراض الشامل الذي بدأ في نيسان/أبريل 2019، حُدثت هذه الطبعة الثالثة من دليل تقييم سلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية المقاييس لتتواءم مع أفضل الممارسات الحالية وإرشادات المنظمة. وأجري استعراض للمؤلفات لتحديد أي موضوعات أو تغييرات جديدة في كل

<sup>1</sup> Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America; 1999.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Bates DW, Singh H. Two decades since To err is human: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. Health Aff (Millwood). 2018;37(11).

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare: strategies for the real world. New York (NY): Springer Open; 2016.

<sup>6</sup> Nicklin W, Fortune T, van Ostenberg P, O'Connor E, McCauley N. Leveraging the full value of accreditation. Int J Qual Health Care. 2017;29(2).



مجال من مجالات سلامة المرضى. وتضمن ذلك تحديد المبادئ التوجيهية المُحدّثة ذات الصلة بالموضوع لمنظمة الصحة العالمية من أجل دعم تنفيذ هذه المقاييس. كما أُجريت تقييمات للعملاء والمُيسرين والمُساهمين في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، وتم جمعها وتحليلها، واستُخدمت إلى جانب استعراض المؤلفات في الاسترشاد بها في تنقيح الدليل. وأجري استعراض الخبراء لمسودة المقاييس عن بُعد.

وباستخدام المبادئ "ذات الصلة بالموضوع، والقابلة للفهم، والقابلة للقياس، والمفيدة، والقابلة للتحقيق"، تم الاختبار التجريبي لمقاييس إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى في كانون الأول/ديسمبر 2019. وتضمن هذه المبادئ أن تكون المعايير "ذات صلة بالموضوع، وقابلة للفهم، وقابلة للقياس، ومفيدة، وقابلة للتحقيق".

وبين الجدول 6 التغييرات والاختلافات بين هذه الطبعة الثالثة والطبعة الثانية. وتم إدخال ما مجموعه 15 معياراً جديداً، بما يشمل الحوكمة المؤسسية، وبيانات المهام، وسلامة العاملين، والحق في رفض العلاج، والاتصالات، وإدارة المعلومات والتكنولوجيا، وإدارة الشواغل الأخلاقية. وتمت ترقية عدد من المعايير الأساسية لتصبح معايير حاسمة بلغ مجموعها الآن 25 معياراً. ويقدم الجدول 3 قائمة بجميع المعايير الحاسمة. وتم تغيير صيغة المقاييس للحد من الازدواجية، وتقديم الدعم لكل من المؤسسات والمُساهمين في كيفية التحقق من الامتثال للمعايير.

وأدخلت أيضاً تغييرات في الطبعة الثالثة على منهجية التقييم لتحسين الاتساق والإنصاف على مستوى المسوحات. وتم استعراض مقياس التصنيف المؤلف من 3 درجات، ولم يتغير بناءً على التعقيبات؛ ولكن تم تحسين الإرشادات لمساعدة المُساهمين على التمييز بين كل مستوى. وسيتناول برنامج تدريب المُساهمين الخاص بإطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى الإرشادات على نحو أكثر تفصيلاً بشأن مقياس التصنيف. وستُتاح هذه الطبعة الثالثة بنهاية عام 2020، وستُقيّم جميع مرافق الرعاية الصحية في ضوء هذه الطبعة ابتداءً من عام 2021 فصاعداً. وسيقدم الملحق المعني بكوفيد-19 في جميع المسوحات بحلول نهاية عام 2021.

### تقييم المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

تعد مقاييس سلامة المرضى مجموعة من المتطلبات البالغة الأهمية لإنشاء برنامج لسلامة المرضى على مستوى المستشفيات. وتوفر هذه المتطلبات إطار عمل يُمكن المستشفيات من تقييم رعاية المرضى من منظور سلامة المرضى، وبناء قدرات العاملين في مجال سلامة المرضى، وإشراك المستفيدين في تحسين مأمونية الرعاية الصحية.

ويعد تقييم المستشفيات المراعية لسلامة المرضى آليةً تم تطويرها لتقييم سلامة المرضى في المستشفيات. وتطبق هذه المقاييس على المستشفى بأكمله وليس على جزء منه أو خدمة محددة يقدمها. وتوفر هذه المعايير للمؤسسات، على مستوى النظام، وسيلة لتحديد مستوى سلامة المرضى، سواء بغرض بدء برنامج لسلامة المرضى أو في إطار برنامج مستمر. والتقييم طوعي، ويُجرى من خلال مسح خارجي يخضع لمراجعة الأقران. وشرع الفريق الاستشاري الإقليمي المعني بسلامة المرضى، التابع لمنظمة الصحة العالمية، في العملية بوصفه فريق التقييم الرئيسي. وقِيم الفريق المستشفيات لتحديد مدى امتثالها لمقاييس ومؤشرات أداء سلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية، ثم بناء قدرات الفرق القطرية الوطنية بوصفهم فرق التقييم الخارجية لسلامة المرضى.

ومنذ الطبعة الأخيرة التي صدرت في عام 2016، تم تدريب 260 مساحاً في باكستان وقطر وعمان والمملكة العربية السعودية وتونس. وعلاوة على ذلك، يجري تقديم الدعم لفرق المستشفيات الوطنية في ليبيا واليمن من خلال خبراء وطنيين كانوا قد تلقوا تدريباً سابقاً على إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى. وللتقييم عدة فوائد للمستشفيات. فهو يبرهن للعامة على الالتزام والمساءلة فيما يتعلق بسلامة المرضى. كما يوفر التقييم أداة مرجعية رئيسية، ويحدد فرص التحسين ويشجعه من أجل بلوغ الغايات الموحدة. وأخيراً، يحفز التقييم العاملين على المشاركة في تحسين سلامة المرضى. ويتمثل الهدف النهائي لهذا الإطار في تحسين مستوى سلامة المرضى في المستشفيات من خلال إيجاد ظروف تؤدي إلى تقديم رعاية أكثر مأمونية، ومن ثم حماية المجتمع المحلي من الضرر الذي يمكن تجنبه والحد من الأحداث الضارة في المستشفيات.

ويمكن استخدام إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى مع أدوات سلامة المرضى الأخرى وغيرها من أشكال التقييم الخارجي. ويتمثل الفرق بين إطار العمل وبرامج التقييم الخارجي الأخرى في تركيزه على سلامة المرضى وتأكيده على التحسين المستمر وليس المكافأة.

### دور منظمة الصحة العالمية في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى هو إطار لمنظمة الصحة العالمية يهدف إلى مساعدة المؤسسات داخل البلدان على إطلاق برنامج سلامة المرضى الشامل. ومن المأمول في نهاية المطاف أن يصبح هذا الإطار مسؤولية المؤسسات ووزارات الصحة. ويوفر دليل تقييم سلامة المرضى الأدوات اللازمة للجمعيات المهنية، والهيئات التنظيمية، وهيئات الاعتماد أو الإشراف، ووزارات الصحة لتحسين سلامة المرضى. ويتوقف منح الشهادة أو المكافأة على تقدير هيئة الإشراف الوطنية، مثل وزارة الصحة. ومع ذلك، يمكن للمستشفيات أيضاً أن تستخدم هذا الدليل في التقييم الذاتي واستخدام تحليل الفجوات لإنشاء برنامج لتحسين الجودة بهدف تحسين سلامة المرضى.

## هيكل الدليل وتنظيمه

يستهدف دليل تقييم سلامة المرضى مؤسسات الرعاية الصحية والمُسَاحِين والمُيسَّرِينَ. وينقسم إلى ثلاثة أقسام: (1) نظرة عامة ومنهجية التقييم؛ (2) مقاييس سلامة المرضى (21 مقياساً)؛ (3) أدوات تقييم المستشفيات المراعية لسلامة المرضى.

**القسم 1** يحتوي على معلومات عن كيفية استخدام المقاييس؛ وكيفية إجراء المُسَاحِين للتقييم؛ ومقياس التصنيف؛ وكيفية حساب مستوى الإنجاز؛ والتغييرات التي أدخلت على الطبعة الثالثة من دليل تقييم سلامة المرضى بالمقارنة مع الطبعة الثانية.

**القسم 2** يحتوي على مقاييس سلامة المرضى، والتي تنقسم إلى خمسة مجالات: أ- القيادة والإدارة؛ ب- إشراك المرضى والعامة؛ ج- الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيّنات؛ د- البيئة الآمنة؛ هـ- التعلم مدى الحياة. ويتألف كل مجال من عدة مقاييس، يبلغ مجموعها 21 مقياساً. ويتضمن كل مقياس عدداً من المعايير يبلغ مجموعها 134 معياراً. ويمكن أن يكون المعيار حاسماً أو أساسياً أو تنموياً، وتوزع أنواع مختلفة من المعايير بين المجالات الخمسة (الجدول 1).

الجدول 1: توزيع المعايير المُصنّفة حسب المجالات الخمسة لمبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

| المجالات (الطبعة الثالثة)                                          | المعايير الحاسمة | المعايير الأساسية | المعايير التنموية | إجمالي المعايير في كل مجال |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| أ- القيادة والإدارة (6 مقاييس: أ1 - أ6)                            | 7                | 26                | 3                 | 36                         |
| ب- إشراك المرضى والعامة (7 مقاييس: ب1 - ب7)                        | 2                | 22                | 7                 | 31                         |
| ج- الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيّنات (4 مقاييس: ج1 - ج4) | 14               | 24                | 2                 | 40                         |
| د- البيئة الآمنة (مقياسان: د1 - د2)                                | 1                | 20                | 1                 | 22                         |
| هـ- التعلم مدى الحياة (3 مقاييس: هـ1 - هـ3)                        | 1                | 2                 | 2                 | 5                          |
| الإجمالي                                                           | 25               | 94                | 15                | 134                        |

**القسم 3** يحتوي على قائمة بالوثائق التي تحتاج المستشفيات إلى إعدادها، ومجموعة من المقابلات المنظمة، وإرشادات للملاحظات، وجدول زمني للمسح باستخدام العينات، ونموذج للتقرير.

## القسم 1. نظرة عامة على إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

### المستشفى

نرحب بمشاركة جميع المستشفيات العامة أو الخاصة في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى. وفي بعض البلدان، يتم اختيار المستشفيات بناءً على المعايير التي وضعتها وزارة الصحة المعنية، بالتعاون مع المكاتب القطرية لمنظمة الصحة العالمية. ويبدل المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية جهودًا متضافرة لزيادة عدد المساحين المدربين، وتشجيع وزارات الصحة أو غيرها من الوكالات الوطنية المعترف بها على تولي مسؤولية إطار العمل. وعندما يشترك أحد البلدان في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، يمكن للمكتب الإقليمي تقديم مساعدة أولية من خلال تدريب المجموعة الأولى من المساحين والمُيسرين. وسيتولى تقييم المجموعة الأولى من المستشفيات مجموعة من المساحين الوطنيين والخبراء الدوليين. وسواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم التقني عند الاقتضاء.

**القسم 1** يحتوي على معلومات عن كيفية استخدام المقاييس؛ وكيفية إجراء المساحين للتقييم؛ ومقياس التصنيف؛ وكيفية حساب مستوى الإنجاز؛ والتغييرات التي أدخلت على الطبعة الثالثة من دليل تقييم سلامة المرضى بالمقارنة مع الطبعة الثانية.

وتتمثل المهمة الأولى للمستشفى في استعراض المقاييس التي ستستخدم في المسح قبل زيارة التقييم بستة أشهر على الأقل. ورغم أن ذلك ليس شرطًا، يُنصح بإجراء تقييم ذاتي أولي للأداء فيما يتعلق بالمقاييس، مع التوصية بتكليف فريق صغير بالعمل من خلال عملية التقييم الذاتي. وسيكون المستشفى مسؤولًا عن جمع جميع الأدلة وتحديد أي مجالات تستحق اهتمامًا خاصًا. وفي نهاية هذه العملية، سيكون لدى المستشفى تحليل للثغرات يتضمن إجراءات محددة تتطلب المزيد من العمل، وقائمة بالوثائق التي تثبت امتثاله لكل معيار.

ويُلي كل معيار، قائمة صغيرة من الأدلة المقترحة على الامتثال. وهذه أدلة مقترحة فقط، وقد تقرر المستشفيات تقديم أدلة أخرى تثبت امتثالها. وينبغي تقديم الأدلة لكل معيار، ويجب أن تكون باللغة الإنكليزية. وإذا كانت هناك حاجة إلى أي إجراءات لتحقيق امتثال أفضل، فينبغي عندئذ توثيقها بوضوح. وينبغي تقديم جميع الأدلة على الامتثال (الوثائق) في نظام سهل الاستخدام يستطيع المساحون التنقل خلاله بسهولة.

ويُشجع فريق إدارة المستشفى على إبلاغ عامة الناس والعاملين والمرضى بأن مسؤولي تقييم المستشفيات المراعية لسلامة المرضى سيقومون بالمسح في التواريخ المحددة، وينبغي إبلاغهم بالغرض من إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى.

### تفسير المقاييس

يُتبع جميع مجالات ومقاييس سلامة المرضى الصيغة نفسها (الجدول 2). ولكل مقياس بيان بالنوايا يحدد الحصلة المهمة لذلك المقياس. ويحتوي جميع المقاييس على مجموعة من المعايير. ويُلي كل معيار قائمة بالوثائق التي يمكن استخدامها في التحقق من الامتثال للمعيار. وهذه القائمة ليست شاملة، لأن الهياكل والعمليات تختلف باختلاف البلدان، بل ينبغي استخدامها بمثابة دليل لتحديد كيفية التحقق من الامتثال لأحد المعايير. وهناك بعض الوثائق التي يجب على جميع مؤسسات الرعاية الصحية تقديمها مع طلب تقييم إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى (انظر القسم 3). وتشمل هذه الوثائق وثائق مؤسسية، مثل الخطط الاستراتيجية والتشغيلية (الهيكلي)، والسياسات والإجراءات (العملية)، وأدلة القياس والمراجعة (الحصيلة).

الجدول 2: تنسيق جميع مجالات ومقاييس سلامة المرضى

| المجال (أ): القيادة والإدارة                      |         |                                  |
|---------------------------------------------------|---------|----------------------------------|
| أ-1 المقياس: تلتزم القيادة والحوكمة بسلامة المرضى |         | إرشادات بشأن الأدلة على الامتثال |
| المعايير الحاسمة                                  | أ-1-1-1 |                                  |
|                                                   | أ-1-1-2 |                                  |
|                                                   | أ-1-1-3 |                                  |
| المعايير الأساسية                                 | أ-2-1-1 |                                  |
|                                                   | أ-2-1-2 |                                  |
|                                                   | أ-2-1-3 |                                  |
| المعايير التنموية                                 | أ-3-1-1 |                                  |
|                                                   | أ-3-1-2 |                                  |



**المعايير الحاسمة** تم إعطاؤها الأولوية باعتبارها المشكلات التي يجب معالجتها على نحو عاجل لكي يقدم المستشفى رعاية آمنة. وفي الطبعة الثالثة، يبلغ إجمالي عددها 25، وكلها تستند إلى بيانات من المؤلفات عن المشكلات الشائعة التي تنشأ في مجالات مثل الحوكمة، والاتصالات، ونظافة الأيدي، وكفاءة العاملين، وتدريب العاملين. ويعد تناول جميع المعايير الخمسة والعشرين بداية جيدة للمستشفى لبدء رحلة الجودة (الجدول 3).

### الجدول 3: المعايير الحاسمة الخمسة والعشرون في الطبعة الثالثة

| المعايير الحاسمة                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| أ-1-1-1 يتوفر لدى المستشفى خطة استراتيجية تضع سلامة المرضى ضمن الأولويات.                                                                                        |
| أ-1-1-2 هناك نظام معترف به للقيادة/الحوكمة المؤسسية والسريرية في المستشفى.                                                                                       |
| أ-1-1-3 تعزز القيادة ثقافة سلامة المرضى من خلال القيام بأنشطة مختلفة، بما يشمل جولات شهرية للتحقق من سلامة المرضى وتحديد المشكلات واتخاذ إجراءات بشأنها.         |
| أ-1-2-1 تكفل القيادة تعيين كبير عاملين مؤهل يظطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى.                                                         |
| أ-1-4-1 تكفل القيادة توافر المعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة.                                                                                                |
| أ-1-5-1 تكفل القيادة توفير أعداد كافية من العاملين الأكفاء لتقديم رعاية آمنة للمرضى في جميع الأوقات.                                                             |
| أ-1-5-2 هناك عملية محددة لضمان تسجيل جميع العاملين السريريين للممارسة لدى هيئة مناسبة.                                                                           |
| ب-1-2-1 يتم الحصول على الموافقة المستنيرة، قبل إجراء يتطلب موافقة مستنيرة، بواسطة عاملين مُدربين بالطريقة وباللغة التي يمكن للمريض أو الشخص المُخَوَّل له فهمها. |
| ب-1-3-1 تتطلب عملية تحديد الهوية المستخدمة في جميع أنحاء المستشفى طريقتين على الأقل لتحديد هوية المريض.                                                          |
| ج-1-1-1 تحافظ قيادة المستشفى على قنوات اتصال فعّالة على مستوى المستشفى، بما يشمل توصيل النتائج الحرجة العاجلة، مع تخصيص قناة للمسائل المتعلقة بالسلامة.          |
| ج-1-1-2 يستخدم المستشفى قائمة مرجعية للسلامة الجراحية ويمثل للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الجراحة المأمونة.           |
| ج-1-1-3 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لضمان الإقرار بالتهور السريري والاستجابة له على نطاق المستشفى.                                                                  |
| ج-1-1-4 يقلل المستشفى من استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية لنقل النتائج، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا.                       |
| ج-1-1-5 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية وبين نوبات العمل، مع نقل المرضى بأمان داخل المستشفى.                         |
| ج-1-1-6 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية والمسارات المعنية برعاية الولادة الآمنة.                                                                                 |
| ج-1-2-1 يوجد في المستشفى برنامج منسق لجميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها يشمل جميع التخصصات.                                                                 |
| ج-1-2-2 يضمن المستشفى التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات.                                                                                            |
| ج-1-2-3 يوجد شخص مؤهل ومعيّن مسؤول عن جميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها.                                                                                    |
| ج-1-3-1 ينفذ المستشفى مبادئ توجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الجيد والأمين ومنتجاته.                                         |
| ج-1-3-2 يضمن المستشفى تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين.                                                       |
| ج-1-4-1 يوفر الصيدلي المرخص له نظامًا لإدارة الأدوية يُلبّي احتياجات المرضى، ويستوفي اللوائح المعمول بها، ويلتزم بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.       |
| ج-1-4-2 يحتفظ المستشفى بالتركيزات العالية من الكهارل (المحاليل الكهربائية) في مكان آمن.                                                                          |
| ج-1-4-3 يضمن المستشفى توافر الأدوية المنقذة للحياة بكميات مناسبة في جميع الأوقات.                                                                                |
| د-1-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة جميع أنواع النفايات الخطرة، بما يشمل نفايات الأدوات الحادة.                                                   |
| هـ-1-1-1 تزويد جميع العاملين في المستشفى ببرنامج توجيهي بشأن سلامة المرضى.                                                                                       |

**المعايير الأساسية** هي مجموعة أساسية من المقاييس التي يجب على المستشفى الامتثال لها لتصبح آمنة للمرضى. وليس من الإلزامي استيفاء 100% من المقاييس الأساسية حتى يشارك المستشفى في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى. ومع ذلك، تحدد النسبة المئوية للمعايير التي تم الامتثال لها المستوى الذي يحققه المستشفى. وعلاوة على ذلك، تعد النسبة المئوية للمعايير الأساسية التي تم الوفاء بها مهمة للمقارنة الداخلية، لتوثيق التحسن بمرور الوقت.

**المعايير التنموية** هي المتطلبات التي يجب أن يحاول المستشفى الامتثال لها، حسب قدراته وموارده، لتعزيز الرعاية الآمنة.

### مقياس التصنيف

يُستخدم مقياس تصنيف من 3 درجات، حيث يحصل كل معيار على الدرجة 1 إذا استُوفِيَ، و0.5 إذا استُوفِيَ جزئيًا، و0 إذا لم يُستوفَ. وإذا كان المعيار لا ينطبق لأنه لا يتعلق بالخدمات السريرية المقدمة من المستشفى، فيُسجل "لا ينطبق"، ولا يؤخذ المعيار في الاعتبار في الدرجة النهائية. ومن الأمثلة على المعايير التي لا تنطبق ج1-1-6:- ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية والمسارات المعنية برعاية الولادة الآمنة. إذا لم يقدم المستشفى خدمات الولادة، فيتم تصنيف هذا المعيار على أنه "لا ينطبق". ويطبق مقياس التصنيف على كل معيار، وليس على مستوى المقاييس.

ويستخدم إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى منهجية مراجعة الأقران، ولا ينظر إليه على أنه مراجعة. لذا يتطلب التصنيف أن يتمتع فريق المسح بالخبرة. وينبغي أن يتفق فريق المسح بأكمله على التصنيفات، وينبغي أن ينظر الفريق في الأدلة من ثلاثة مصادر مختلفة: الوثائق؛ والمقابلات؛ والملاحظة. وتستخدم كل هذه الأدلة وخبرة المسّاحين في تحديد التصنيف النهائي ومستوى الإنجاز النهائي.

ويجري تدريب المسّاحين في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى على تليلث البيانات (التأكد من صحة البيانات) من مصادر مختلفة. أولاً، من خلال استعراض الوثائق، حيث سيتم استعراض بعضها قبل الذهاب إلى الموقع. وثانيًا، عن طريق مقابلة العاملين الرئيسيين والمرضى. وأخيرًا، من خلال ملاحظة البيئة والرعاية السريرية.

وعند تطبيق التصنيف، يُستخدم الأساس المنطقي والإرشادات الموضحة في الجدول 4 لتحديد مستوى الامتثال. وعند الضرورة، تُضاف تفاصيل التحسينات المطلوبة لتحقيق مستوى أعلى من التصنيف.

الجدول 4: قواعد حساب الدرجات لتقييم كل معيار

| التصنيف          | الدرجة | الأساس المنطقي                      | إرشادات للمسّاحين                                     |
|------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| استُوفِيَ        | 1      | تمثل 80% أو أكثر من العينات للمعيار | أضف توصية أو فرصة للتحسين                             |
| استُوفِيَ جزئيًا | 5.0    | تمثل 31-79% من العينات للمعيار      | أضف فرصة للتحسين أو توصية لمساعدة المستشفى على التحسن |
| لم يُستوفَ       | 0      | يمثل أقل من 30% من العينات للمعيار  | أضف توصية ومقياسًا زمنيًا                             |

### المسح

يعتمد تشكيل فريق المسح الميداني ومدة المسح على مرتسم (توصيف) المستشفى (مثل الحجم والخدمات والموقع). ومع ذلك، يُطبّق نهج متسق على جميع أنواع المؤسسات المماثلة. وينبغي أن يتألف فريق المسح الخاضع لمراجعة الأقران من مسّاحين اثنين على الأقل. ويجب أن يكون لدى جميع الفرق مسّاح غير وطني واحد على الأقل في الفريق، يكون من ذوي الخبرة ويتمتع بالكفاءات اللازمة لقيادة الفريق. وينبغي أن يتألف الفريق من مزيج من الخبرات المؤسسية والسريرية.

ويضطلع المُيسّر على الصعيد القطري بإعداد جدول زمني للأنشطة اليومية ويوافق عليه قائد الفريق، ويرسل هذا الجدول قبل إجراء المسح إلى المؤسسات لتقديم مداخلتها. ويستغرق الجدول الزمني للمسح فترة تتراوح بين يومين وأربعة أيام (انظر جدول أعمال المسح المقترح في القسم 3).

وفي نهاية كل مسح، يناقش الفريق النتائج المهمة مع فريق المستشفى. ويلي ذلك تقرير وتوصيات لمساعدة المستشفى في إدخال تحسينات على سلامة المرضى. ويتمس التقرير بأنه سرّي وبنّاء، وينبغي استخدامه في إطار استراتيجية تحسين الجودة على مستوى المستشفيات لتحسين سلامة المرضى. ويمكن الإعلان عن نتائج المسح أو الاحتفاظ بسريتها حسب تقدير إدارة المستشفى.



## المساحون

يختار المساحين المكتب الإقليمي ووزارة الصحة أو غيرها من الوكالات الوطنية التي تستهدف تطبيق هذه المقاييس. ويجب تدريب جميع المساحين على إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى قبل إجراء مسح على المستوى الوطني. ويتمثل دور فريق المسح في التحقق من امتثال المستشفيات للمقاييس، وتقديم تعقيبات بناءً على كيفية التحسين. ويستخدم إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى منهجية مراجعة الأقران وفلسفة التحسين المستمر من خلال الدعم والتعلم، لذا اختيار المساحين المناسبين أمر بالغ الأهمية لنجاح المبادرة.

### وفيما يلي معايير اختيار المساحين:

- الخبرة في المجال، بما لا يقل عن 10 سنوات من الخبرة العملية، والحصول على الدراسات العليا (الطب والحوكمة والتمريض)؛
- الإلمام بمقاييس المستشفيات المراعية لسلامة المرضى ومنهجية المسح؛
- معرفة وفهم:
  - نظم الرعاية الصحية
  - التثقيف الصحي
  - أساليب سلامة المرضى
  - التنظيم والاعتماد وتحسين الجودة
- المهارات التحليلية - التعامل الفعال مع المعلومات، وفهم المعلومات المعقدة واستيعابها، واتخاذ القرارات بناءً على البيانات وفهم المراجعة السريية؛
- الوعي الثقافي - مراعاة التنوع الثقافي والديني والديموغرافي وفهمه؛
- المهنية - الالتزام بالمعايير الأخلاقية الشخصية الرفيعة، وإعطاء الأولوية لسلامة المرضى، والحفاظ على السرية والحياد والموضوعية، والتحلي بالحماس والدافع والالتزام؛
- مهارات التواصل والتعامل مع الآخرين - التعاون مع فريق العمل، والعمل البناء واحترام آراء الآخرين وإسهاماتهم، والتفاعل مع الزملاء والمرضى بفعالية، والتواصل الفعال والمهذب؛
- التحدث والكتابة باللغة الإنكليزية بطلاقة؛
- الإدارة الجيدة للوقت.

### وفيما يلي معايير اختيار قادة الفرق، بالإضافة إلى جميع معايير اختيار المساحين:

- الخبرة السابقة في مسوحات التقييم الخارجي في مجال الرعاية الصحية أو التثقيف الصحي؛
- عضو فريق في اثنين على الأقل من المسوحات السابقة لإطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى؛
- الخبرة السابقة في قيادة فريق مسح الاعتماد أو ما شابه ذلك؛
- القدرة على القيادة؛
- مهارات إدارة النزاعات.

## تقييم مستوى الإنجاز والحفاظ عليه

تُسجّل المستشفيات على أنها مراعية لسلامة المرضى على أساس أربعة مستويات للامتثال، ويمثل المستوى 4 أعلى مستوى يمكن بلوغه (الجدول 5).

### الجدول 5: مستويات الإنجاز في إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

| مستوى المستشفى | المعايير الحاسمة | المعايير الأساسية | المعايير التنموية |
|----------------|------------------|-------------------|-------------------|
| المستوى 1      | 100%             | أي معيار منها     | أي معيار منها     |
| المستوى 2      | 100%             | 60-89%            | أي معيار منها     |
| المستوى 3      | 100%             | ≤90%              | أي معيار منها     |
| المستوى 4      | 100%             | ≤90%              | ≤80%              |

ويُحسب مستوى الإنجاز على ثلاث مراحل:

1. هل استوفى جميع المعايير الحاسمة مستوى الامتثال بدرجة 80% أو أعلى (استيفاء الدرجة 1)؟ إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن السؤال التالي:
  2. ما النسبة المئوية للامتثال للمعايير الأساسية؟
  3. وأخيراً: ما النسبة المئوية للامتثال للمعايير التنموية؟
- وتُحسب النسبة المئوية للامتثال بجمع التصنيفات، ثم تقسم على العدد الإجمالي للمعايير. وما لم تر المؤسسة وفريق المسح أن المعيار لا ينطبق، فلا يؤخذ هذا المعيار في الاعتبار في النتيجة النهائية.
- على سبيل المثال، هناك ستة معايير أساسية في المقياس 5-1. أحرز معياران: 1، وثلاثة معايير: 0.5، ومعيار واحد: 0. إذاً يبلغ إجمالي الدرجات لهذا المقياس: 3.5.

ولحساب النسبة المئوية للامتثال للمعايير الأساسية، ينبغي أن يحصل كل معيار على 1 أو 0.5 أو 0. ثم تقسم النتيجة العددية الإجمالية على 95.

ولحساب النسبة المئوية للامتثال للمعايير التنموية، ينبغي أن يحصل كل معيار على 1 أو 0.5 أو 0. ثم تقسم النتيجة العددية الإجمالية على 15.

#### مثال على المستشفى 1:

- حقق جميع المعايير الحاسمة والخمسة والعشرين الامتثال الكامل
- إجمالي الدرجات للمعايير الأساسية يبلغ 80  
 $80/95 = 84\%$
- إجمالي الدرجات للمعايير التنموية يبلغ 10  
 $10/15 = 67\%$
- حقق المستشفى 1 المستوى 2.

#### مثال على المستشفى 2:

- حقق جميع المعايير الحاسمة والخمسة والعشرين الامتثال الكامل
- إجمالي الدرجات للمعايير الأساسية هو 82 مع 4 معايير لا تنطبق  
 $82/91 = 90\%$
- إجمالي الدرجات للمعايير التنموية يبلغ 13  
 $13/15 = 87\%$
- حقق المستشفى 2 المستوى 4.

وفورَ الإقرار بمستوى إنجاز المستشفى فيما يتعلق بإطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، من المهم الحفاظ على هذا الامتثال. ويُقترح إجراء التقييم الداخلي على أساس ربع سنوي، والتقييم الخارجي كل سنتين للمستشفيات التي حققت المستويين 1 و2، وكل ثلاث سنوات للمستشفيات التي حققت المستويين 3 و4.

### التوسع على المستوى الوطني

بعد التقييم الأولي الأساسي لأحد المستشفيات، الذي تختاره وزارة الصحة، يُقترح اتخاذ الخطوات التالية للتوسع الوطني لإطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى:

- تعرب وزارة الصحة عن التزامها بإطار العمل ومسؤوليتها عنه، وتختار ما يصل إلى 10 مستشفيات للمشاركة في عملية الإطلاق وحلقة العمل التدريبية. وتقدّم وزارة الصحة لكل مستشفى إحاطة بالمعلومات عن إطار العمل ووصف العملية، مع التركيز على هدفه الرئيسي وهو النهوض بسلامة المرضى.
- تعين إدارة المستشفى فرقة عمل معنية بالإطار، تشمل طبيباً وممرضاً ومسؤولاً إدارياً.
- تُعقد حلقة عمل عن إطار العمل.
- يبدأ التقييم الأساسي في كل مستشفى من المستشفيات المشاركة. ويُجري مسؤولو التقييم من فرقة عمل سلامة المرضى بأحد المستشفيات التقييم في مستشفى آخر.
- تُلخّص نتائج التقييم الأساسي في تقرير لكل مستشفى (يُعدّه فريق التقييم). ويجري إطلاع راسمي السياسات بوزارة الصحة على التقارير.
- يجري تبادل النتائج مع كل مستشفى، ويُزوّد المستشفى بالاقتراعات والتوصيات الرئيسية للتحسين. كما يمكن للمكتب الإقليمي تقديم مواد الدعم التقني. وتُخطر المستشفيات بإعادة تقييمها بعد تسعة أشهر، وتُساعَد في صياغة خطة عمل للمبادرة.

- تُعَدُّ حلقة عمل على المستوى الوطني مع جميع أصحاب المصلحة، بمن فيهم المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية، ووزارة الصحة، وممثلون عن المستشفيات العامة والخاصة. ويمكن تنفيذ الدروس المستفادة من التقييمات على المستوى الوطني وكذلك في فرادى المستشفيات.

#### الجدول 6. دليل تقييم سلامة المرضى: التعديلات على الطبعة الثانية

| التغييرات                | الطبعة الثانية                                                                                                                                                                | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت إعادة الصياغة        | أ-1-1-1 يعد المستشفى سلامة المرضى أولوية استراتيجية. ويجري تنفيذ هذه الاستراتيجية من خلال خطة عمل تفصيلية.                                                                    | أ-1-1-1 يتوفر لدى المستشفى خطة استراتيجية تضع سلامة المرضى ضمن الأولويات.                                                                                          |
| جديد                     |                                                                                                                                                                               | أ-1-1-2 هناك نظام معترف به للقيادة/الحوكمة المؤسسية والسريرية في المستشفى. المعايير الحاسمة.                                                                       |
| تم الدمج                 | أ-1-1-2 عيّن المستشفى كبير عاملين/ أحد كبار الموظفين مؤهلاً يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى.                                                      | تم الدمج مع أ-1-2-1                                                                                                                                                |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-1-1-3 تُجرى القيادة جولات تنفيذية منتظمة للتحقق من سلامة المرضى، من أجل تعزيز ثقافة سلامة المرضى، ومعرفة المخاطر في النظام، والعمل على الاستفادة من فرص تحسين سلامة المرضى. | أ-1-1-3 تعزز القيادة ثقافة سلامة المرضى من خلال إجراء جولات شهرية للتحقق من سلامة المرضى وتحديد المشكلات واتخاذ إجراءات بشأنها.                                    |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-1-2-1 توجد ميزانية سنوية للمستشفى لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية.                                                                                           | أ-1-2-1 توفر القيادة الموارد، بما يشمل ميزانية سنوية لأنشطة سلامة المرضى، بناءً على خطة عمل تفصيلية.                                                               |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-1-2 يتبع المستشفى مدونة للأخلاقيات.                                                                                                                                       | أ-2-1-2 توفر القيادة إطاراً للإدارة الأخلاقية التي تدعم اتخاذ القرارات في مجال الرعاية السريرية وإدارة البحوث.                                                     |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-3-2-1 تُقيّم القيادة ثقافة سلامة المرضى بانتظام على أساس ربع سنوي.                                                                                                          | أ-3-2-1 تُقيّم القيادة ثقافة سلامة المرضى على أساس سنوي، مع استعراض خطط العمل الناتجة كل ثلاثة أشهر.                                                               |
| جديد                     |                                                                                                                                                                               | أ-4-2-1 تحتفي القيادة كل عام بيوم منظمة الصحة العالمية لنظافة الأيدي (5 أيار/مايو) واليوم العالمي لسلامة المرضى (71 أيلول/سبتمبر) وتحتفل بهما.                     |
| جديد                     |                                                                                                                                                                               | أ-1-3-1 تنص الخطة الاستراتيجية للمستشفى على بيانات الرسالة والرؤية والقيم، التي توضح ثقافة سلامة المرضى. المعايير التنموية.                                        |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-1-2 يوجد شخص مؤهل ومعين يُنسّق أنشطة سلامة المرضى وإدارة المخاطر (الإدارة الوسطى).                                                                                        | أ-1-2-1 تكفل القيادة تعيين كبير عاملين مؤهل يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى.                                                           |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-1-2-1 يعقد المستشفى اجتماعات شهرية منتظمة بشأن المراضة والوفيات.                                                                                                            | أ-2-2-6 يعقد المستشفى اجتماعات كل شهرين بشأن المراضة والوفيات.                                                                                                     |
| تم الدمج                 | أ-2-2-1 تنعكس سلامة المرضى في الهيكل التنظيمي للمستشفى.                                                                                                                       | أ-1-2-1 تكفل القيادة تعيين كبير عاملين مؤهل يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى.                                                           |
| تمت إعادة الصياغة والدمج | أ-2-2-2 تتم إدارة المخاطر إدارة تفاعلية. تم الدمج مع ه-3-3. يتوفر لدى المستشفى نظام مُطبّق للإبلاغ عن الأحداث الضارة والأحداث الخافرة والحوادث الوشيكة.                       | أ-2-2-5 يُستخدم إطار إدارة المخاطر، بما يشمل خطة وسياسة وسجلاً، لتحديد الأحداث الضارة وغيرها من مخاطر السلامة التي يتعرض لها المرضى والزوار والعاملون، والحد منها. |



| التغييرات                | الطبعة الثانية                                                                                                                                                                                                           | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-2-3 يطلع المستشفى بمراجعة ممارسات السلامة لديه بانتظام.                                                                                                                                                              | أ-2-2-2 يتضمن برنامج سلامة المرضى جدولاً لعمليات المراجعة الشهرية ويستخدم النتائج في تحسين خدمات المرضى.                                                                              |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-2-4 يوجد في المستشفى هيئة داخلية أو أي لجنة أخرى متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى، يجتمع أعضاؤها بانتظام لضمان وجود برنامج شامل لسلامة المرضى.                                                                    | أ-2-2-1 يوجد في المستشفى هيئة داخلية/لجنة متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى لتوجيه جميع جوانب السلامة والمخاطر داخل المستشفى.                                                       |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-2-5 يطلع المستشفى بانتظام بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها داخلياً كل ثلاثة أشهر.                                                                                                                   | أ-2-2-3 يطلع مدير سلامة المرضى بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة السلامة/المخاطر ويوزعها على جميع العاملين كل ثلاثة أشهر.                                                                  |
| جديد                     |                                                                                                                                                                                                                          | أ-2-2-7 يضع مدير سلامة المرضى عملية لتحسين فعالية التواصل بين جميع العاملين، وينفذها.                                                                                                 |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-3-1 يطلع المستشفى بانتظام بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها خارجياً.                                                                                                                                 | أ-2-3-1 يطلع مدير سلامة المرضى بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة السلامة/المخاطر ويوزعها خارجياً.                                                                                          |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-3-1 يحدد المستشفى الغايات المتعلقة بأهداف سلامة المرضى، ويستعرضها.                                                                                                                                                   | أ-2-3-1 يعمل مدير سلامة المرضى بناءً على التدابير والنتائج من خلال خطة عمل ومشروعات لتحسين سلامة المرضى.                                                                              |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-2-3-2 يوجد في المستشفى مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى.                                                                                                     | أ-2-3-2 يتوفر لدى مدير سلامة المرضى مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى.                                                       |
| تمت إعادة الصياغة والدمج | أ-3-3-1 يقارن المستشفى بيانات مؤشر سلامة المرضى فيما يتعلق بالعمليات والحصائل التي يحققها على مدار الوقت، مع المستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى، و/أو الممارسات أو المقاييس المعروفة المرغوبة. تم الدمج مع أ-3-3-2 | أ-3-3-1 يقارن المستشفى بيانات مؤشر سلامة المرضى لديه على مدار الوقت، مع المستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى، و/أو أفضل الممارسات الدولية.                                        |
| تم الدمج                 | أ-3-3-2 يعمل المستشفى بناءً على النتائج المرجعية من خلال خطة عمل ومشروعات لتحسين سلامة المرضى.                                                                                                                           | تم الدمج مع أ-3-3-1                                                                                                                                                                   |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-4-1-1 يضمن المستشفى توافر المعدات الأساسية التي تعمل جيداً.                                                                                                                                                            | أ-4-1-1 تكفل القيادة توافر المعدات والإمدادات الأساسية والفعالة.                                                                                                                      |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-4-2-1 يطلع المستشفى بصيانة وقائية منتظمة للمعدات، بما يشمل المعايرة.                                                                                                                                                   | أ-4-2-1 هناك برنامج للصيانة الوقائية، لفحص جميع المعدات واختبارها ومعايرتها.                                                                                                          |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-4-2-2 يطلع المستشفى بانتظام بإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة).                                                                                                                                               | أ-4-2-2 هناك نظام قائم لإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة)، بما يشمل عمليات الاسترجاع أو الإصدارات بالمخاطر.                                                                  |
| تمت إعادة الصياغة        | أ-4-2-3 يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة.                                                                                                                                             | أ-4-2-3 يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على جميع المعدات الأساسية، بما يشمل الأجهزة الطبية، ولا يتولى التعامل مع المعدات المتخصصة سوى الأشخاص المُدرَّبين والمُؤهلين. |
| تم الدمج                 | أ-4-3-1 يُدرَّب المستشفى العاملين المعيّنين على الاستخدام الملائم والأمن لجميع مضخات التسريب.                                                                                                                            | تم الدمج مع أ-4-2-3                                                                                                                                                                   |



| التغييرات         | الطبعة الثانية                                                                                                                                                                         | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                     |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت إعادة الصياغة | أ-5 يوجد في المستشفى عاملون مؤهلون تقنيًا لتقديم رعاية آمنة للمرضى على مدار الساعة.                                                                                                    | أ-5 تكفل القيادة توفير عاملين أكفاء، بمن فيهم ممارسون مستقلون ومتطوعون، لتقديم رعاية آمنة في جميع الأوقات.                                                         |
| تمت إعادة الصياغة | أ-1-5-1 تم تسجيل العاملين السريريين المؤهلين، الدائمين والمؤقتين، للممارسة لدى هيئة مناسبة.                                                                                            | أ-1-5-2 هناك عملية محددة لضمان تسجيل جميع العاملين السريريين للممارسة لدى هيئة مناسبة.                                                                             |
| تمت إعادة الصياغة | أ-1-5-2-1-5-2 تعكس مستويات توظيف العاملين السريريين احتياجات المرضى في جميع الأوقات.                                                                                                   | أ-1-5-1-1-5-1 تكفل القيادة توفير أعداد كافية من العاملين الأكفاء لتقديم رعاية آمنة للمرضى في جميع الأوقات. تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                       |
| تم الدمج          | أ-2-5-2 يتوفر عدد كاف من عاملي الدعم غير السريريين المُدرَّبين والمناسبين لتلبية احتياجات المرضى في جميع الأوقات.                                                                      | تم الدمج مع أ-1-5-1                                                                                                                                                |
| تمت الترقية       | أ-1-3-2 يتوفر لدى المستشفى برنامج لمنع العنف في مكان العمل.                                                                                                                            | أ-2-5-2 يتوفر لدى المستشفى برنامج لمنع العنف في مكان العمل. تمت الترقية إلى المعايير الأساسية.                                                                     |
| جديد              |                                                                                                                                                                                        | أ-6 يتوفر لدى المستشفى نظام لإدارة المعلومات يدعم الممارسات الآمنة في جميع الأقسام.                                                                                |
| تمت إعادة الصياغة | أ-1-2-6 يتوفر لدى المستشفى سياسات وإجراءات لجميع أقسامه وخدماته، ونُظِم لرصد تنفيذها.                                                                                                  | أ-1-2-6-1 هناك عملية لوضع ومراقبة جميع الوثائق والسياسات والإجراءات لجميع الأقسام بطريقة منسقة ومضبوطة.                                                            |
| تمت إعادة الصياغة | ب-1 تُدرج سلامة المرضى في بيان حقوق المرضى والأسر الخاص بالمستشفى.                                                                                                                     | ب-1 هناك برنامج لحماية حقوق المرضى، ويشمل سلامة المرضى.                                                                                                            |
| تمت إعادة الصياغة | ب-1-2-1 يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى في مكان مرئي للمرضى.                                                                                                                      | ب-1-2-1 يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى وهو متاح لجميع المرضى والأسر والزوار.                                                                                 |
| تم الحذف          | ب-1-3-1 إطلاع المرضى وأسرهم على حقوقهم وإمامهم بها.                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |
| جديد              |                                                                                                                                                                                        | ب-3-2-1 هناك عملية مُوثَّقة للتعامل مع رفض المرضى للعلاج.                                                                                                          |
| جديد              |                                                                                                                                                                                        | ب-2-1-4 يبلغ المستشفى المرضى بمسؤولياتهم أثناء تلقي الرعاية.                                                                                                       |
| تم الحذف          | ب-1-3-1 يشارك المرضى والمجتمع المحلي في وضع حقوق المرضى والأسر.                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |
| تمت إعادة الصياغة | ب-1-2-1 يوقع المريض أو الشخص المخول له على الموافقة المستنيرة. ويتم إخطاره مسبقًا بجميع المخاطر والفوائد والآثار الجانبية المحتملة للعملية. ويشرحها الطبيب، وتشرف الممرضة على التوقيع. | ب-1-2-1 يتم الحصول على الموافقة المستنيرة، قبل إجراء يتطلب موافقة مستنيرة، بواسطة عاملين مُدرَّبين بالطريقة وباللغة التي يمكن للمريض أو الشخص المُخَوَّل له فهمها. |
| تمت إعادة الصياغة | ب-2-2-1 يعمل المستشفى على بناء الوعي الصحي لدى جميع مرضاه وأسرهم بشأن مشكلتهم الصحية المحددة والمسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى.                                                   | ب-2-2-1 يوفر المستشفى التثقيف الذي يدعم مشاركة المرضى والأسر في قرارات الرعاية وفي المسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى.                                          |

| التغييرات               | الطبعة الثانية                                                                                                                                                                                 | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت إعادة الصياغة       | ب-2-2-3 يُدرَّب المستشفى مقدمي الرعاية للمرضى على رعايتهم بعد تخريجهم من المستشفى.                                                                                                             | ب-2-2-3 يُدرَّب المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية على الرعاية بعد تخريجهم من المستشفى.                                                                                                  |
| جديد                    |                                                                                                                                                                                                | ب-2-2-4 عند الإدخال إلى المستشفى، يتم تقييم التاريخ الطبي الكامل وخطة العلاج والاحتياجات وتسجيلها في السجل الطبي للمرضى.<br>المعايير الأساسية.                                       |
| جديد                    |                                                                                                                                                                                                | ب-2-2-5 عند تخريج المريض، تتم مشاركة ملخص التخريج/الإحالة التفصيلي مع المريض وطبيبته الأساسي.<br>المعايير الأساسية.                                                                  |
| جديد                    |                                                                                                                                                                                                | ب-2-2-6 تُراعى أساليب التثقيف ثقافة المرضى وأسرهم وقيمهم وتفضيلاتهم.                                                                                                                 |
| تمت إعادة الصياغة       | ب-2-3-2 يمتلك المستشفى موقعًا إلكترونيًا للرعاية الصحية ويمكن للمرضى الوصول إليه.                                                                                                              | ب-2-3-2 يقدم المستشفى المشورة بشأن سلامة المرضى من خلال وسائط متعددة، بما يشمل المواد المطبوعة ووسائل التواصل الاجتماعي وعبر موقع إلكتروني متاح للعامة.                              |
| جديد                    |                                                                                                                                                                                                | ب-2-2-7 تتم توعية المرضى وتشجيعهم على التعبير عن آرائهم فيما يتعلق بالتحديات العالمية الثلاثة لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية.<br>المعايير التنموية.                             |
| تمت إعادة الصياغة       | ب-1-3-1 تتطلب عملية تحديد الهوية المستخدمة في جميع أنحاء المستشفى طريقتين على الأقل لتحديد هوية المريض، ويستخدم هذان المُعرِّفان في جميع الأماكن داخل المستشفى وفي أي ظرف يتضمن تدخلات المريض. | ب-1-3-1 تتطلب عملية تحديد الهوية المستخدمة في جميع أنحاء المستشفى طريقتين على الأقل لتحديد هوية المريض.                                                                              |
| تمت إعادة الصياغة       | ب-1-2-3 هناك نظام لتحديد حالات الحساسية.                                                                                                                                                       | ب-1-2-3 هناك نظام لتحديد حالات الحساسية وتوثيقها.                                                                                                                                    |
| جديد                    |                                                                                                                                                                                                | ب-2-2-3 يتم احترام حق المرضى في خصوصية الرعاية والمعلومات وسريتها.                                                                                                                   |
| تمت إعادة الصياغة       | ب-1-3-3 يستخدم المستشفى الباركود مع أرقام التحقق لتحديد هوية المرضى.                                                                                                                           | ب-1-3-3 يستخدم المستشفى الباركود لتحديد هوية المرضى.                                                                                                                                 |
| تم الدمج وإعادة الصياغة | ب-2-2-4 يخطط المستشفى لفعاليات تهدف إلى تعزيز سلامة المرضى، من خلال عقد اجتماعات منتظمة مع المجموعات المدنية والمنظمات غير الحكومية وقادة المجتمع المحلي. تم الدمج مع ب-1-2-4                  | ب-1-2-4 يُجري المستشفى حملات لسلامة المرضى، بهدف تبادل الحلول وزيادة الوعي بشأن سلامة المرضى في المجتمع المحلي.                                                                      |
| تمت إعادة الصياغة       | ب-1-3-5 يوجد في المستشفى نظام إفصاح مهيكَل للمرضى ومقدمي الرعاية لهم والعاملين.                                                                                                                | ب-1-2-5 يتوفر لدى المستشفى سياسة معنية بالإفصاح عن الحوادث للعاملين والمرضى ومقدمي الرعاية لهم. تمت الترقية إلى المعايير الأساسية.                                                   |
| تمت إعادة الصياغة       | ب-2-3-5 يتوفر لدى المستشفى وسيط معني بالرعاية الصحية يشرح الحوادث للمرضى ومقدمي الرعاية لهم.                                                                                                   | ب-2-2-5 يوجد في المستشفى خدمة لدعم المرضى تهدف إلى شرح المعلومات التي يحصلون عليها من الفريق السريري، أو تفسير الحوادث للمرضى ومقدمي الرعاية لهم. تمت الترقية إلى المعايير الأساسية. |

| التغييرات         | الطبعة الثانية                                                                                                                                       | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                      |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت إعادة الصياغة | ب-6 يشجع المستشفى المرضى على التحدث عن مخاوفهم، ويتخذ إجراءات بشأنها.                                                                                | ب-6 يشجع المستشفى استقبال التعقيبات من المرضى، ويتخذ إجراءات لمعالجة مخاوفهم والرد على إطراءاتهم.                                                                   |
| تمت إعادة الصياغة | ب-6-1-2 يستقبل المستشفى تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم باستخدام مختلف الأدوات.                                                                    | ب-6-1-2 يستقبل المستشفى تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم من خلال عمليات تفاعلية واستباقية.                                                                         |
| تمت إعادة الصياغة | ب-6-2-2 يستجيب المستشفى لشكاوى المرضى عن طريق إرسال تعقيبات لهم بشأن كيفية التعامل مع كل شكوى والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار هذه الشكاوى.     | ب-6-2-2 هناك عملية لتقديم التعقيبات (الإطراء أو الشكاوى أو التحسين)، وتشمل كيفية تلقيها واستقصائها وحلها في وقت محدد، وتُتاح هذه العملية للمرضى وأسرهم وعامة الناس. |
| تمت إعادة الصياغة | ب-6-1-3 يُشرك المستشفى المرضى و/أو جمعيات الدفاع عن سلامة المرضى ومُكثِّهم من وضع السياسات واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.              | ب-6-1-3 يُشرك المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم في هياكل الحوكمة، ووضع السياسات، وتنفيذ مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.                                       |
| تم الدمج          | ب-6-3-2 يوفر المستشفى لوحة دردشة/رسائل للمرضى ومقدمي الرعاية لهم لكتابة شواغلهم ومشاركة الحلول الناجحة.                                              | تم دمج ب-6-3-2 مع ب-6-1-2                                                                                                                                           |
| تم الحذف          | ب-7-1-2 عاملو المستشفى مُدربون على تقديم الدعم والتعامل مع مخاوف المرضى.                                                                             | ب-7-1-2 يوفر المستشفى للمرضى بيئة تتمتع بالخصوصية والسرية وتراعي الجنسين.                                                                                           |
| تمت إعادة الصياغة | ب-7-2-2 يتوفر لدى المستشفى وسائل ترفيه للمرضى.                                                                                                       | ب-7-2-2 يوفر المستشفى مساحة للتفاعل الاجتماعي، بما يشمل وسائل ترفيه للمرضى.                                                                                         |
| تم الحذف          | ب-7-2-4 يدعم عاملو المستشفى أسرة المريض في حالات الاحتضار.                                                                                           |                                                                                                                                                                     |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-1-1 يحافظ المستشفى على قنوات واضحة لتوصيل النتائج الحرجة العاجلة.                                                                                | ج-1-1-1 تحافظ قيادة المستشفى على قنوات اتصال فعّالة على مستوى المستشفى، بما يشمل توصيل النتائج الحرجة العاجلة.                                                      |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-2-8 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية (بمن فيهم العاملون في نوبات العمل).                              | ج-1-2-5 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية وبين نوبات العمل. تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                             |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-2-9 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية المعنية برعاية الولادة الآمنة، بما يشمل القائمة المرجعية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الولادة الآمنة.          | ج-1-1-6 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية والمسارات المعنية برعاية الولادة الآمنة. تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                  |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-2-6 يحتفظ المستشفى بقائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية، وقائمة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى. | ج-1-2-6 يحتفظ المستشفى بقائمة معتمدة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات لاستخدامها في المستشفى.                                                                     |
| جديد              |                                                                                                                                                      | ج-1-2-7 هناك عملية لدمج وتنسيق الرعاية المقدمة لكل مريض داخل الأقسام وفيما بينها ومع الخدمات الخارجية ذات الصلة بها.                                                |



| التغييرات         | الطبعة الثانية                                                                                                                                          | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت الترقية       | ج-1-2-7 يقلل المستشفى استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية ونقل النتائج شفهيًا وهاتفيًا، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا. | تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                                                                                                                                             |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية حيثما كان ذلك مناسبًا، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية حيثما كانت متاحة.    | ج-1-2-1 يوجد في المستشفى عملية لوضع مبادئ توجيهية سريرية، ولجنة مبادئ توجيهية سريرية محلية تجتمع بانتظام لاختيار المبادئ التوجيهية والبروتوكولات والقوائم المرجعية ذات الصلة بالسلامة وتطويرها وضمان تنفيذها. |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-2-1 يوجد في المستشفى برنامج مُطبّق للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل مخططًا تنظيميًا ومبادئ توجيهية وخطة ودليلاً.                               | ج-1-2-1 يوجد في المستشفى برنامج منسق لجميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها يشمل جميع التخصصات.                                                                                                              |
| تمت إعادة الصياغة | ج-2-1-2 يضمن المستشفى التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات، مع التركيز بصورة خاصة على المناطق المرتفعة المخاطر.                               | ج-2-1-2 يضمن المستشفى التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات.                                                                                                                                         |
| جديد              | ج-2-1-3 يوجد شخص مؤهل ومعين مسؤول عن جميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها. المعايير الحاسمة.                                                          |                                                                                                                                                                                                               |
| تمت إعادة الصياغة | ج-2-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.                      | ج-2-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية المسندة بالبيانات للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل استراتيجية التحسين المتعددة الأنماط لمنظمة الصحة العالمية المعنية ببرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها الفعالة. |
| تم النقل          | ج-2-2-3 يوجد في المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.                                                                              | ج-2-2-3 يوجد في المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المكتسبة في المستشفيات.                                                                                                                                      |
| تمت إعادة الصياغة | ج-2-2-7 يجري فحص العاملين قبل توظيفهم وبعد ذلك بانتظام للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال.                                             | ج-2-2-6 يجري فحص العاملين قبل توظيفهم، حسب أفضل الممارسات، وبعد ذلك للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال.                                                                                      |
| تمت إعادة الصياغة | ج-1-3-1 ينفذ المستشفى مبادئ توجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته.                                        | ج-1-3-1 ينفذ المستشفى مبادئ توجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الجيد والآمن ومنتجاته.                                                                                       |
| تم الحذف والدمج   | ج-1-3-2 يوجد في المستشفى إجراءات مأمونة قبل نقل الدم. تم الدمج مع ج-2-3-1                                                                               | ج-1-3-2 يضمن المستشفى تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين. تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                                  |
| تم الحذف          | ج-3-3-1 يستخدم المستشفى ممارسات سريرية للحد من فقدان الدم والحاجة إلى نقل الدم. تم تغطيته في ج-3-3-2                                                    |                                                                                                                                                                                                               |
| تم النقل          | ج-2-4-1 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لضمان ممارسات الحقن الآمن.                                                                                             | تم النقل إلى أ-5-6-2                                                                                                                                                                                          |
| تمت إعادة الصياغة | ج-2-5-1 يغطي نظام الأدوية الآمنة في المستشفى: الاختيار والشراء وتخزين الأدوية؛ وطلب الأدوية وتسجيلها؛ والتحضير والصرف؛ وإعطاء الأدوية والمتابعة.        | ج-1-4-1 يوفر الصيدلي المرخص له نظامًا لإدارة الأدوية يُلبّي احتياجات المرضى، ويستوفي اللوائح المعمول بها، ويلتزم بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية. المعايير الحاسمة.                                  |



| التغييرات                | الطبعة الثانية                                                                                                              | الطبعة الثالثة                                                                                                              |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تمت إعادة الصياغة        | ج-5-2-6 يوجد في المستشفى نظام للتدبير العلاجي للألم، ويتحكم في الحصول على المنتجات المخدرة في أقسام المرضى الداخليين.       | ج-4-2-5 يمثل المستشفى للتشريعات المتعلقة باستخدام المنتجات المخدرة والمجدولة والحصول عليها وتخزينها.                        |
| تمت إعادة الصياغة        | ج-5-3-1 يوجد في المستشفى صيادلة سريريون يشاركون في طلبات الأدوية ونظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية. | ج-4-3-1 يوجد في المستشفى صيادلة سريريون يشاركون في طلبات الأدوية ونظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية. |
| تمت الترقية              | ج-5-3-2 يطبق المستشفى سياسة وإجراءات للتعامل مع الأخطاء الدوائية.                                                           | تمت الترقية إلى المعايير الأساسية.                                                                                          |
| تم النقل                 | ج-6-2-1 يوجد في المستشفى نظام لحفظ السجلات الطبية ويحافظ عليه.                                                              | تم النقل إلى أ-6-2-2                                                                                                        |
| تم النقل والدمج          | ج-6-2-2 يضمن المستشفى أن يكون لكل مريض سجل طبي واحد مكتمل مع معرف فريد.                                                     | تم النقل والدمج مع أ-6-2-2                                                                                                  |
| تم النقل وإعادة الصياغة  | ج-6-2-3 يستخدم المستشفى رمزاً موحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة) والتشخيص والإجراءات.                 | أ-6-2-3 يستخدم المستشفى رمزاً موحدة لتشخيص الأمراض والإجراءات.                                                              |
| تم النقل وإعادة الصياغة  | ج-6-2-4 يضمن المستشفى سهولة وصول مقدمي الرعاية إلى السجلات الطبية كلما دعت الحاجة إلى ذلك.                                  | أ-6-2-4 يضمن المستشفى أن السجلات الطبية مؤمنة ويسهل الوصول إليها بواسطة مقدمي الرعاية كلما دعت الحاجة إلى ذلك.              |
| تم النقل وإعادة الصياغة  | ج-6-3-1 يمكن للمرضى الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية الاستعراض والتعديل.                                                | ب-4-3-2 يمكن للمرضى الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية التماس التوضيح من الطبيب الممارس المعني.                           |
| تم النقل                 | ج-6-3-2 يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية مع نظام احتياطي مناسب.                       | تم النقل إلى د-1-3-1                                                                                                        |
| تم الحذف                 | ج-6-3-3 يوجد في المستشفى نظام الإدخال المحوسب لتعليمات الطبيب المعالج.                                                      |                                                                                                                             |
| تم الحذف                 | ج-6-3-4 يوجد في المستشفى نظام آلي للإنذار السريري.                                                                          |                                                                                                                             |
| تمت إعادة الصياغة        | د-1-2-1 يوجد في المستشفى لجنة متعددة التخصصات معنية بالسلامة البيئية.                                                       | د-1-2-1 يوجد في المستشفى شخص مُعين مسؤول عن السلامة البيئية بدعم من لجنة متعددة التخصصات.                                   |
| تمت إعادة الصياغة        | د-1-2-2 تحسين تصميم المستشفيات لتوفير بيئة آمنة، بما يشمل مكافحة العدوى.                                                    | د-1-2-2 تحسين تصميم المستشفيات لتوفير بيئة آمنة، بما يشمل مكافحة العدوى والفصل بين الأماكن النظيفة والمتسخة.                |
| تمت إعادة الصياغة        | د-1-2-3 يتوفر لدى المستشفى برنامج صيانة وقائية للبيئة المادية.                                                              | د-1-2-3 يتوفر لدى المستشفى برنامج صيانة وقائية للمعدات الطبية والبيئة المادية.                                              |
| تمت إعادة الصياغة والدمج | د-1-2-6 ينفذ المستشفى خطة طوارئ خارجية.<br>تم الدمج مع د-1-2-7                                                              | د-1-2-6 يضع المستشفى خطاً للطوارئ الداخلية والخارجية ويختبرها.                                                              |

| التغييرات               | الطبعة الثانية                                                                                                                                                                    | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جديد                    | د-1-2-7 يوفر المستشفى نظامًا للرصد يُطلق إنذارًا عندما تكون الخدمات الحيوية معرضة للخطر، مثل الكهرباء والمياه والغازات الطبية.<br>المعايير الأساسية.                              | د-1-2-7 يوفر المستشفى نظامًا للرصد يُطلق إنذارًا عندما تكون الخدمات الحيوية معرضة للخطر، مثل الكهرباء والمياه والغازات الطبية.<br>المعايير الأساسية.                              |
| تمت إعادة الصياغة       | د-1-2-8 ينفذ المستشفى برنامجًا للسلامة من الحرائق والأدخنة يتضمن خطة إخلاء.                                                                                                       | د-1-2-8 ينفذ المستشفى برنامجًا للسلامة من الحرائق والأدخنة يتضمن خطة إخلاء.                                                                                                       |
| جديد                    | د-1-2-15 يوفر المستشفى آليات لضمان الإمداد الاحتياطي بالخدمات الأساسية، بما يشمل الغازات الطبية والمياه والكهرباء.                                                                | د-1-2-15 يوفر المستشفى آليات لضمان الإمداد الاحتياطي بالخدمات الأساسية، بما يشمل الغازات الطبية والمياه والكهرباء.                                                                |
| تمت إعادة الصياغة       | د-1-2-9 يتوفر لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، وتشمل المياه والغازات الطبية والوقود ونظم الاتصالات والصيانة الوقائية، وخطة احتياطية في حالة العطل أو انقطاع الخدمات. | د-1-2-9 يتوفر لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، وتشمل المياه والغازات الطبية والوقود ونظم الاتصالات والصيانة الوقائية، وخطة احتياطية في حالة العطل أو انقطاع الخدمات. |
| تمت إعادة الصياغة       | د-1-2-10 يوجد في المستشفى برنامج مُطبّق للسلامة الإشعاعية.                                                                                                                        | د-1-2-10 يوجد في المستشفى برنامج للسلامة الإشعاعية، بما يشمل تعيين شخص مسؤول.                                                                                                     |
| تمت إعادة الصياغة       | د-1-2-1 يفصل المستشفى بين النفايات وفقًا لمستوى الخطر (انظر المبادئ التوجيهية) ويضطلع بترميزها لونيًا.                                                                            | د-2-2-5 يفصل المستشفى بين النفايات وفقًا لمستوى الخطر ويضطلع بترميزها لونيًا.                                                                                                     |
| تمت إعادة الصياغة       | د-1-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.                                                      | د-2-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل نفايات الأدوات الحادة).                                                                                                         |
| تمت إعادة الصياغة       | د-1-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن الإدارة الآمنة للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية.                          | د-2-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل الإدارة الآمنة للنفايات، بما يشمل تخزينها والتخلص منها على نحو آمن).                                                            |
| تمت إعادة الصياغة       | د-2-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات البيولوجية.                                                        | د-2-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل النفايات البيولوجية).                                                                                                           |
| تمت إعادة الصياغة       | د-2-2-3 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الكيميائية.                                                        | د-2-2-3 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل النفايات الكيميائية).                                                                                                           |
| تمت إعادة الصياغة       | د-2-2-4 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.                                                         | د-2-2-4 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل النفايات الإشعاعية).                                                                                                            |
| تمت الترقية             | هـ-1-2-1 تزويد جميع العاملين في المستشفى ببرنامج توجيهي بشأن سلامة المرضى.                                                                                                        | هـ-1-1 تزويد جميع العاملين في المستشفى ببرنامج توجيهي بشأن سلامة المرضى.<br>تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                                     |
| تمت إعادة الصياغة       | هـ-2-2-1 يعزز المستشفى التدريب المستمر لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى.                                                                                                | هـ-2-1 يوفر المستشفى التدريب والتعليم المستمرين لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى واحترام العاملين لحقوق المرضى.                                                         |
| تم النقل وإعادة الصياغة | هـ-1-3-1 جميع العاملين على دراية بإجراءات الإبلاغ عن الحوادث الوشيكة والأحداث الضارة والأحداث الخافرة، والخطوات الواجب اتخاذها أثناء الحدث السليبي أو بعده.                       | تم النقل إلى أ-2-2-5 والترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                                                                                               |

| التغييرات               | الطبعة الثانية                                                                                                                                                              | الطبعة الثالثة                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جديد                    |                                                                                                                                                                             | هـ-2-3-2 ينفذ المستشفى مشروعات لتحسين الجودة من أجل تعزيز أنشطة سلامة المرضى.                                                                                                       |
| تم النقل وإعادة الصياغة | هـ-2-3-1 ترصد لجنة الطاقم الطبي أو غيرها من اللجان كفاءة جميع المهنيين في مجال الرعاية الصحية.                                                                              | تم النقل إلى أ-5-2-1 والترقية إلى المعايير الأساسية.                                                                                                                                |
| تم النقل وإعادة الصياغة | هـ-2-3-2 يتحقق المستشفى من بيانات اعتماد جميع المهنيين في مجال الرعاية الصحية، بمن فيهم العاملون القادمون من مؤسسات وطنية وإقليمية ودولية أخرى.                             | تم النقل إلى أ-5-2-1 وإعادة الصياغة والترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                                                                                  |
| تم الدمج والنقل         | هـ-2-3-1 يُجري المستشفى دراسات مستعرضة لمنظمة الصحة العالمية بهدف تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، لضمان تقديم رعاية أكثر أماناً بصورة منتظمة مرة واحدة على الأقل كل عام. | تم الدمج مع هـ-3-3-1 والنقل إلى هـ-2-3-1. يُجري المستشفى دراسات استباقية و/أو استرجاعية و/أو مستعرضة بهدف تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، لتحسين مأمونية الرعاية، على أساس سنوي. |
| تم النقل وإعادة الصياغة | هـ-2-3-3 يتوفر لدى المستشفى نظام مُطبَّق للإبلاغ عن الأحداث الضارة والأحداث الخافرة والحوادث الوشيكة.                                                                       | تم النقل إلى أ-2-2-5. تمت الترقية إلى المعايير الحاسمة.                                                                                                                             |

## القسم 2. مقاييس إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

**القسم 2** يحتوي على جدول بالمقاييس الخاصة بكل مجال من المجالات الرئيسية الخمسة، إلى جانب عدد من المعايير الحاسمة والأساسية والتنموية لكل مقياس.

وترد تفاصيل كل مقياس على حدة، مع وضع كل معيار من معاييرها في جدول منفصل يحتوي أيضاً على إرشادات بشأن الأدلة الرئيسية على وثائق الامتثال لكل معيار.

وللمساعدة في عملية التنفيذ والتقييم، يوجد مزيد من التفاصيل عن المقابلات والملاحظات وقائمة بالوثائق في القسم 3.

**الجدول 1: (سبق ذكره): توزيع المعايير المُصنَّفة حسب المجالات الخمسة لإطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى**

| المجالات (الطبعة الثالثة)                                            | المعايير الحاسمة | المعايير الأساسية | المعايير التنموية | إجمالي المعايير في كل مجال |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| أ- القيادة والإدارة (6 مقاييس: أ-1 - أ-6)                            | 7                | 26                | 3                 | 36                         |
| ب- إشراك المرضى والعامة (7 مقاييس: ب-1 - ب-7)                        | 2                | 22                | 7                 | 31                         |
| ج- الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيانات (4 مقاييس: ج-1 - ج-4) | 14               | 24                | 2                 | 40                         |
| د- البيئة الآمنة (مقياسان: د-1 - د-2)                                | 1                | 20                | 1                 | 22                         |
| هـ- التعلُّم مدى الحياة (مقياسان: هـ-1 - هـ-2)                       | 1                | 2                 | 2                 | 5                          |
| <b>الإجمالي</b>                                                      | <b>25</b>        | <b>94</b>         | <b>15</b>         | <b>134</b>                 |

### المجال (أ): القيادة والإدارة

| المجال              | بيان المقاييس                                                                                              | عدد المعايير |           |          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|----------|
|                     |                                                                                                            | حاسمة        | أساسية    | تنموية   |
| أ- القيادة والإدارة | أ-1 تلتزم القيادة والحوكمة بسلامة المرضى.                                                                  | 3            | 4         | 1        |
|                     | أ-2 يوجد في المستشفى برنامج لسلامة المرضى.                                                                 | 1            | 7         | 1        |
|                     | أ-3 يستخدم المستشفى البيانات لتحسين أداء السلامة.                                                          | 0            | 2         | 1        |
|                     | أ-4 يمتلك المستشفى المعدات والإمدادات الأساسية والفعالة اللازمة لتقديم خدماته.                             | 1            | 3         | 0        |
|                     | أ-5 تكفل القيادة توفير عاملين أكفاء، بمن فيهم ممارسون مستقلون ومتطوعون، لتقديم رعاية آمنة في جميع الأوقات. | 2            | 6         | 0        |
|                     | أ-6 يتوفر لدى المستشفى نظام لإدارة المعلومات يدعم الممارسات الآمنة في جميع الأقسام.                        | 0            | 4         | 0        |
|                     | <b>الإجمالي</b>                                                                                            | <b>7</b>     | <b>26</b> | <b>3</b> |



| أ-1                                  | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                  | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تلتزم القيادة والحوكمة بسلامة المرضى | المعايير الحاسمة  | أ-1-1-1 يتوفر لدى المستشفى خطة استراتيجية تضع سلامة المرضى ضمن الأولويات.                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>خطة استراتيجية تتضمن أدلة على أهداف سلامة المرضى.</li> <li>خطة تشغيلية تتضمن أدلة على نشاط سنوي لسلامة المرضى.</li> </ul>                                                                                            |
|                                      |                   | أ-1-1-2 هناك نظام معترف به للقيادة/الحوكمة المؤسسية والسريية في المستشفى.                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>المخطط التنظيمي الذي يوضح علاقات الإشراف/الإبلاغ بين جميع العاملين وجميع الأقسام.</li> <li>الوصف الوظيفي للرئيس التنفيذي والمدير الطبي أو ما يعادلهم.</li> </ul>                                                     |
|                                      |                   | أ-1-1-3 تعزز القيادة ثقافة سلامة المرضى من خلال القيام بجولات شهرية للتحقق من سلامة المرضى وتحديد المشكلات واتخاذ إجراءات بشأنها.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>الجدول الزمني للجولات التنفيذية.</li> <li>أفراد فريق الجولات.</li> <li>المحاضر والإجراءات المتخذة.</li> <li>إبداء التعقيبات للعاملين.</li> </ul>                                                                     |
|                                      | المعايير الأساسية | أ-1-2-1 توفر القيادة الموارد، بما يشمل ميزانية سنوية لأنشطة سلامة المرضى، بناءً على خطة عمل تفصيلية.                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>ميزانية المستشفى التي تحتوي على بند مخصص لسلامة المرضى.</li> <li>الموارد المالية لبرنامج الوقاية من العدوى ومكافحتها؛ وتدريب العاملين.</li> </ul>                                                                    |
|                                      |                   | أ-1-2-2 توفر القيادة إطاراً للإدارة الأخلاقية التي تدعم اتخاذ القرارات في مجال الرعاية السريية وإدارة البحوث.                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>مدونة الأخلاقيات، مثلاً فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية.</li> <li>سياسة الدعم الأخلاقي للقرارات السريية الصعبة.</li> <li>سياسة أخلاقيات البحوث.</li> </ul>                                              |
|                                      |                   | أ-1-3-1 تُقيم القيادة ثقافة سلامة المرضى على أساس سنوي، مع استعراض خطط العمل الناتجة كل ثلاثة أشهر.                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية تقييم ثقافة سلامة المرضى باستخدام استبيان، مثل استبيان وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة لتقييم ثقافة سلامة المرضى.</li> <li>عملية تقييم ثقافة سلامة المرضى، قبل تنفيذ برنامج سلامة المرضى وخلالها.</li> </ul> |
|                                      |                   | أ-1-4-2 تحتفي القيادة كل عام بيوم منظمة الصحة العالمية لنظافة الأيدي (5 أيار/مايو) واليوم العالمي لسلامة المرضى (71 أيلول/سبتمبر) وتحتفل بهما. | <ul style="list-style-type: none"> <li>الدليل على أنشطة سلامة المرضى في المستشفى و/أو في المجتمع المحلي في يومي 5 أيار/مايو و17 أيلول/سبتمبر.</li> </ul>                                                                                                    |
|                                      | المعيار التنموي   | أ-1-3-1 تنص الخطط الاستراتيجية للمستشفى على بيانات الرسالة والرؤية والقيم، التي توضح ثقافة سلامة المرضى.                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>خطة استراتيجية تتضمن بيانات عن الرسالة والرؤية والقيم.</li> <li>دليل على سلامة المرضى ضمن البيانات.</li> </ul>                                                                                                       |

أ-1-1-1 يتوفر لدى المستشفى خطة استراتيجية تضع سلامة المرضى ضمن الأولويات.

#### العناصر القابلة للقياس:

- توثيق يوضح استراتيجية سلامة المرضى و/أو استراتيجية المستشفى.
- تفسير التقييم الذاتي و/أو التقييم الخارجي باستخدام دليل تقييم سلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية، وتحويل النتائج إلى خطة عمل لتحسين سلامة المرضى.
- خطة عمل تفصيلية لسلامة المرضى، تحتوي على استراتيجية للرصد.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• توثيق يوضح الخطة الاستراتيجية للمستشفى لضمان مقاييس سلامة المرضى.</li> <li>• تقارير رصد الأهداف الاستراتيجية للخطة، بما يشمل مخاطر الأحداث الضارة.</li> <li>• خطة عمل للتغلب على الثغرات المحددة، استنادًا إلى عمليات الرصد.</li> </ul>      | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• كيف توضح الخطة الاستراتيجية سلامة المرضى؟</li> <li>• كيف يُقَيَّم المستشفى سلامة المرضى فيما يتعلق بدليل تقييم سلامة المرضى؟</li> <li>• كيف تتعامل مع نتائج تقارير التقييم؟</li> <li>• كيف ترصد تنفيذ الإجراءات المتخذة وتتابعها؟</li> </ul> | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                         | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى خطة استراتيجية تضع سلامة المرضى ضمن الأولويات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالًا جزئيًا للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئيًا.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى خطة استراتيجية تضع سلامة المرضى ضمن الأولويات، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-1-1-2 هناك نظام معترف به للقيادة/الحوكمة المؤسسية والسريية في المستشفى.

## العناصر القابلة للقياس:

- المخطط التنظيمي الذي يوضح التسلسل الهرمي وعلاقات الإبلاغ لفريق التدبير العلاجي السريري على مستوى جميع العاملين وجميع الأقسام.
- الوثائق التي توضح الوصف الوظيفي للرئيس التنفيذي والمدير الطبي أو ما يعادلها.
- الوثائق التي توضح أدوار ومسؤوليات فريق الحوكمة المؤسسية والسريية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>المخطط التنظيمي الذي يوضح التسلسل الهرمي وعلاقات الإبلاغ لفريق التدبير العلاجي السريري والإدارة المؤسسية على مستوى جميع العاملين وجميع الأقسام.</li> <li>الوثائق التي توضح الوصف الوظيفي للرئيس التنفيذي والمدير الطبي أو ما يعادلها.</li> <li>الوثائق التي توضح أدوار ومسؤوليات فريق الحوكمة المؤسسية والسريرية.</li> <li>تقارير التقييم الداخلي أو الخارجي.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>كيف يوجّه المستشفى فريق الإدارة حول أدوارهم ومسؤولياتهم؟</li> <li>هل هناك نظام إبلاغ فعال؟</li> <li>كيف تتدفق المعلومات عبر الهيكل؟</li> <li>وجه هذا السؤال للشخص المعني: كيف يجري رصد فعالية نظام الحوكمة السريرية داخل المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>لافتات المكاتب التي توضح المكاتب المختلفة لأعضاء فريق الإدارة، مثل المديرين والمديرين المناوبين والأطباء السريريين المناوبين وغيرهم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان هناك نظام واضح ومُعترف به للقيادة/الحوكمة المؤسسية والسريرية في المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى نظام واضح للقيادة السريرية، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-1-1-3** تعزز القيادة ثقافة سلامة المرضى من خلال القيام بجولات شهرية للتحقق من سلامة المرضى وتحديد المشكلات واتخاذ إجراءات بشأنها.

## العناصر القابلة للقياس:

- تقارير الجولات التنفيذية المعنية بسلامة المرضى على أساس شهري.
- الدليل على إجراء جولات تنفيذية للتحقق من سلامة المرضى، من أجل تعزيز ثقافة سلامة المرضى، ومعرفة المخاطر في النظام، والعمل على الاستفادة من فرص تحسين سلامة المرضى.
- يجري إدخال تحسينات بناءً على النتائج.
- التعقيبات المرسلة إلى العاملين التي تقترح تحسينات أو تحدد فرصة للتحسين.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عينات عشوائية طبقية من تقارير الجولات التنفيذية المعنية بسلامة المرضى.</li> <li>• عينات عشوائية طبقية من التقارير التي توضح التحسينات المدخلة بناءً على نتائج الجولات التنفيذية المعنية بسلامة المرضى.</li> <li>• عينات عشوائية طبقية من رسائل التعقيبات البريدية/الإلكترونية للعاملين، التي توضح أن التحسينات المقترحة قد تم أخذها في الاعتبار وتنفيذها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل هناك دليل على إجراء جولات تنفيذية للتحقق من سلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## حساب الدرجات:

- إذا كانت القيادة تُجري جولات تنفيذية منتظمة للتحقق من سلامة المرضى، من أجل تعزيز ثقافة سلامة المرضى، ومعرفة المخاطر في النظام، والعمل على الاستفادة من فرص تحسين سلامة المرضى من خلال إعداد تقارير وخطط عمل للتحسين، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى القيادة دليل على إجراء جولات تنفيذية منتظمة للتحقق من سلامة المرضى، من أجل تعزيز ثقافة سلامة المرضى، ومعرفة المخاطر في النظام، والعمل على الاستفادة من فرص تحسين سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-1-2-1 توفر القيادة الموارد، بما يشمل ميزانية سنوية لأنشطة سلامة المرضى، بناءً على خطة عمل تفصيلية.**

## العناصر القابلة للقياس:

- يتم تخصيص موارد لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ميزانية سنوية لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية.</li> </ul>                  |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل هناك دليل على تخصيص بند في الميزانية لجميع خطط العمل المعنية بسلامة المرضى؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                      |

## حساب الدرجات:

- إذا كان هناك ميزانية سنوية للمستشفى لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان هناك ميزانية سنوية للمستشفى لبعض من أنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك دليل على وجود ميزانية سنوية للمستشفى لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية، فلا تُستوفى الدرجة.



### أ-1-2 توفر القيادة إطاراً للإدارة الأخلاقية التي تدعم اتخاذ القرارات في مجالي الرعاية السريرية وإدارة البحوث. العناصر القابلة للقياس:

- مدونة الأخلاقيات، مثلاً فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية.
- عملية رصد الامتثال لمدونة الأخلاقيات.
- سياسات وإجراءات تنفيذ مدونة الأخلاقيات.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات تنفيذ مدونة الأخلاقيات.
- تُعقد اجتماعات اللجنة الأخلاقية بانتظام.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• مدونة الأخلاقيات، مثلاً فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية.</li> <li>• التقارير التي تتضمن رصد الامتثال لمدونة الأخلاقيات.</li> <li>• سياسات وإجراءات تنفيذ مدونة الأخلاقيات.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات تنفيذ مدونة الأخلاقيات.</li> <li>• تقارير اجتماعات اللجنة الأخلاقية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يتبع مدونة الأخلاقيات، مثلاً فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية، من خلال التقارير المنتظمة لاجتماعات لجنة الأخلاقيات، كما يتضح في مدونة أخلاقيات المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                         | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا اتبع المستشفى مدونة للأخلاقيات، كما يتضح من التقارير المنتظمة لاجتماعات لجنة الأخلاقيات ومن مدونة الأخلاقيات القائمة للمستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتبع المستشفى مدونة للأخلاقيات، كما يتضح من التقارير المنتظمة لاجتماعات لجنة الأخلاقيات ولا توجد مدونة أخلاقيات للمستشفى، فلا تُستوفى الدرجة.

### أ-1-2-3 تُقيّم القيادة ثقافة سلامة المرضى على أساس سنوي، مع استعراض خطط العمل الناتجة كل ثلاثة أشهر.

#### العناصر القابلة للقياس:

- عملية تقييم ثقافة سلامة المرضى باستخدام استبيان، مثل استبيان وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة لتقييم ثقافة سلامة المرضى.
- عملية تقييم ثقافة سلامة المرضى، قبل تنفيذ برنامج سلامة المرضى وخلاله، ويمكن تقييمها إما من خلال المواقف تجاه السلامة واستبيانات سلامة المرضى، أو النهج النوعية.
- يتم إبلاغ القيادة ببيانات الأداء وأنشطة تحسين الجودة كل ثلاثة أشهر.
- عملية تحليل البيانات المُجمّعة وتنفيذ خطة عمل للتحسين.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• استبيان لتقييم ثقافة سلامة المرضى بين العاملين.</li> <li>• نتائج المسوحات الخاصة بثقافة سلامة المرضى والإجراءات المتخذة نحو البيانات المُجمّعة.</li> <li>• تقارير تُرفع إلى القيادة عن بيانات الأداء وأنشطة تحسين الجودة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن القيادة تُقيّم ثقافة سلامة المرضى بين العاملين على أساس سنوي؟</li> </ul>                                                                                                                      |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |

## حساب الدرجات:

- إذا كانت القيادة تُقيّم ثقافة سلامة المرضى بين العاملين على أساس سنوي، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كانت القيادة تُقيّم ثقافة سلامة المرضى بين العاملين على أساس غير منتظم، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم تُقيّم القيادة ثقافة سلامة المرضى بين العاملين، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-1-2-4** تحتفي القيادة كل عام بيوم منظمة الصحة العالمية لنظافة الأيدي (5 أيار/مايو) واليوم العالمي لسلامة المرضى (17 أيلول/سبتمبر) وتحفل بهما.

## العناصر القابلة للقياس:

- يشارك المستشفى في الأنشطة والاحتفال باليوم العالمي لنظافة الأيدي واليوم العالمي لسلامة المرضى؛ ويضمن المستشفى إشراك المجتمعات المحلية في الأنشطة.
- تُوجّه القيادة نحو المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن نظافة الأيدي ومقاييس سلامة المرضى، كما تحتفي باليوم العالمي لكتيهم.
- الاحتفال بأبطال المستشفيات ومكافأهم على ضمان اتباع المبادئ التوجيهية والمقاييس التي وضعتها منظمة الصحة العالمية بشأن سلامة المرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• توثيق احتفال المستشفى ومساهماته في اليوم العالمي لنظافة الأيدي واليوم العالمي لسلامة المرضى، بما يشمل التقارير ومقاطع الفيديو والصور والمحاضرات.</li> <li>• قائمة الشرف (إن وجدت) للعاملين الذين يظهرون مستوى عاليًا من الأداء فيما يتعلق بسلامة المرضى، بما يشمل المبادئ التوجيهية لنظافة الأيدي.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل تتم توعية الطواقم السريرية والإدارية باليوم العالمي لنظافة الأيدي واليوم العالمي لسلامة المرضى؟</li> <li>• هل يضع فريق الإدارة والقيادة هذه التحديات ضمن الأولويات في جدول أعماله؟</li> </ul>                                                                                                              | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يحتفي باليوم العالمي لنظافة الأيدي واليوم العالمي لسلامة المرضى ويحتفل بهما سنويًا، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا لم ينظر المستشفى في الاحتفاء سنويًا باليوم العالمي لنظافة الأيدي واليوم العالمي لسلامة المرضى، تُستوفى الدرجة جزئيًا.
- إذا لم يشارك المستشفى في أي من هذه الأنشطة، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-1-3-1 تنص الخطط الاستراتيجية للمستشفى على بيانات الرسالة والرؤية والقيم، التي توضح ثقافة سلامة المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- توثيق يوضح رسالة المستشفى ورؤيته وقيمه في بيانات واضحة.
- الدليل على مراعاة اعتبارات سلامة المرضى في هذه البيانات.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• توثيق يوضح رسالة المستشفى ورؤيته وقيمه في بيانات واضحة.</li> <li>• الدليل على مراعاة اعتبارات سلامة المرضى في هذه البيانات.</li> </ul>                                                                                                                                         | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل تستطيع الإدارة العليا للمستشفى تحديد اعتبارات سلامة المرضى من خلال البيانات المكتوبة لرسالة المستشفى ورؤيته وقيمه؟</li> <li>• هل عاملو المستشفى على دراية برسالة المستشفى ورؤيته وقيمه، بالإضافة إلى الجانب الخاص بسلامة المرضى في كل من الرسالة والرؤية والقيم؟</li> </ul> | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ملاحظة ما إذا كانت هناك لوحة/لافتة مرئية للجميع، بمن فيهم المرضى والزوار، تشير إلى رسالة المستشفى ورؤيته وقيمه.</li> </ul>                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى رسالة استراتيجية واضحة ورؤية وقيم تعكس اعتبارات سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يستوفي جزئيًا العناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئيًا.
- إذا لم يُشر المستشفى إلى سلامة المرضى في خطته الاستراتيجية، أو لم يُشر إليها على الإطلاق، فلا تُستوفى الدرجة.

| أ-2                                   | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                                              | إرشادات بشأن<br>الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى برنامج سلامة المرضى. | المعايير الحاسمة  | أ-1-2-1 تكفل القيادة تعيين كبير عاملين مؤهل<br>يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق<br>بسلامة المرضى.                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوصف الوظيفي المُنسَق سلامة المرضى أو ما يماثله.</li> <li>• الهيكل التنظيمي.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                       | المعايير الأساسية | أ-2-2-1 يوجد في المستشفى هيئة داخلية/لجنة<br>متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى لتوجيه<br>جميع جوانب السلامة والمخاطر داخل المستشفى.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاصات الهيئة/اللجنة المتعددة التخصصات<br/>المعنية بالسلامة والمخاطر.</li> <li>• محاضر الاجتماعات كل شهرين.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |
|                                       |                   | أ-2-2-2 يتضمن برنامج سلامة المرضى جدولًا<br>لعمليات المراجعة ربع السنوية ويستخدم النتائج في<br>تحسين خدمات المرضى.                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• جدول زمني لعمليات المراجعة الشهرية، السريية<br/>والبيئية على حد سواء، بما يشمل تقييم إطار عمل<br/>المستشفيات المراجعة لسلامة المرضى.</li> <li>• التحسينات التي تُنفَّذ بناءً على النتائج.</li> </ul>                                                                                                                                               |
|                                       |                   | أ-3-2-2 يضطلع مدير سلامة المرضى بإعداد تقارير<br>عن مختلف أنشطة السلامة/المخاطر ويوزعها على<br>جميع العاملين كل ثلاثة أشهر.                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقديم تقارير ربع سنوية إلى عمالي المستشفى<br/>ومجلس الإدارة.</li> <li>• تقارير تشمل الإجراءات التي تم إنجازها في خطة<br/>عمل سلامة المرضى، والإحصاءات المتعلقة ببرنامج<br/>إدارة المخاطر.</li> </ul>                                                                                                                                               |
|                                       |                   | أ-4-2-2 تتم إدارة المخاطر المتعلقة بسلامة المرضى<br>على نحو استباقي.                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• إجراء للتركيز على تخفيف مخاطر التهديدات قبل<br/>حدوثها.</li> <li>• نظام الإبلاغ عن الحوادث الوشيكة.</li> <li>• الجدول الزمني للمراجعة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |
|                                       |                   | أ-5-2-2 يُستخدم إطار إدارة المخاطر، بما يشمل<br>خطة وسياسة وسجلًا لتحديد الأحداث الضارة وغيرها<br>من مخاطر السلامة التي يتعرض لها المرضى والزوار<br>والعاملون، والحد منها. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتألف إطار إدارة المخاطر من خطة وسياسة وسجل.</li> <li>• نظام تتبّع الحوادث الضارة والإبلاغ عنها.</li> <li>• سجل المخاطر الذي يشمل قائمة بجميع المخاطر<br/>ذات الأولوية، والمسؤولية المحددة، وخطة للتخفيف<br/>من هذه المخاطر.</li> </ul>                                                                                                            |
|                                       |                   | أ-6-2-2 يعقد المستشفى اجتماعات كل شهرين<br>بشأن المراجعة والوفيات.                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاصات لجنة المراجعة والوفيات.</li> <li>• عينات من عمليات استعراض الحالات والإجراءات<br/>المتخذة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                       |                   | أ-7-2-2 يضع مدير سلامة المرضى عملية لتحسين<br>فعالية التواصل بين جميع العاملين، وينفذها.                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات استراتيجية الاتصال من أجل: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ التسليم السريي/ الوضع، والمعلومات الأساسية،<br/>والتقييم، والتوصية</li> <li>○ الأوامر الهاتفية</li> <li>○ النتائج الحرجة</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                         |
|                                       | المعيار التنموي   | أ-1-3-2 يضطلع مدير سلامة المرضى بإعداد تقارير<br>عن مختلف أنشطة السلامة/المخاطر ويوزعها<br>خارجيًا.                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقارير عن الأنشطة المختلفة لسلامة المرضى، يتم<br/>توزيعها خارجيًا على وزارة الصحة ومنظمة الصحة<br/>العالمية /أو المنظمات المعنية بسلامة المرضى<br/>(متى كانت متاحة على المستوى الوطني)، على<br/>أساس سنوي على الأقل.</li> <li>• مقارنة تقارير المسح لإطار عمل المستشفيات<br/>المراجعة لسلامة المرضى بتلك الخاصة بالمستشفيات<br/>الأخرى.</li> </ul> |



**أ-1-2-1** تكفل القيادة تعيين كبير عاملين مؤهل يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى.

العناصر القابلة للقياس:

- اختصاصات مُنسّق سلامة المرضى أو ما يماثله.
- خطاب إخطار لُمُنسّق سلامة المرضى أو ما يماثله.

عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاصات مُنسّق سلامة المرضى أو ما يماثله.</li> <li>• خطاب إخطار لُمُنسّق سلامة المرضى أو ما يماثله.</li> </ul>          |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود شخص معيّن يُنسّق أنشطة سلامة المرضى وإدارة المخاطر (الإدارة الوسطى)؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                     |

حساب الدرجات:

- إذا كان هناك شخص مؤهل ومعين يُنسّق أنشطة سلامة المرضى وإدارة المخاطر (الإدارة الوسطى)، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك شخص معيّن يُنسّق أنشطة سلامة المرضى وإدارة المخاطر (الإدارة الوسطى)، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-2-1** يوجد في المستشفى هيئة داخلية/لجنة متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى لتوجيه جميع جوانب السلامة والمخاطر داخل المستشفى.

العناصر القابلة للقياس:

- اختصاصات الهيئة الداخلية/اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بسلامة المرضى أو ما يماثلها.
- محاضر اجتماعات الهيئة الداخلية/اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بسلامة المرضى أو ما يماثلها.
- خطاب إخطار الهيئة الداخلية/اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بسلامة المرضى.

عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>اختصاصات الهيئة الداخلية/اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بسلامة المرضى أو ما يماثلها.</li> <li>محاضر اجتماعات الهيئة الداخلية/اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بسلامة المرضى أو ما يماثلها.</li> <li>خطاب إخطار الهيئة الداخلية/اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بسلامة المرضى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى لديه هيئة داخلية أو أي لجنة أخرى متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى، يجتمع أعضاؤها بانتظام لضمان وجود برنامج شامل لسلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## حساب الدرجات:

- إذا كان هناك في المستشفى هيئة داخلية أو أي لجنة أخرى متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى، يجتمع أعضاؤها بانتظام لضمان وجود برنامج شامل لسلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك في المستشفى هيئة داخلية أو أي لجنة أخرى متعددة التخصصات معنية بسلامة المرضى، يجتمع أعضاؤها بانتظام لضمان وجود برنامج شامل لسلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-2-2** يتضمن برنامج سلامة المرضى جدولاً لعمليات المراجعة ربع السنوية ويستخدم النتائج في تحسين خدمات المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- مراجعة سلامة المرضى باستخدام دليل تقييم سلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية على أساس ربع سنوي.
- عملية تقييم ممارسات السلامة، قبل تنفيذ برنامج سلامة المرضى وخلالها.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>جدول برنامج سلامة المرضى لعمليات المراجعة ربع السنوية.</li> <li>تقارير مراجعة سلامة المرضى.</li> <li>الإجراءات المتخذة بشأن تقارير المراجعة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يطلع بمراجعة ممارسات السلامة لديه بصورة منتظمة؟</li> </ul>                                              |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                    |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يراجع ممارسات السلامة لديه على أساس ربع سنوي، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يراجع ممارسات السلامة لديه على أساس غير منتظم، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن المستشفى يراجع ممارسات السلامة لديه على أساس ربع سنوي، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-2-3** يضطلع مدير سلامة المرضى بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة السلامة/المخاطر ويوزعها على جميع العاملين كل ثلاثة أشهر.

#### العناصر القابلة للقياس:

- تقديم تقارير ربع سنوية إلى مجلس إدارة المستشفى.
- تقارير تشمل الإجراءات التي تم إنجازها في خطة عمل سلامة المرضى، والعقبات التي تمت مواجهتها، والقضايا الجديدة المتعلقة بسلامة المرضى التي ينبغي تناولها، والإحصاءات المتعلقة بتواتر الضرر العلاجي المنشأ والدروس المستفادة.
- إمكانية وصول العاملين إلى تقارير سلامة المرضى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | • تقارير بشأن مختلف أنشطة سلامة المرضى.                                                                                         |
| المقابلات                 | • العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعد تقارير بانتظام عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها داخلياً كل ثلاثة أشهر؟ |
| الملاحظة                  | • لا ينطبق.                                                                                                                     |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يعد تقارير بانتظام عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها داخلياً، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن المستشفى يعد تقارير عن مختلف أنشطة سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-2-4** تتم إدارة المخاطر المتعلقة بسلامة المرضى على نحو استباقي.

#### العناصر القابلة للقياس:

- سجل المخاطر.
- تحليل واحد على الأقل لنمط وآثار الإخفاق تم إجراؤه مرة واحدة في السنة.
- قد ينظر الفريق في إدراج "الأحداث التي يجب ألا تحدث مطلقاً" من أجل التقييم الاستباقي للمخاطر. والأحداث التي يجب ألا تحدث مطلقاً هي "أحداث ضارة خطيرة، يمكن الوقاية منها إلى حد كبير، وتثير قلق عامة الناس ومقدمي الرعاية الصحية، لغرض المساءلة العامة". وتشمل قائمة بالأخطاء الطبية أو الأحداث الضارة الخطيرة (مثل الجراحة في الموضع الخطأ بالجسم، أو قرح الضغط المكتسبة في المستشفى) التي يجب ألا تحدث للمريض على الإطلاق.
- التحسينات التي تُنفذ بناءً على النتائج.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقارير عن المشروعات الاستباقية لتحسين سلامة المرضى، مثل تناول الأهداف الدولية لسلامة المرضى.</li> <li>• وثائق واضحة مع تركيز محدد على الأحداث التي يجب ألا تحدث مطلقاً.</li> <li>• وثائق تحليل نمط وآثار الإخفاق التي توضح الدراسة الاستباقية للحوادث المحتملة المتعلقة بالمرضى.</li> <li>• تقرير يبين التدابير التصحيحية اللاحقة الموجهة نحو الوقاية من المخاطر على نحو استباقي.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على مشروعات استباقية لتحسين سلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كانت إدارة المخاطر تتم على نحو استباقي باستخدام تحليل نمط وآثار الإخفاق أو الأدوات الاستباقية الأخرى مرة واحدة سنوياً على الأقل، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم تكن إدارة المخاطر تتم على نحو استباقي، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-5** يُستخدم إطار إدارة المخاطر، بما يشمل خطة وسياسة وسجلاً، لتحديد الأحداث الضارة وغيرها من مخاطر السلامة التي يتعرض لها المرضى والزوار والعاملون، والحد منها.

## العناصر القابلة للقياس:

- يُستخدم إطار إدارة المخاطر (الخطة والسياسة والسجل) داخل المستشفى.
- نظام مناسب للإبلاغ عن الحوادث الضارة.
- شخص مُعيّن يكون مسؤولاً بصورة رئيسية عن تنسيق تنفيذ خطط وسياسات إدارة المخاطر ورصدها.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوثائق التي توضح تفاصيل سياسات وخطط المستشفى لإدارة المخاطر.</li> <li>• التقارير عن الأحداث الضارة التي توضح نظام الإبلاغ المعترف به عن الأحداث الضارة.</li> <li>• الوصف الوظيفي/الواجبات لشخص مُعيّن مسؤول عن تطبيق خطط إدارة المخاطر.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: ما سياسات واستراتيجيات إدارة المخاطر التي يتبعها المستشفى؟</li> <li>• العاملون المعنيون: كيف ترصدون التقدم المحرز في تنفيذ خطط إدارة المخاطر للتغلب على التحديات المحددة؟</li> </ul>                                             | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |



## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى خطة وسياسات واضحة لإدارة المخاطر، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضع المستشفى في اعتباره أي خطط أو سياسات لإدارة المخاطر، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-2-2-6 يعقد المستشفى اجتماعات كل شهرين بشأن المراضة والوفيات.

## العناصر القابلة للقياس:

- اختصاصات لجنة المراضة والوفيات أو ما يعادلها.
- محاضر اجتماعات لجنة المراضة والوفيات أو ما يعادلها.
- تكون الاجتماعات منتظمة وكل شهرين على الأقل.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاصات لجنة المراضة والوفيات أو ما يعادلها.</li> <li>• خطاب تعيين لجنة المراضة والوفيات.</li> <li>• محاضر اجتماعات لجنة المراضة والوفيات أو اللجان المماثلة، للتحقق من ثلاثة اجتماعات متتالية على الأقل.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعقد اجتماعات شهرية منتظمة بشأن المراضة والوفيات؟</li> </ul>                                                                                                          |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يعقد اجتماعات منتظمة كل شهرين بشأن المراضة والوفيات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يعقد المستشفى اجتماعات شهرية منتظمة بشأن المراضة والوفيات، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-2-2-7 يضع مدير سلامة المرضى عملية لتحسين فعالية التواصل بين جميع العاملين، وينفذها.

## العناصر القابلة للقياس:

- يوجد في المستشفى نظام اتصال فعال.
- جودة النماذج المستخدمة في نظام التسليم والإحالة السريرية، بما يشمل استراتيجية "الوضع، والمعلومات الأساسية، والتقييم، والتوصية".
- نظام إحالة النتائج الحرجة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>الوثائق التي توضح استراتيجية الاتصال ونظام الإبلاغ بالمستشفى.</li> <li>نماذج إحالة الحالات السريرية للتسليم، وبين الأقسام، وخارجياً للمستشفيات المختلفة.</li> <li>نماذج/سياسات إحالة النتائج الحرجة العاجلة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك استراتيجية اتصال فعّالة بين الطواقم السريرية بشأن إحالة المرضى؟</li> <li>العاملون المعنيون: هل هناك استراتيجية راسخة للتعامل مع النتائج السريرية الحرجة والحالات العاجلة؟</li> </ul>         |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى خطة استراتيجية مُنفّذة لتحسين فعالية التواصل بين جميع العاملين، تُستوفى الدرجة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يعمل المستشفى على الحفاظ على/تحسين قنوات الاتصال الفعّالة بين جميع العاملين، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-3-1** يضطلع مدير سلامة المرضى بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة السلامة/المخاطر ويوزعها خارجياً.

## العناصر القابلة للقياس:

- تقارير عن الأنشطة المختلفة لسلامة المرضى، يتم توزيعها خارجياً على وزارة الصحة و/أو منظمة الصحة العالمية و/أو المنظمات المعنية بسلامة المرضى (متى كانت متاحة على المستوى الوطني)، على أساس سنوي على الأقل.
- تقارير قد تشمل الإجراءات التي تم إنجازها في خطة عمل سلامة المرضى، والعقبات التي تمت مواجهتها، والقضايا الجديدة المتعلقة بسلامة المرضى التي ينبغي تناولها، والإحصاءات المتعلقة بتواتر الضرر العلاجي المُنشأ، ونشر الدروس المستفادة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>تقارير عن الأنشطة المختلفة لسلامة المرضى، يتم توزيعها خارجياً على وزارة الصحة و/أو منظمة الصحة العالمية و/أو المنظمات المعنية بسلامة المرضى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعد تقارير بانتظام عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها خارجياً؟</li> </ul>                              |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                    |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يعد تقارير بانتظام عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها خارجياً، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن المستشفى يعد تقارير عن مختلف أنشطة سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

| أ-3                                           | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                  | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يستخدم المستشفى البيانات لتحسين أداء السلامة. | المعايير الأساسية | أ-3-2-1 يعمل مدير سلامة المرضى بناءً على التدابير والنتائج من خلال خطة عمل ومشروعات لتحسين سلامة المرضى.                                       | خطة العمل/خطط تحسين الجودة لبرنامج سلامة المرضى.                                                                                                                                                  |
|                                               |                   | أ-3-2-2 يتوفر لدى مدير سلامة المرضى مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيّم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى.               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• أهداف سلامة المرضى.</li> <li>• مرتسم مؤشرات سلامة المرضى.</li> <li>• الغايات المتعلقة بأهداف سلامة المرضى.</li> <li>• مؤشرات الأداء الرئيسية.</li> </ul> |
|                                               | المعيار التنموي   | أ-3-3-1 يقارن المستشفى بيانات مؤشر سلامة المرضى لديه على مدار الوقت، مع المستشفيات الأخرى المراجعة لسلامة المرضى، و/أو أفضل الممارسات الدولية. | تقارير عن البيانات المرجعية على مدار الوقت تبين الارتباط بأفضل الممارسات الدولية و/أو غيرها من المشاركين في إطار عمل المستشفيات المراجعة لسلامة المرضى.                                           |

### أ-3-2-1 يعمل مدير سلامة المرضى بناءً على التدابير والنتائج من خلال خطة عمل ومشروعات لتحسين سلامة المرضى.

#### العناصر القابلة للقياس:

- خطة عمل تستند إلى النتائج المرجعية.
- مشروعات تحسين سلامة المرضى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• النتائج المرجعية.</li> <li>• تقارير خطة العمل ومشروعات تحسين سلامة المرضى.</li> <li>• تقارير/رسائل البريد الإلكتروني عن الدروس المستفادة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعمل بناءً على النتائج المرجعية من خلال خطة عمل ومشروعات لتحسين سلامة المرضى؟</li> </ul>             |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                 |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يعمل بناءً على النتائج المرجعية من خلال خطة عمل ومشروعات لتحسين سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتخذ المستشفى إجراءات بشأن المقارنة المرجعية، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-3-2-2** يتوفر لدى مدير سلامة المرضى مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيّم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى.

#### العناصر القابلة للقياس:

- تقارير قياس الأداء.

#### عملية التقييم:

- استعراض مجموعة تدابير العمليات والمخرجات الخاصة بسلامة المرضى.
- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقارير قياس الأداء.</li> <li>• مرتسم مؤشرات سلامة المرضى.</li> </ul>                                                                                         |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيّم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى في المستشفى؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                         |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيّم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى، وهناك دليل على تقييم الأداء، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوجد في المستشفى مجموعة من تدابير العمليات والمخرجات التي تُقيّم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-3-3-1** يقارن المستشفى بيانات مؤشر سلامة المرضى على مدار الوقت، مع المستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى، و/أو أفضل الممارسات الدولية.

#### العناصر القابلة للقياس:

- العملية التي بموجبها يقارن المستشفى بيانات مؤشرات سلامة المرضى لديه فيما يتعلق بالعمليات والحصائل على مدار الوقت (مثلاً قبل تنفيذ برنامج تحسين السلامة وبعده)، مع المستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى، ومع الممارسات المعروفة المرغوبة (مثلاً المعدل الصفري للإصابة بالالتهاب الرئوي المكتسب من جهاز التنفس الصناعي)، والمقاييس (مثل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن نظافة الأيدي).
- التقارير المرجعية.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>قائمة بمؤشرات سلامة المرضى المختارة والبيانات الوصفية المقابلة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين على جمع البيانات.</li> </ul>                                          |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يقارن بيانات مؤشر العمليات والحصائل التي يحققها مع تلك الخاصة بالمستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>البيانات على مدار الوقت والاتجاهات والتقارير المرجعية والمقارنة مع المرافق الأخرى.</li> </ul>                                                                       |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يقارن بيانات مؤشر العمليات والحصائل التي يحققها مع تلك الخاصة بالمستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يقارن المستشفى بيانات مؤشر العمليات والحصائل التي يحققها مع تلك الخاصة بالمستشفيات الأخرى المراعية لسلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

| 4-أ                                                               | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                                                        | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يملك المستشفى المعدات والإمدادات الأساسية والفعالة لتقديم خدماته. | المعيار الحاسم    | أ-1-4-1 تكفل القيادة توافر المعدات والإمدادات الأساسية والفعالة في كل قسم.                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية تحديد المعدات والإمدادات الأساسية المطلوبة وفقاً لخدمات المرضى المقدمة.</li> <li>سجل الأصول لجميع المعدات.</li> <li>توافر معدات الإنعاش.</li> </ul>                                                                                           |
|                                                                   | المعايير الأساسية | أ-1-4-2 هناك برنامج للصيانة الوقائية، لفحص جميع المعدات واختبارها ومعايرتها.                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>برنامج الصيانة الوقائية المُوثَّق مع شخص مسؤول ومُعَيَّن.</li> <li>الإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات، بما يشمل اختبارات المعايرة.</li> <li>جدول الاختبارات الروتينية ومعايرة الآلات.</li> <li>تقارير الصيانة الوقائية للمعدات.</li> </ul> |
|                                                                   |                   | أ-2-4-2 هناك نظام قائم لإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة)، بما يشمل عمليات الاسترجاع أو الإشعارات بالمخاطر.                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>إجراءات استبدال المعدات.</li> <li>سياسة إبلاغ العاملين المعنيين بإشعارات المخاطر.</li> </ul>                                                                                                                                                        |
|                                                                   |                   | أ-3-4-2 يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على جميع المعدات الأساسية، بما يشمل الأجهزة الطبية، ولا يتولى التعامل مع المعدات المتخصصة سوى الأشخاص المُدرَّبين والمؤهلين. | سجلات التدريب التي تشمل استخدام وصيانة: <ul style="list-style-type: none"> <li>مضخات التسريب</li> <li>معدات الإنعاش</li> <li>الأجهزة الطبية</li> <li>آلات إنقاذ الحياة</li> </ul>                                                                                                          |

**أ-4-1 تكفل القيادة توافر المعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة.****العناصر القابلة للقياس:**

- عملية تحديد المعدات الأساسية التي تعمل جيدًا، وصيانتها وفقًا للخدمات المقدمة واحتياجات المرضى.
- توافر معدات الإنعاش اللازمة للدعم الأساسي والمتقدم للحياة، وتوزيعها وفقًا لاحتياجات المرضى.
- عملية تقييم ما إذا كانت المعدات تعمل على نحو مستمر.
- عملية قياس توافر مقاييس المعدات الأساسية التي تعمل جيدًا، والامتثال لها.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                           |                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• قوائم بالمعدات الأساسية التي تعمل جيدًا.</li> <li>• تقارير تشمل قياس توافر مقاييس المعدات الأساسية التي تعمل جيدًا، والامتثال لها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن توافر المعدات الأساسية التي تعمل جيدًا؟</li> </ul>                                       |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• المعدات الأساسية التي تعمل جيدًا.</li> </ul>                                                                                                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا رصد المستشفى توافر المعدات الأساسية في جميع أقسامه، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالًا جزئيًا للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئيًا.
- إذا لم يضمن المستشفى توافر المعدات الأساسية في أي من أقسامه، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-4-2 هناك برنامج للصيانة الوقائية، لفحص جميع المعدات واختبارها ومعايرتها.****العناصر القابلة للقياس:**

- تقارير الصيانة الوقائية للمعدات.
- السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات، بما يشمل المعايرة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات، بما يشمل المعايرة.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات، بما يشمل المعايرة.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقارير/سجلات الصيانة الوقائية للمعدات.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضطلع بصيانة وقائية منتظمة للمعدات، بما يشمل المعايير؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                      |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الوقائية للمعدات، بما يشمل المعايير.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يضطلع بصيانة وقائية منتظمة للمعدات، بما يشمل المعايير، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضطلع المستشفى بأي صيانة وقائية للمعدات، بما يشمل المعايير، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-2-4-2** هناك نظام قائم لإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة)، بما يشمل عمليات الاسترجاع أو الإشعارات بالمخاطر.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.</li> <li>• سجلات الصيانة الإصلاحية للمعدات.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضطلع بإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة) بانتظام؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالصيانة الإصلاحية للمعدات.</li> <li>• المعدات تالفة (معطلة).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يضطلع بإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة) بانتظام، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوفر المستشفى آلية لإصلاح المعدات المعطلة أو استبدالها، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-4-2-3** يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على جميع المعدات الأساسية، بما يشمل الأجهزة الطبية، ولا يتولى التعامل مع المعدات المتخصصة سوى الأشخاص المُدرِّبين والمُؤهلين.

**العناصر القابلة للقياس:**

- عملية ضمان حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة والجديدة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المعدات المتاحة والجديدة.
- السجلات التي توضح أن الأشخاص المُدرِّبين والأكفاء فقط يتعاملون مع المعدات المتخصصة.
- سجلات التدريب التي تشمل استخدام مضخات التسريب ومعدات الإنعاش.
- عملية قياس الامتثال لمقاييس حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة والجديدة.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات ومقاييس حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة والجديدة.</li> <li>• السجلات التي توضح أن الأشخاص المُدرِّبين والأكفاء فقط يتعاملون مع المعدات المتخصصة.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                       | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يضمن حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة، فلا تُستوفى الدرجة.



| 5-أ                                                                                                    | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                   | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تكفل القيادة توفير عاملين أكفاء، بمن فيهم ممارسون مستقلون ومتطوعون، لتقديم رعاية آمنة في جميع الأوقات. | المعايير الحاسمة  | أ-1-5-1 تكفل القيادة توفير أعداد كافية من العاملين الأكفاء لتقديم رعاية آمنة للمرضى في جميع الأوقات.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطة الموارد البشرية.</li> <li>• الشخص المُعين المسؤول عن تخطيط الموارد البشرية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                        |                   | أ-2-5-1 هناك عملية محددة لضمان تسجيل جميع العاملين السرييين للممارسة لدى هيئة مناسبة.                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات التحقق من مؤهلات وتراخيص العاملين وتسجيلها، بمن فيهم الشخص المُعين المسؤول.</li> <li>• ملفات العاملين التي تتضمن أدلة على مؤهلاتهم والتسجيلات المهنية والتراخيص (التسجيل للممارسة لدى هيئة مناسبة).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                        | المعايير الأساسية | أ-2-5-1 يوجد نظام لرصد مستويات الكفاءة لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية باستمرار، بمن فيهم الممارسون المستقلون والمتطوعون. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عملية منظّمة ومُسندة بالبيانات لرصد كفاءة جميع مهنيي الرعاية الصحية، استنادًا إلى المؤهلات والخبرات، لتقديم الخدمات والإجراءات السريرية والتقنية.</li> <li>• اختصاصات لجنة الطاقم الطبي أو اللجان الأخرى المعنية.</li> <li>• محاضر اجتماعات لجنة الطاقم الطبي.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                        |                   | أ-2-5-2 يتوفر لدى المستشفى برنامج لمنع العنف في مكان العمل.                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامج منع العنف في مكان العمل.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                        |                   | أ-2-5-3 يُسمح للعاملين بالحصول على فترات راحة كافية لممارسة العمل بأمان والالتزام بقوانين العمل الوطنية.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السرييين.</li> <li>• جدول نوبات العمل للعاملين السرييين.</li> <li>• الامتثال لقوانين ولوائح العمل الوطنية.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                        |                   | أ-2-5-4 يعمل الطلاب والمتدربون في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بعمل الطلاب والمتدربين في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                        |                   | أ-2-5-5 تطبيق برنامج الصحة المهنية على جميع العاملين.                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامج الصحة المهنية، بما يشمل: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ التدريب على المناولة اليدوية</li> <li>○ تقييمات مكان العمل</li> <li>○ دعم الصحة النفسية</li> </ul> </li> <li>• سجلات العاملين مع وجود أدلة على سجلات الصحة المهنية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                        |                   | أ-2-5-6 يتوفر لدى المستشفى نُظْم لضمان ممارسات الحقن الآمن.                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات المعنية بما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ إدارة الأدوات الحادة</li> <li>○ التدبير العلاجي للإصابات الناجمة عن وخز الإبر</li> <li>○ سياسات وإجراءات الحقن الآمن التي تشمل منع إعادة استخدام الإبر، وتثقيف المرضى والأسر بشأن انتقال مسببات الأمراض المنقولة بالدم، وضمان ممارسات التخلص الآمن من الأدوات الحادة، مثل عدم إعادة تلبس الإبر، والصناديق الآمنة للأدوات الحادة.</li> <li>○ المبادئ التوجيهية للتنفيذ المعنية بوضع الخط المركزي بمساعدة التصوير بالموجات فوق الصوتية.</li> </ul> </li> </ul> |

**أ-5-1 تكفل القيادة توفير أعداد كافية من العاملين الأكفاء لتقديم رعاية آمنة للمرضى في جميع الأوقات.****العناصر القابلة للقياس:**

- جدول نوبات العمل للعاملين السريريين.
- السياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السريريين.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السريريين.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السريريين.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• جدول نوبات العمل للعاملين السريريين.</li> <li>• السياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السريريين.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السريريين.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات الخاصة بمستويات توظيف العاملين السريريين.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن مستويات توظيف العاملين السريريين تعكس احتياجات المرضى في جميع الأوقات؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                  | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• التدابير المطبقة لضمان المستويات المناسبة من توظيف العاملين السريريين.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كانت مستويات توظيف العاملين السريريين تعكس احتياجات المرضى في جميع الأوقات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم تعكس مستويات توظيف العاملين السريريين احتياجات المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-5-2 هناك عملية محددة لضمان تسجيل جميع العاملين السريريين للممارسة لدى هيئة مناسبة.****العناصر القابلة للقياس:**

- مؤهلات العاملين وتراخيصهم (التسجيل للممارسة لدى هيئة مناسبة).
- السياسات والإجراءات المعنية بمؤهلات العاملين وتراخيصهم.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بمؤهلات العاملين وتراخيصهم.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بمؤهلات العاملين وتراخيصهم.
- ملفات العاملين التي تتضمن أدلة على التوجيه بشأن مؤهلاتهم وتراخيصهم (التسجيل للممارسة لدى هيئة مناسبة).

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بمؤهلات العاملين وتراخيصهم.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بمؤهلات العاملين وتراخيصهم.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بمؤهلات العاملين وتراخيصهم.</li> <li>ملفات العاملين التي تتضمن أدلة على مؤهلاتهم وتراخيصهم (التسجيل للممارسة لدى هيئة مناسبة).</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أنه يتم تسجيل العاملين السريريين المؤهلين، الدائمين والمؤقتين، للممارسة لدى هيئة مناسبة؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>الاختيار العشوائي لعدة سجلات.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا تم تسجيل العاملين السريريين المؤهلين، الدائمين والمؤقتين، للممارسة لدى هيئة مناسبة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتم تسجيل العاملين السريريين المؤهلين للممارسة لدى هيئة مناسبة، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-5-2-1** يوجد نظام لرصد مستويات الكفاءة لجميع العاملين في مجال الرعاية الصحية باستمرار، بمن فيهم الممارسون المستقلون والمتطوعون.

## العناصر القابلة للقياس:

- اختصاصات لجنة الطاقم الطبي أو اللجان الأخرى.
- محاضر اجتماعات لجنة الطاقم الطبي.
- عملية منظّمة ومُسندة بالبيّنات لرصد كفاءة جميع مهنيي الرعاية الصحية، استناداً إلى المؤهلات والخبرات، لتقديم الخدمات والإجراءات السريرية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                             |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>اختصاصات اللجنة الطبية أو اللجان الأخرى.</li> <li>محاضر اجتماعات لجنة الطاقم الطبي أو اللجان الأخرى.</li> </ul>      | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن لجنة الطاقم الطبي ترصد كفاءة جميع المهنيين في مجال الرعاية الصحية؟</li> </ul> | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>عينة عشوائية من ملفات الطواقم الطبية لاستعراض المؤهلات والخبرات والإجراءات والخدمات المعتمدة.</li> </ul>             | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا رصدت لجنة الطاقم الطبي كفاءة 80-100% من المهنيين في مجال الرعاية الصحية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا رصدت لجنة الطاقم الطبي كفاءة 60-79% من المهنيين في مجال الرعاية الصحية، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا رصدت لجنة الطاقم الطبي كفاءة أقل من 60% من المهنيين في مجال الرعاية الصحية، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-5-2 يتوفر لدى المستشفى برنامج لمنع العنف في مكان العمل.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية ببرنامج منع العنف في مكان العمل.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية ببرنامج منع العنف في مكان العمل.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية ببرنامج منع العنف في مكان العمل.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية ببرنامج منع العنف في مكان العمل.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية ببرنامج منع العنف في مكان العمل.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية ببرنامج منع العنف في مكان العمل.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل يتوفر دليل على أن المستشفى لديه برنامج لمنع العنف في مكان العمل؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                     |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى برنامج لمنع العنف في مكان العمل، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى برنامج لمنع العنف في مكان العمل، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-5-3 يُسمح للعاملين بالحصول على فترات راحة كافية لممارسة العمل بأمان والالتزام بقوانين العمل الوطنية.

## العناصر القابلة للقياس:

- الامتثال لقوانين ولوائح العمل الوطنية.
- السياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالحصول على فترات راحة كافية للممارسة الآمنة.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن العاملين يُسمح لهم بالحصول على فترات راحة كافية لممارسة العمل بأمان والالتزام بقوانين العمل الوطنية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                    | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان يُسمح لجميع العاملين بالحصول على فترات راحة كافية لممارسة العمل بأمان والالتزام بقوانين العمل الوطنية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُسمح للعاملين بوجه عام بالحصول على فترات راحة كافية لممارسة العمل بأمان والالتزام بقوانين العمل الوطنية، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-5-2-4 يعمل الطلاب والمتدربون في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بعمل الطلاب والمتدربين في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بعمل الطلاب والمتدربين في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بعمل الطلاب والمتدربين في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بعمل الطلاب والمتدربين في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.</li> <li>سجلات تدريب الطلاب والمتدربين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بعملهم في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.</li> <li>تقارير تشمل قياس امتثال الطلاب والمتدربين للسياسات والإجراءات المعنية بعملهم في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن الطلاب والمتدربين يعملون في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                      | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان الطلاب والمتدربون يعملون في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا كان الطلاب والمتدربون يعملون في إطار اختصاصاتهم ولكن ليس تحت الإشراف المناسب، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-5-2-5 تطبيق برنامج الصحة المهنية على جميع العاملين.****العناصر القابلة للقياس:**

- سجلات الصحة المهنية لجميع العاملين.
- سياسات وإجراءات برنامج الصحة المهنية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات برنامج الصحة المهنية.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات برنامج الصحة المهنية.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سجلات الصحة المهنية لجميع العاملين.</li> <li>• سياسات وإجراءات الصحة المهنية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات الصحة المهنية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الصحة المهنية.</li> <li>• سياسات بشأن ممارسات الحقن الآمن.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تطبيق برنامج الصحة المهنية على جميع العاملين؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان هناك برنامج للصحة المهنية مُطبّق على جميع العاملين، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك برنامج للصحة المهنية مُطبّق على العاملين، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-5-2-6 يتوفر لدى المستشفى نُظْم لضمان ممارسات الحقن الآمن.****العناصر القابلة للقياس:**

- سياسات وإجراءات الحقن الآمن التي تشمل منع إعادة استخدام الإبر في المستشفى، وتثقيف المرضى والأسر بشأن انتقال مسببات الأمراض المنقولة بالدم، وضمان ممارسات التخلص الآمن من الأدوات الحادة، مثل عدم إعادة تلبيس الإبر، والصناديق الآمنة للأدوات الحادة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بممارسات الحقن الآمن.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الحقن الآمن.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الحقن الآمن.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بممارسات الحقن الآمن.</li> <li>• تقارير قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الحقن الآمن.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود نُظُم لضمان الحقن الآمن؟</li> </ul>                                                                                                                            |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم إعادة تلبس الإبر، والصناديق الآمنة للأدوات الحادة.</li> </ul>                                                                                                                                       |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى نُظُم لضمان ممارسات الحقن الآمن ورصدها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى نُظُم لضمان ممارسات الحقن الآمن، فلا تُستوفى الدرجة.

| أ-6                                                                           | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                  | إرشادات بشأن<br>الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يتوفر لدى المستشفى نظام لإدارة المعلومات يدعم الممارسات الآمنة لجميع الأقسام. | المعايير الأساسية | أ-6-2-1 هناك عملية لوضع ومراقبة جميع الوثائق والسياسات والإجراءات لجميع الأقسام بطريقة منسقة ومضبوطة.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسة المعنية بوضع السياسات.</li> <li>نموذج للسياسات الموحدة.</li> <li>نظام مراقبة الوثائق/السجلات.</li> </ul>                                                                                                                               |
|                                                                               |                   | أ-6-2-2. يحتفظ المستشفى بسجل طبي مُوحد مع مُعرف فريد لكل مريض.                                                 | <p>سياسات حول:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>محتوى السجلات الطبية</li> <li>إصدار مُعرف فريد للمريض</li> <li>التحقق من هوية المريض</li> </ul> <p>مراجعة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>اكتمال السجلات الطبية</li> <li>سهولة قراءة الكتابة اليدوية</li> </ul> |
|                                                                               |                   | أ-6-2-3. يستخدم المستشفى رموزاً موحدة لتشخيص الأمراض والإجراءات.                                               | التقارير باستخدام التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة أو الحادية عشرة.                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                               |                   | أ-6-2-4 يضمن المستشفى أن السجلات الطبية مؤمنة ويسهل الوصول إليها بواسطة مقدمي الرعاية كلما دعت الحاجة إلى ذلك. | مراجعة توافر السجلات الطبية.                                                                                                                                                                                                                                                          |

**أ-6-2-1** هناك عملية لوضع ومراقبة جميع الوثائق والسياسات والإجراءات لجميع الأقسام بطريقة منسقة ومضبوطة.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات لجميع الأقسام والخدمات.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات لجميع الأقسام والخدمات.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات الأقسام و/أو الخدمات.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الأقسام و/أو الخدمات.</li> <li>• نموذج للسياسات الموحدة.</li> <li>• نظام مراقبة الوثائق.</li> <li>• السياسات التي تتضمن على الأقل ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ الأمن وتحديد هوية العاملين</li> <li>○ تحديد هوية العملاء</li> <li>○ خصوصية العملاء وسرية معلوماتهم</li> <li>○ الشكاوى</li> <li>○ الإبلاغ عن الحوادث الضارة</li> <li>○ إبلاغ الشرطة بالحوادث والسلوكيات المريبة</li> <li>○ مساحات مخصصة للتدخين</li> <li>○ تقديم معلومات للعملاء بشأن هيكل الرسوم</li> <li>○ مكافحة العدوى ونظافة الأيدي</li> <li>○ الموافقة المستنيرة</li> <li>○ قائمة الاختصارات المعتمدة</li> <li>○ مأمونية الأدوية</li> <li>○ الصيانة الوقائية</li> </ul> </li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى لديه سياسات وإجراءات لأقسامه وخدماته، ونُظَم لرصد تنفيذها؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى سياسات وإجراءات لنسبة 80% إلى 100% من أقسامه وخدماته، ونُظَم لرصد تنفيذها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا توفر لدى المستشفى سياسات وإجراءات لنسبة 60% إلى 79% من أقسامه وخدماته، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى سياسات وإجراءات أو نظام لرصد تنفيذها، أو كان لديه نظام لأقل من 60% من الأقسام والخدمات، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ-6-2-2 يحتفظ المستشفى بسجل طبي مُوحَّد مع مُعرَّف فريد لكل مريض.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية ضمان أن يكون لكل مريض سجل طبي واحد مكتمل مع مُعرَّف فريد.
- السياسات والإجراءات المعنية بالسجلات الطبية الفردية المكتملة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالسجلات الطبية الفردية المكتملة.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالسجلات الطبية الفردية المكتملة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالسجلات الطبية الفردية المكتملة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالسجلات الطبية الفردية المكتملة.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالسجلات الطبية الفردية المكتملة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن أن يكون لكل مريض سجل طبي واحد مكتمل مع مُعرِّف فريد؟</li> </ul>                                                                                                                                                                  |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>السجلات الطبية الفردية المكتملة مع المُعرِّفات الفريدة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لكل مريض سجل طبي واحد مكتمل مع مُعرِّف فريد، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لكل مريض سجل طبي واحد مكتمل مع مُعرِّف فريد، فلا تُستوفى الدرجة.

## أ- 2-3 يستخدم المستشفى رموزاً موحدة لتشخيص الأمراض والإجراءات.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية استخدام رموز موحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة أو الحادية عشرة) والتشخيص والإجراءات.
- الرموز الموحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة) والتشخيص والإجراءات.
- السياسات والإجراءات المعنية بالرموز الموحدة للأمراض.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالرموز الموحدة للأمراض.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالرموز الموحدة للأمراض.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالرموز الموحدة للأمراض.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالرموز الموحدة للأمراض.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالرموز الموحدة للأمراض.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يستخدم رموزاً موحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة) والتشخيص والإجراءات؟</li> </ul>                                                                              |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>الرموز الموحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة) والتشخيص والإجراءات.</li> </ul>                                                                                                                                   |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يستخدم رموزاً موحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة والحادية عشرة) والتشخيص والإجراءات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يستخدم المستشفى رموزاً موحدة للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة) والتشخيص والإجراءات، فلا تُستوفى الدرجة.

**أ-6-2-4** يضمن المستشفى أن السجلات الطبية مؤمنة ويسهل وصول مقدمي الرعاية إليها كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

## العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات الوصول إلى السجلات الطبية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات الوصول إلى السجلات الطبية.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الوصول إلى السجلات الطبية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الوصول إلى السجلات الطبية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات الوصول إلى السجلات الطبية.</li> <li>• التقارير التي تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الوصول إلى السجلات الطبية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على سهولة وصول مقدمي الرعاية إلى السجلات الطبية كلما دعت الحاجة إلى ذلك؟</li> </ul>                                                                                                                      |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• أي تدابير يتم تنفيذها لتأمين السجلات الطبية وضمان سهولة وصول مقدمي الرعاية إليها.</li> </ul>                                                                                                                                             |

## حساب الدرجات:

- إذا كان يسهل وصول مقدمي الرعاية إلى السجلات الطبية كلما دعت الحاجة إلى ذلك، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يسهل وصول مقدمي الرعاية إلى السجلات الطبية كلما دعت الحاجة إلى ذلك، فلا تُستوفى الدرجة.

## المجال (ب): إشراك المرضى والعامّة

| عدد المعايير |        |       | بيان المقاييس                                                                                                                   | المجال                          |
|--------------|--------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| تموية        | أساسية | حاسمة |                                                                                                                                 |                                 |
| 0            | 4      | 0     | ب-1 هناك برنامج لحماية حقوق المرضى، ويشمل سلامة المرضى.                                                                         | ب- مقاييس إشراك المرضى والعامّة |
| 2            | 7      | 1     | ب-2 يضطلع المستشفى بإذكاء الوعي الصحي لدى مرضاه ومقدمي الرعاية لتمكينهم من المشاركة في اتخاذ القرارات الصحية المتعلقة برعايتهم. |                                 |
| 1            | 2      | 1     | ب-3 يكفل المستشفى تحديد هوية المرضى والتحقق منها بصورة مناسبة في جميع مراحل الرعاية.                                            |                                 |
| 2            | 2      | 0     | ب-4 يحرص المستشفى على إشراك المجتمع المحلي في الأنشطة المختلفة لسلامة المرضى.                                                   |                                 |
| 0            | 2      | 0     | ب-5 يُبلغ المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم بالحوادث المتعلقة بسلامة المرضى.                                                   |                                 |
| 2            | 2      | 0     | ب-6 يشجع المستشفى استقبال التعقيبات من المرضى، ويتخذ إجراءات لمعالجة مخاوفهم والرد على إطراءاتهم.                               |                                 |
| 0            | 3      | 0     | ب-7 يوجد في المستشفى بيئة مُراعية لسلامة المرضى.                                                                                |                                 |
| 7            | 22     | 2     | الإجمالي                                                                                                                        |                                 |



| ب-1                                                 | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                      | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| هناك برنامج لحماية حقوق المرضى، ويشمل سلامة المرضى. | المعايير الأساسية | ب-1-1-1 يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى وهو متاح لجميع المرضى والأسر والزوار. | بيان حقوق المرضى:<br>○ مُوثَّق ومُعتمد.<br>○ في مكان مرئي للمرضى ومقدمي الرعاية في جميع أنحاء المستشفى.<br>○ مُدعَّم بالسياسات والإجراءات.                                                                                                                                                   |
|                                                     |                   | ب-1-2-2 تم إدراج سلامة المرضى في بيان حقوق المرضى.                                 | الأدلة على كيفية إدراج سلامة المرضى في بيان حقوق المرضى،<br>أي أن المرضى لهم الحق في:<br>○ بيئة آمنة وأمانة ونظيفة.<br>○ توافر عاملين أكفاء.                                                                                                                                                 |
|                                                     |                   | ب-1-3-2 هناك عملية مُوثَّقة للتعامل مع رفض المرضى للعلاج.                          | سياسة ونموذج للمرضى الذين يرفضون العلاج بما يخالف المشورة الطبية.                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                     |                   | ب-1-4-2 يبلغ المستشفى المرضى بمسؤولياتهم أثناء تلقي الرعاية.                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>يتسم بيان مسؤولية المرضى بأنه:<br/>○ مُوثَّق ومُعتمد.</li> <li>في مكان مرئي للمرضى ومقدمي الرعاية في جميع أنحاء المستشفى.</li> <li>يمكن أن تشمل المسؤوليات توفير معلومات دقيقة لمقدمي الرعاية، وتيسير تقديم الرعاية واحترام حقوق العاملين.</li> </ul> |

**ب-1-2-1** يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى وهو متاح لجميع المرضى والأسر والزوار.

العناصر القابلة للقياس:

- بيان حقوق المرضى والأسر المكتوب والمعتمد.
- بيان حقوق المرضى والأسر في مكان مرئي للمرضى ومقدمي الرعاية في جميع أنحاء المستشفى.
- يتم إبلاغ المرضى والأسر بحقوقهم عند الطلب.

عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                         |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بيان حقوق المرضى والأسر المكتوب والمعتمد.</li> <li>• عملية الإبلاغ عن حقوق المرضى والأسر عند الطلب.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مَنْ يعتمد بيان حقوق المرضى؟</li> <li>• هل تمثل حقوق المرضى والأسر للقانون الوطني؟</li> </ul>                  |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى في مكان مرئي للمرضى.</li> </ul>                                           |

**حساب الدرجات:**

- إذا توفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى وكان في مكان مرئي للمرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-1-2 تم إدراج سلامة المرضى في بيان حقوق المرضى.****العناصر القابلة للقياس:**

- بيان حقوق المرضى والأسر المكتوب والمعتمد والمُدرج فيه سلامة المرضى، ويشمل على سبيل المثال لا الحصر:
  - الحق في الحصول على الرعاية في المستشفى.
  - الحق في احترام المعتقدات الثقافية والروحية للمرضى وتفضيلاتهم الشخصية.
  - الحق في الحصول على المعلومات والمشاركة في اتخاذ جميع القرارات الطبية أثناء الحصول على الرعاية.
  - الحق في الشكوى.
  - الحق في سلامة المرضى.
  - الحق في الأمن والخصوصية والسرية.
  - الحق في التدبير العلاجي للألم.
  - الحق في الحصول على معلومات عن خدمات المستشفيات وحاصلها.
  - الحق في رفض العلاج.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                           |                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بيان حقوق المرضى والأسر المكتوب والمعتمد والمُدرج فيه سلامة المرضى.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بحقوق سلامة المرضى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما حقوق المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بيان حقوق المرضى والأسر في مكان مرئي في جميع أنحاء المستشفى.</li> </ul>                                                                   |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان هناك بيان لحقوق المرضى مُدرج فيه سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك بيان لحقوق المرضى مُدرج فيه سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-1-3 هناك عملية مُوثقة للتعامل مع رفض المرضى للعلاج.****العناصر القابلة للقياس:**

- سياسة المستشفى مع المرضى الذين يرفضون العلاج واتباع التدبير العلاجي الطبي والعلاج الموصى بهما.
- توثيق الحالات التي ترفض العلاج والأسباب الكامنة وراء تلك القرارات.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• النماذج والموافقة المأخوذة من المرضى الذين يرفضون اتباع توصيات الفريق الطبي والعلاج الموصوف.</li> <li>• الوثائق التي توضح سياسة المستشفى مع المرضى الذين يرفضون أخذ الوصفات الطبية الموصى بها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• المهني الطبي: كيف يتعامل المهني الطبي مع المرضى الذين يرفضون تلقي العلاج بما يخالف المشورة الطبية الموصى بها؟</li> </ul>                                                                                  |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر لدى المستشفى بيان بحقوق المرضى، بما يشمل حق المريض في رفض أخذ العلاج، في مكان مرئي للمرضى.</li> </ul>                                                                                               |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى سياسة واضحة يتم تطبيقها على المرضى الذين يرفضون تلقي العلاج، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى سياسة راسخة للتعامل مع المرضى الذين يرفضون تلقي العلاج أو اتباع المشورة الطبية، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-1-2-4 يبلغ المستشفى المرضى بمسؤولياتهم أثناء تلقي الرعاية.

## العناصر القابلة للقياس:

- بيان مكتوب ومعتمد لمسؤوليات المرضى والأسر.
- بيان مسؤوليات المرضى والأسر في مكان مرئي للمرضى ومقدمي الرعاية في جميع أنحاء المستشفى.
- يمكن أن تشمل المسؤوليات توفير معلومات دقيقة لمقدمي الرعاية، وتيسير تقديم الرعاية واحترام حقوق العاملين.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                         |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• بيان مكتوب ومعتمد لمسؤوليات المرضى والأسر.</li> </ul>                                                          |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مَنْ يعتمد بيان مسؤوليات المرضى؟</li> <li>• هل تمثل مسؤوليات المرضى والأسر للقانون الوطني، إن وجدت؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر لدى المستشفى بيان بمسؤوليات المرضى في مكان مرئي للمرضى.</li> </ul>                                       |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى بيان بمسؤوليات المرضى وكان في مكان مرئي للمرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى بيان بمسؤوليات المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

| ب-2                                                                                                                          | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                                                                                        | إرشادات بشأن<br>الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يضطلع المستشفى بإذكاء الوعي الصحي لدى مرضاه ومقدمي الرعاية لتمكينهم من المشاركة في اتخاذ القرارات الصحيحة المتعلقة برعايتهم. | المعيار الحاسم    | ب-1-2-1 يتم الحصول على الموافقة المستنيرة، قبل إجراء يتطلب موافقة مستنيرة، بواسطة عاملين مُدرّبين بالطريقة وباللغة التي يمكن للمريض أو الشخص المُخوّل له فهمها.                                                      | سياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة التي تتضمن إرشادات بشأن:<br>o قائمة بالإجراءات الباضعة حيث تكون الموافقة المستنيرة ضرورية.<br>o المعلومات المعطاة للمريض لضمان شرح جميع المخاطر والفوائد والآثار الجانبية المحتملة، قبل الإجراء وأي تخدير.                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                              | المعايير الأساسية | ب-1-2-2 يوفر المستشفى التثقيف الذي يدعم مشاركة المرضى والأسر في قرارات الرعاية وفي المسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى.                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>المواد التعليمية المستخدمة، بما يشمل، على سبيل المثال، النشرات والمؤلفات وملاحظات المحاضرات.</li> <li>محاضر اجتماعات مجموعة الدعم الخاصة بأمراض معينة وتوقيعات الحضور.</li> <li>سياسات وإجراءات تعزيز الصحة.</li> </ul>                                                                                                                                     |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-2-2 يحصل جميع المرضى من أطبائهم المعالجين على معلومات كاملة ومُحدّثة عن تشخيصهم وعلاجهم.                                                                                                                         | تشمل عملية إعداد ملخصات تخريج المرضى من المستشفى ما يلي:<br>o من المسؤول؟<br>o نموذج المعلومات المطلوب إتاحتها.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-2-3 يُدرّب المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية على الرعاية بعد تخريجهم من المستشفى.                                                                                                                                   | عملية تدريب مقدمي الرعاية للمرضى على رعايتهم بعد تخريجهم من المستشفى: رعاية المرضى، والنظام الغذائي، والاستخدام الآمن والفُعال للمعدات الطبية، وإعادة التأهيل.                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-2-4 عند الإدخال إلى المستشفى، يتم تقييم التاريخ الطبي الكامل وخطة العلاج والاحتياجات وتسجيلها في السجل الطبي للمرضى.                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>السجلات الطبية التي تعرض بالتفصيل التاريخ الطبي وخطة العلاج.</li> <li>مسارات الرعاية المتكاملة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-2-5 عند تخريج المريض، تتم مشاركة ملخص التخرج/الإحالة التفصيلي مع المريض وطبيبه الأساسي.                                                                                                                          | تشمل عملية إعداد ملخصات تخريج المرضى من المستشفى ما يلي:<br>o من المسؤول؟<br>o نموذج المعلومات المطلوب مشاركته.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-2-6 تُراعى أساليب التثقيف ثقافة المرضى وأسرههم وقيمهم وتفضيلاتهم.                                                                                                                                                | سياسة محو الأمية الصحية.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-2-7 تتم توعية المرضى وتشجيعهم على التعبير عن آرائهم فيما يتعلق بالتحديات العالمية لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية (الجراحة المأمونة تنقذ الأرواح، والرعاية النظيفة رعاية أكثر مأمونية، والتداوي بدون أضرار). | يتمتع المرضى بصوت مسموع ويُشجّعون على التعبير عن آرائهم فيما يتعلق بالرعاية الآمنة. وتشمل التحديات العالمية الثلاثة لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية:<br>1. الرعاية النظيفة رعاية أكثر مأمونية (نظافة الأيدي).<br>2. الجراحة المأمونة تنقذ الأرواح (ما تحتاج إلى معرفته قبل الجراحة وبعدها).<br>3. التداوي بدون أضرار (اللحظات الخمس لمأمونية الأدوية).                                         |
|                                                                                                                              | المعايير التنموية | ب-1-2-3 يشجع المستشفى المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية، بما يشمل التخرج أو الإحالة.                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية تشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.</li> <li>إشراك المرضى في التخطيط للتخرج أو الإحالة.</li> <li>إذا كانت الوفاة هي النتيجة، فيمكن أن يشمل التخطيط تهيئة المرضى وأسرههم للوفاة، والتدبير العلاجي للألم والأعراض، وربطهم بمجموعات الدعم، وتزويدهم بالمشورة، وتلبية احتياجاتهم الروحية والثقافية.</li> </ul> |
|                                                                                                                              |                   | ب-2-3-2 يقدم المستشفى المشورة بشأن سلامة المرضى من خلال وسائط متعددة، بما يشمل المواد المطبوعة ووسائل التواصل الاجتماعي وعبر موقع إلكتروني متاح للعامة.                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>الموقع الإلكتروني للرعاية الصحية الخاص بالمستشفى.</li> <li>إمكانية وصول المرضى إلى الموقع الإلكتروني للرعاية الصحية الخاص بالمستشفى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |



**ب-2-1-1** يتم الحصول على الموافقة المستنيرة، قبل إجراء يتطلب موافقة مستنيرة، بواسطة عاملين مُدرّبين بالطريقة وباللغة التي يمكن للمريض أو الشخص المُخوّل له فهمها.

#### العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة.
- تشمل قائمة الإجراءات التي تتطلب موافقة مستنيرة، على سبيل المثال لا الحصر: الإجراءات الباضعة، والإجراءات الجراحية، والتخدير، ونقل الدم، والإجراءات المرتفعة المخاطر، والعلاجات المرتفعة المخاطر، والتبرع بالأعضاء وزراعتها.
- نماذج الموافقة المستنيرة المتاحة في الأقسام المعنية.
- نماذج الموافقة المستنيرة التي تم استكمالها وتوقيعها وتحديد تاريخها وتوقيتها، والمتاحة في السجلات الطبية للمرضى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة.</li> <li>• وثائق لقياس الامتثال لسياسات وإجراءات الموافقة المستنيرة.</li> <li>• تشمل قائمة الإجراءات التي تتطلب موافقة مستنيرة، على سبيل المثال لا الحصر: الإجراءات الباضعة، والإجراءات الجراحية، والتخدير، ونقل الدم، والإجراءات المرتفعة المخاطر، والعلاجات المرتفعة المخاطر، والتبرع بالأعضاء وزراعتها.</li> <li>• عينة عشوائية منهجية من استعراض السجلات الطبية: نماذج الموافقة المستنيرة تم استكمالها وتوقيعها وتحديد تاريخها وتوقيتها، ومتاحة في السجلات الطبية للمرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تنفيذ سياسة الموافقة المستنيرة؟</li> <li>• المرضى أو الشخص المُخوّل له: ما الخطوات التي تم اتخاذها قبل توقيعك على نموذج الموافقة المستنيرة؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• نماذج الموافقة المستنيرة المتاحة في الأقسام المعنية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- قبل أي إجراءات باضعة، إذا وقّع المريض على نموذج الموافقة المستنيرة وتم إخطاره مسبقاً بجميع مخاطر الإجراء، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك دليل، قبل أي إجراءات باضعة، على موافقة مُوقّعة من المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-2-2-1** يوفر المستشفى التثقيف الذي يدعم مشاركة المرضى والأسر في قرارات الرعاية وفي المسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى.

#### العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات التثقيف الصحي.
- المواد التعليمية المستخدمة، بما يشمل النشرات والمؤلفات وملاحظات المحاضرات.
- محاضر الاجتماعات الثلاثة الأخيرة لمجموعة الدعم الخاصة بأمراض معينة وتوقعات الحضور.

- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات التثقيف الصحي.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات التثقيف الصحي.
- نموذج التقييم المكتمل لاحتياجات التثقيف الصحي في السجلات الطبية.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المواد التعليمية المستخدمة، بما يشمل النشرات والمؤلفات وملاحظات المحاضرات.</li> <li>• سياسات وإجراءات التثقيف الصحي بشأن قضايا صحية محددة وسلامة المرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالتثقيف الصحي.</li> <li>• وثائق توضح الامتثال لسياسات وإجراءات التثقيف الصحي.</li> <li>• محاضر الاجتماعات الثلاثة الأخيرة لمجموعة الدعم الخاصة بأمراض معينة وتوقعات الحضور.</li> <li>• استعراض السجلات الطبية: نموذج التثقيف الصحي مكتمل.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعمل على بناء الوعي الصحي لدى جميع مرضاه وأسرهم بشأن مشكلاتهم الصحية المحددة والمسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى؟</li> <li>• المرضى: هل حصلت على أي تعزيز صحي بشأن مشكلتك الصحية المحددة والمسائل العامة لسلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                      | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المواد التعليمية المستخدمة، بما يشمل النشرات في أماكن الانتظار وغرف الإدخال إلى المستشفى وغيرها.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يعمل على بناء الوعي الصحي لدى جميع مرضاه وأسرهم بشأن مشكلاتهم الصحية المحددة والمسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يعمل المستشفى على بناء الوعي الصحي لدى مرضاه وأسرهم بشأن مشكلاتهم الصحية المحددة والمسائل العامة المتعلقة بسلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

#### ب-2-2 يحصل جميع المرضى من أطبائهم المعالجين على معلومات كاملة ومُحدّثة عن تشخيصهم وعلاجهم.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بتوفير المعلومات الكاملة والمُحدّثة عن تشخيص المرضى وعلاجهم.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالمعلومات الكاملة والمُحدّثة عن تشخيص المرضى وعلاجهم.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالمعلومات الكاملة والمُحدّثة عن تشخيص المرضى وعلاجهم.
- النماذج المكتملة في السجلات الطبية الموقّعة والمؤرّخة والمحدد توقيتها بواسطة الأطباء المعالجين والمرضى أو الأشخاص المُخوّلين.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالمعلومات الكاملة والمُحدّثة عن تشخيص المرضى وعلاجهم.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالمعلومات الكاملة والمُحدّثة عن تشخيص المرضى وعلاجهم.</li> <li>• وثائق توضح الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالمعلومات الكاملة والمُحدّثة عن تشخيص المرضى وعلاجهم.</li> <li>• استعراض السجلات الطبية: خطة الرعاية السريرية المكتملة لكل من نماذج التشخيص والعلاج.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن جميع المرضى يحصلون من أطباؤهم المعالجين على معلومات كاملة ومُحدّثة عن تشخيصهم وعلاجهم؟</li> <li>• المرضى: هل يتم إطلاعك دائمًا على مستجدات تشخيصك وعلاجك؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                      | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا حصل جميع المرضى على معلومات كاملة ومُحدّثة من الأطباء المعالجين بشأن تشخيصهم وعلاجهم، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يحصل المرضى عمومًا من الأطباء المعالجين على معلومات كاملة مُحدّثة عن تشخيصهم وعلاجهم، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-2-3 يُدرّب المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية على الرعاية بعد تخريجهم من المستشفى.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية تدريب مقدمي الرعاية للمرضى على رعايتهم بعد تخريجهم من المستشفى: رعاية المرضى، والنظام الغذائي، والاستخدام الآمن والفَعَال للمعدات الطبية، وإعادة التأهيل.
- السياسات والإجراءات المعنية بتدريب مقدمي الرعاية للمرضى بعد تخريجهم من المستشفى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتدريب مقدمي الرعاية للمرضى بعد تخريجهم من المستشفى.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتدريب مقدمي الرعاية للمرضى بعد تخريجهم من المستشفى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتدريب مقدمي الرعاية للمرضى بعد تخريجهم من المستشفى.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتدريب مقدمي الرعاية للمرضى بعد تخريجهم من المستشفى.</li> <li>وثيقة تشمل الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتدريب مقدمي الرعاية للمرضى بعد تخريجهم من المستشفى.</li> <li>عينة عشوائية منهجية من استعراض السجلات الطبية: نموذج تدريب مكتمل على الرعاية بعد التخرج من المستشفى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تدريب مقدمي الرعاية للمرضى على رعايتهم بعد تخريجهم من المستشفى؟</li> <li>المرضى: هل تدربت أنت و/أو مقدمو الرعاية لك على الرعاية بعد التخرج من المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يُدرَّب مقدمي الرعاية للمرضى على رعايتهم بعد تخريجهم من المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُدرَّب المستشفى مقدمي الرعاية للمرضى على رعايتهم بعد تخريجهم من المستشفى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-2-4 عند الإدخال إلى المستشفى، يتم تقييم التاريخ الطبي الكامل وخطة العلاج والاحتياجات وتسجيلها في السجل الطبي للمرضى.**

## العناصر القابلة للقياس:

- سجلات المرضى الطبية التي توضح تفاصيل تاريخهم الطبي عند الإدخال إلى المستشفى.
- السجلات الطبية التي توضح خطط العلاج والتدبير العلاجي اللازم لكل مريض.
- الوثائق التي توضح المعدات الطبية والأدوية اللازمة لخطة التدبير العلاجي لكل مريض.
- الوثائق التي توضح الأقسام المسؤولة عن التدبير العلاجي للحالة، وطرق التواصل بين تلك الأقسام لتقديم خدمات رعاية صحية متكاملة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سجلات المرضى الطبية التي توضح تفاصيل تاريخهم الطبي عند الإدخال إلى المستشفى.</li> <li>• مخططات المتابعة لكل مريض، التي تبدأ بالحالة المَرَضية لكل مريض عند إدخاله إلى المستشفى.</li> <li>• السجلات الطبية التي توضح خطط العلاج والتدبير العلاجي اللازم لكل مريض.</li> <li>• الوثائق التي توضح المعدات الطبية والأدوية اللازمة لخطة التدبير العلاجي لكل مريض.</li> <li>• الوثائق التي توضح الأقسام المسؤولة عن التدبير العلاجي للحالة، وطرق التواصل بين تلك الأقسام لتقديم خدمات رعاية صحية متكاملة.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: ما الممارسة المعتادة التي تقوم بها بصفتك عاملاً عند إدخال حالة جديدة إلى المستشفى؟</li> <li>• هل هناك توثيق مناسب يتضمن مخطط متابعة لكل مريض يتم إدخاله إلى المستشفى، ويبدأ بحالته السريرية عند الإدخال إلى المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتوفر ملف يحتوي على جميع الوثائق ذات الصلة بكل مريض ويمكن لجميع العاملين المعنيين الوصول إليه في أي وقت.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى نظام واضح لإنشاء سجلات طبية لكل مريض عند إدخاله إلى المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى نظام للسجلات الطبية، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-2-2-5 عند تخريج المريض، تتم مشاركة ملخص التخرج/الإحالة التفصيلي مع المريض وطبيبه الأساسي.**

## العناصر القابلة للقياس:

- إعداد ملخص التخرج/الإحالة المناسب وتقديمه لجميع المرضى عند التخرج/الإحالة من المستشفى.
- مشاركة ملخص التخرج/الإحالة مع طبيب الرعاية الصحية الأولية للمريض.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقديم ملخص التخرج من المستشفى للمريض عند تخرجه.</li> <li>• مشاركة ملخص الإحالة/التخرج مع طبيب الرعاية الصحية الأولية للمريض الذي تم تخرجه، بهدف المتابعة وتحديث السجلات.</li> </ul>   | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل هناك هيكل واضح لملخص تخرج المرضى؟</li> <li>• هل يتم تبادل جميع المعلومات السريرية ومعلومات التدبير العلاجي مع أطباء الرعاية الصحية الأولية بعد تخرج المرضى من المستشفى؟</li> </ul> | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                  | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى مُلخص تخرج/إحالة للمرضى عند تخرجهم، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى نظام لتخرج المرضى وتبادل البيانات السريرية مع المرضى وأطباء الرعاية الصحية الأولية، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-2-6 تراعي أساليب التثقيف الصحي ثقافة المرضى وأسرهم وقيمهم وتفضيلاتهم.

## العناصر القابلة للقياس:

- وثائق توضح سياسة المستشفى بشأن محو الأمية الصحية.
- أدوات وأنشطة التثقيف الصحي المُطبقة في المستشفى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسة المستشفى بشأن محو الأمية الصحية.</li> <li>• تقارير عن أنشطة التثقيف الصحي التي أُجريت في المستشفى.</li> <li>• الأدوات المستخدمة في توصيل رسائل التثقيف الصحي.</li> </ul>                          | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل هناك سياسة واضحة لتوصيل رسائل التثقيف الصحي باللغات والأساليب التي تناسب ثقافة المريض وبيئته؟</li> <li>• هل يمتد الجمهور المستهدف ليشمل الأسر والمجتمع المحلي بالإضافة إلى مرضى المستشفى؟</li> </ul> | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                    | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا أخذ المستشفى في الاعتبار أساليب التثقيف التي تتوافق مع ثقافة المرضى والأسر، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُراعِ المستشفى الثقافة المحيطة في سياسة التثقيف الصحي وأساليبه، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-2-2-7** تتم توعية المرضى وتشجيعهم على التعبير عن آرائهم فيما يتعلق بالتحديات العالمية الثلاثة لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية (الجراحة المأمونة تنقذ الأرواح، والرعاية النظيفة رعاية أكثر مأمونية، والتداوي بدون أضرار).

## العناصر القابلة للقياس:

- وثائق وأنشطة التوعية لتقديم المبادئ التوجيهية والتعليمات الخاصة بنظافة الأيدي للعاملين والمرضى والأسر.
- وثائق لتوعية المرضى بالتعليمات قبل العمليات الجراحية وبعدها، وتشجيعهم على التحدث وطلب الخدمات.
- مواد وتعليمات التثقيف الصحي لضمان مأمونية الأدوية.
- نظام الإبلاغ/الشكوى، وسياسة تمكين المرضى من التحدث عن احتياجاتهم لضمان رعاية صحية مأمونة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات التي توضح نظام الإبلاغ/الشكوى الذي يمكن المرضى من الدفاع عن حقهم في الحصول على رعاية أكثر مأمونية.</li> <li>• التقارير التي توضح أنشطة تقديم المبادئ التوجيهية والتعليمات الخاصة بنظافة الأيدي للعاملين والمرضى والأسر.</li> <li>• وثائق لتوعية المرضى بالتعليمات قبل العمليات الجراحية وبعدها، وتشجيعهم على التحدث وطلب الخدمات.</li> <li>• مواد وتعليمات التثقيف الصحي لضمان مأمونية الأدوية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل العاملون على علم بالمبادئ التوجيهية لنظافة الأيدي ويطبقونها؟</li> <li>• العاملون المعنيون من فريق الجراحة: هل هم على علم بمتطلبات سلامة المرضى قبل الجراحة وأثنائها وبعدها؟</li> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك توصيات وعمليات مناسبة لضمان مأمونية الأدوية؟</li> </ul>                                                                                                                     | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لافتات توضح المبادئ التوجيهية والتعليمات المعنية بكيفية تنظيف اليدين على نحو سليم.</li> <li>• لافتات المعلومات التي توضح "اللحظات الخمس" لمأمونية الأدوية، أو غير ذلك من التعليمات ذات الصلة بها (انظر التحديات العالمية لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية: التداوي بدون أضرار (اللحظات الخمس لمأمونية الأدوية).</li> </ul>                                                                                       | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا نظر المستشفى في أساليب توعية المرضى وشجعهم على التحدث عن التحديات العالمية لسلامة المرضى لمنظمة الصحة العالمية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يأخذ المستشفى في الاعتبار إشراك المرضى في تناول التحديات الصحية العالمية لمنظمة الصحة العالمية، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-2-3-1** يشجع المستشفى المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية، بما يشمل التخرج من المستشفى أو الإحالة.

#### العناصر القابلة للقياس:

- عملية تشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.
- السياسات والإجراءات المعنية بتشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.
- عملية تشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط للتخرج أو الإحالة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.
- النماذج التي وقَّعها المرضى وحددوا تاريخها وتوقيتها، فيما يتعلق بمشاركتهم في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بتشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.</li> <li>• عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.</li> <li>• عينة عشوائية منهجية من استعراض السجلات الطبية: النماذج التي وقَّعها المرضى وحددوا تاريخها وتوقيتها، فيما يتعلق بمشاركتهم في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية.</li> <li>• عملية تشجيع المرضى على المشاركة في التخطيط للتخرج أو الإحالة.</li> <li>• السجلات الطبية للمريض التي توضح مشاركته في التخطيط للتخرج أو الإحالة.</li> <li>• إذا كانت الوفاة هي الحصلة، فهناك دليل على أن التخطيط يشمل تهيئة المرضى وأسرههم للوفاة، والتدبير العلاجي للألم والأعراض، وربطهم بمجموعات الدعم، وتزويدهم بالمشورة، وتلبية احتياجاتهم الروحية والثقافية.</li> </ul> | <p>الوثائق المطلوب استعراضها</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على مشاركة المرضى في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية؟</li> <li>• المرضى: هل شاركت في التخطيط واتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>المقابلات</p>                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>الملاحظة</p>                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا شارك المرضى في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يشارك المرضى في التخطيط واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم الصحية، فلا تُستوفى الدرجة.



**ب-2-3-2** يقدم المستشفى المشورة بشأن سلامة المرضى من خلال وسائط متعددة، بما يشمل المواد المطبوعة ووسائل التواصل الاجتماعي وعبر موقع إلكتروني متاح للعمامة.

العناصر القابلة للقياس:

- يوجد في المستشفى مواد لإسداء المشورة بشأن سلامة المرضى.
- تقديم المشورة بشأن سلامة المرضى من خلال وسائط متعددة، بما يشمل المواد المطبوعة ووسائل التواصل الاجتماعي والمواقع الإلكترونية.
- يمكن للمرضى الوصول إلى الموقع الإلكتروني للرعاية الصحية الخاص بالمستشفى.
- هناك قنوات تواصل اجتماعي للمستشفى متاحة للعمامة.

عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مواد التثقيف الصحي.</li> <li>• مواد تثقيفية عن سلامة المرضى.</li> <li>• الأسئلة المتكررة وإجاباتها.</li> </ul>                                                                                 |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل في الموقع الإلكتروني للمستشفى، وكم مرة يتم تحديثه؟</li> <li>• المرضى: هل كنت على علم بأنه يمكنك الوصول إلى المعلومات في الموقع الإلكتروني للمستشفى؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الموقع الإلكتروني للمستشفى، وقناة التواصل الاجتماعي.</li> </ul>                                                                                                                                |

حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى موقع إلكتروني يحتوي على مواد تعليمية ويمكن للمرضى الوصول إليه، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى موقع إلكتروني، أو لم تكن المواد التعليمية متاحة، أو لم يكن المرضى قادرين على الوصول إليهما، فلا تُستوفى الدرجة.

| ب-3                                                                                  | مستوى المعايير  | بيان المعايير                                                                                           | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يُكفل المستشفى أفضل الممارسات لتحديد هوية المرضى والتحقق منها في جميع مراحل الرعاية. | المعيار الحاسم  | ب-3-1-1 تتطلب عملية تحديد الهوية المستخدمة في جميع أنحاء المستشفى طريقتين على الأقل لتحديد هوية المريض. | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها، بما فيها مُعرِّفان معروفان للمريض.</li> <li>تتضمن مُعرِّفات المريض اسمه الكامل (حتى الجيل الثالث من العائلة) وتاريخ الميلاد والصورة ورقم المستشفى، ويتم استخدامها باستمرار على مستوى المستشفى.</li> </ul> |
|                                                                                      | المعيار الأساسي | ب-3-2-1 هناك نظام لتحديد حالات الحساسية وتوثيقها.                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها، بما فيها مُعرِّفان معروفان للمريض.</li> <li>تتضمن مُعرِّفات المريض اسمه الكامل (حتى الجيل الثالث من العائلة) وتاريخ الميلاد والصورة ورقم المستشفى، ويتم استخدامها باستمرار على مستوى المستشفى.</li> </ul> |
|                                                                                      |                 | ب-3-2-2 يتم احترام حق المرضى في خصوصية الرعاية والمعلومات وسريتهما.                                     | <p>سياسة بشأن:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تخزين السجلات الطبية.</li> <li>الوصول المُقيّد إلى بيانات المرضى.</li> </ul>                                                                                                                                                                        |
|                                                                                      | المعيار التنموي | ب-3-3-1 يستخدم المستشفى الباركود لتحديد هوية المرضى.                                                    | <p>سياسة استخدام الباركود لتحديد هوية المرضى أثناء إعطاء الدواء:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تخزين السجلات الطبية.</li> <li>الوصول المُقيّد إلى بيانات المرضى</li> <li>مطابقة العينات المخبرية</li> <li>مطابقة التصوير التشخيصي الطبي</li> </ul>                                               |

### ب-3-1-1 تتطلب عملية تحديد الهوية المستخدمة في جميع أنحاء المستشفى طريقتين على الأقل لتحديد هوية المريض.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها، بما فيها مُعرِّفان معروفان للمريض. وتتضمن مُعرِّفات المرضى الاسم الكامل للمريض (حتى ثلاثة أجيال من العائلة حيثما أمكن) وتاريخ الميلاد، واسم الطبيب المعالج، ورقم الغرفة أو السرير، ويجب أن تكون المُعرِّفات متسقة على مستوى المستشفى.
- سياسات لتحديد هوية المريض باستخدام مُعرِّفين اثنين قبل إعطاء الأدوية، وتنفيذ أي إجراء، والتحقق من الهوية قبل أي إجراءات مرتفعة المخاطر.
- قائمة بالإجراءات المرتفعة المخاطر، بما يشمل نقل الدم والعلاج الكيميائي.
- السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها، التي تتضمن تركيزًا خاصًا على الفئات المعرضة لخطر شديد (مثل الأطفال حديثي الولادة، والمرضى في غيبوبة، والمرضى المُصابين بالخَرَف).
- استخدام نظام الباركود لتحديد أدوية المرضى ومنتجات الدم.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها.</li> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها، التي تتضمن تركيزاً خاصاً على الفئات المعرضة لخطر شديد (مثل الأطفال حديثي الولادة، والمرضى في غيبوبة، والمرضى المُصابين بالخَرَف).</li> <li>قائمة الإجراءات المرتفعة المخاطر.</li> <li>نظام الباركود لمطابقة أدوية المرضى ومنتجات الدم.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها.</li> <li>تقارير قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها.</li> <li>عينة من السجلات الطبية المختارة عشوائياً لاستعراض مُعرِّفات المرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المرضى يتم تحديد هويتهم قبل تقديم العلاجات (مثل إعطاء الأدوية، أو الدم أو منتجاته، أو تقديم نظام غذائي مُقيّد، أو العلاج الإشعاعي)، وقبل الإجراءات (مثل إدخال خط وريدي، أو غسيل الكلى)، وقبل أي إجراءات تشخيصية (مثل أخذ الدم وعينات أخرى للاختبارات السريرية، أو القسطرة القلبية، أو الإجراءات التشخيصية الإشعاعية). هل يتم أيضاً إدراج هوية المرضى الذين دخلوا في غيبوبة ولم يتم تحديد هويتهم؟</li> <li>المرضى: كيف يحدد العاملون هويتك؟</li> </ul>                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>أساور تحديد هوية المرضى أو أساليب أخرى.</li> <li>مُعرِّفات المرضى في السجلات الطبية وأي طلب طبي آخر.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا تم تحديد هوية جميع المرضى والتحقق منها باستخدام مُعرِّفين على الأقل، بما يشمل الاسم الكامل وتاريخ الميلاد كلما خضع المريض لأي إجراءات أو عندما يتم نقله أو إعطاؤه أي دواء أو دم أو أحد مكُونات الدم قبل تقديم الرعاية، مع التركيز بوجه خاص على الفئات المعرضة لخطر شديد، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك نظام لتحديد هوية المرضى بصورة مناسبة، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-3-2-1 هناك نظام لتحديد حالات الحساسية وتوثيقها.

## العناصر القابلة للقياس:

- نظام لتحديد حالات الحساسية، مثلاً باستخدام نظام ترميز لوني.
- السياسات والإجراءات المعنية بتحديد حالات الحساسية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتحديد حالات الحساسية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتحديد حالات الحساسية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام لتحديد حالات الحساسية، مثلاً باستخدام نظام ترميز لوني.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بتحديد حالات الحساسية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتحديد حالات الحساسية.</li> <li>• وثائق أو تقارير قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتحديد حالات الحساسية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود نظام لتحديد حالات الحساسية، مثلاً باستخدام نظام ترميز لوني؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام لتحديد حالات الحساسية، مثلاً باستخدام نظام ترميز لوني.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                             |

## حساب الدرجات:

- إذا كان هناك نظام لتحديد حالات الحساسية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك نظام لتحديد حالات الحساسية، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-2-3-2 يتم احترام حق المرضى في خصوصية الرعاية والمعلومات وسريتهما.

## العناصر القابلة للقياس:

- سياسة المستشفى لضمان خصوصية وسرية سجلات المرضى.
- الاعتبارات الأمنية الخاصة بتخزين سجلات المرضى.
- أساليب ضمان الوصول المُقيّد إلى هذه المعلومات للعاملين المعنيين فقط.
- يُلمّ العاملون بحق المرضى في خصوصية الرعاية والمعلومات وسريتهما، ويحترمونهما.
- أساليب الاستقصاء في حالة انتهاك الخصوصية والسرية لأي مريض.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوثائق التي توضح سياسة المستشفى لضمان خصوصية وسرية سجلات المرضى.</li> <li>• نظام الباركود لمطابقة أدوية المرضى ومنتجات الدم.</li> <li>• التعليمات الموجهة إلى جميع العاملين لتأمين المعلومات الشخصية والطبية للمرضى.</li> <li>• يُلمّ العاملون بحق المرضى في خصوصية الرعاية والمعلومات وسريتهما، ويحترمونهما.</li> <li>• عمليات الاستقصاء في حالة انتهاك أحد اعتبارات السرية لأي مريض.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك سياسة واضحة تضمن خصوصية وسرية سجلات المرضى؟</li> <li>• العاملون المعنيون: هل أنت على دراية بحقوق المرضى وكيفية الإبلاغ عن أي حادث يُشتبه في انتهاكه لسرية معلومات المريض؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• أي تدابير يتم تنفيذها لحماية السرية والخصوصية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى بيان واضح ويمثل للعناصر القابلة للقياس لضمان خصوصية المرضى وسريتهم، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتبع المستشفى التدابير لضمان خصوصية وسرية المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-3-1 يستخدم المستشفى الباركود لتحديد هوية المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- نظام الباركود المزود بأرقام التحقق لتحديد هوية المرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | • وثائق توضح الباركود المزود بأرقام التحقق لضمان تحديد هوية المرضى على نحو مناسب.                                                                               |
| المقابلات                 | • العاملون المعنيون: هل هناك دليل على استخدام الباركود المزود بأرقام التحقق لضمان تحديد هوية المرضى على نحو مناسب؟                                              |
| الملاحظة                  | • أشرطة تحديد هوية المرضى التي تحمل الباركود المزود بأرقام التحقق.<br>• رموز الباركود الخاصة بتحديد هوية المرضى والمزودة بأرقام للتحقق في نماذج السجلات الطبية. |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يستخدم الباركود المزود بأرقام التحقق لتحديد هوية المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يستخدم المستشفى الباركود المزود بأرقام التحقق لتحديد هوية المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

| ب-4                                                                        | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                 | إرشادات بشأن<br>الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يُعرض المستشفى على إشراك المجتمع المحلي في الأنشطة المختلفة لسلامة المرضى. | المعايير الحاسمة  | ب-4-2-1 يُجري المستشفى حملات سلامة المرضى بهدف تبادل الحلول وزيادة الوعي بشأن سلامة المرضى في المجتمع المحلي. | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية التخطيط لحملات سلامة المرضى.</li> <li>مجتمعات الممارسة.</li> <li>محاضر الاجتماعات وخطة العمل لحملة سلامة المرضى.</li> <li>محاضر الاجتماعات مع المجموعات المدنية والمنظمات غير الحكومية وقادة المجتمع المحلي.</li> </ul> |
|                                                                            |                   | ب-4-2-2 يستخدم المستشفى وسائل الإعلام و/أو التسويق لتعزيز سلامة المرضى.                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>المواد الإعلامية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى).</li> <li>المواد التسويقية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى).</li> </ul>                   |
|                                                                            | المعايير التنموية | ب-4-3-1 يُشرك المستشفى المجتمع المحلي في تصميم برامج سلامة المرضى ومشروعات التحسين، وتنفيذها.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>استراتيجية إشراك المجتمع المحلي (مثل المنظمات غير الحكومية والمدافعين عن حقوق المرضى ومجتمعات الممارسة).</li> <li>السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي.</li> </ul>                                               |
|                                                                            |                   | ب-4-3-2 يمكن للمرضى الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية التماس التوضيح من الطبيب الممارس المعني.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسة المعنية بكيفية طلب المرضى الوصول إلى السجلات الطبية.</li> </ul>                                                                                                                                                       |

**ب-4-2-1 يُجري المستشفى حملات لسلامة المرضى، بهدف تبادل الحلول وزيادة الوعي بشأن سلامة المرضى في المجتمع المحلي.**

العناصر القابلة للقياس:

- عملية التخطيط لحملات سلامة المرضى.
- محاضر الاجتماعات وخطة العمل لحملة سلامة المرضى.

عملية التقييم

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                           |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>تقارير توضح كيف تم التخطيط لحملة سلامة المرضى.</li> <li>محاضر الاجتماعات وخطة العمل لحملة سلامة المرضى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>هل هناك دليل على حملة لسلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                    |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                               |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يُجري حملات لسلامة المرضى، بهدف تبادل الحلول وزيادة الوعي بشأن سلامة المرضى في المجتمع المحلي، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُجرِ المستشفى حملات لسلامة المرضى، بهدف تبادل الحلول وزيادة الوعي بشأن سلامة المرضى في المجتمع المحلي، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-4-2 يستخدم المستشفى وسائل الإعلام و/أو التسويق لتعزيز سلامة المرضى.****العناصر القابلة للقياس:**

- المواد الإعلامية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى).
- المواد التسويقية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى).

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• المواد الإعلامية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى).</li> <li>• المواد التسويقية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى).</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على استخدام المواد الإعلامية و/أو التسويقية لتعزيز سلامة المرضى (مثل النشرات الصحفية التي تعلن عن أنشطة سلامة المرضى)؟</li> </ul>                                             |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                          |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يستخدم وسائل الإعلام والتسويق لتعزيز سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يستخدم المستشفى وسائل الإعلام والتسويق لتعزيز سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-4-3 يُشرك المستشفى المجتمع المحلي في تصميم برامج سلامة المرضى ومشروعات التحسين، وتنفيذهما.****العناصر القابلة للقياس:**

- استراتيجية إشراك المجتمع المحلي (مثل المنظمات غير الحكومية والمدافعين عن حقوق المرضى).
- تقديم معلومات مكتوبة وشفهية لقادة المجتمع المحلي حول دورهم في تحسين سلامة المرضى.
- السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي.
- تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي المعني.
- محاضر أو تقارير اجتماعات فرقة العمل المعنية بتحسين سلامة المرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• استراتيجية إشراك المجتمع المحلي (مثل المنظمات غير الحكومية والمدافعين عن حقوق المرضى).</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإشراك المجتمع المحلي.</li> <li>• محاضر أو تقارير اجتماعات فرقة العمل المعنية بتحسين سلامة المرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على إشراك المجتمع المحلي (مثل المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدينية والمدافعين عن حقوق المرضى) في تصميم برنامج سلامة المرضى وتنفيذه؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                      | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يُشرك المجتمع في تصميم وتنفيذ برنامج سلامة المرضى لديه، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُشرك المستشفى المجتمع في تصميم وتنفيذ برنامج سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-4-3-2** يمكن للمرضى الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية التماس التوضيح من الطبيب الممارس المعني.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بتمكين المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتمكين المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتمكين المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتمكين المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتمكين المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتمكين المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أنه يمكن للمرضى الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية الاستعراض والتعديل؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                             | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا تمكن المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية الاستعراض والتعديل، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتمكن المرضى من الوصول إلى سجلاتهم الطبية مع إمكانية الاستعراض والتعديل، فلا تُستوفى الدرجة.

| ب-5                                                                         | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                         | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يُلجَّح المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم بالحوادث المتعلقة بسلامة المرضى. | المعايير الأساسية | ب-5-2-1 يتوفر لدى المستشفى سياسة معنية بالإفصاح عن الحوادث للعاملين والمرضى ومقدمي الرعاية لهم.                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>سياسات وإجراءات الإفصاح للمرضى ومقدمي الرعاية لهم والعاملين.</li> <li>الدليل على حالات سابقة من الحوادث المتعلقة بالمرضى والمتابعة.</li> </ul>                                                                                                                                |
|                                                                             |                   | ب-5-2-2 يوجد في المستشفى خدمة لدعم المرضى تهدف إلى شرح المعلومات التي يتم الحصول عليها من الفريق السريري، أو تفسير الحوادث للمرضى ومقدمي الرعاية لهم. | <ul style="list-style-type: none"> <li>الوصف الوظيفي للمدافع عن حقوق المرضى أو ما يماثله.</li> <li>قائمة الخدمات التي يقدمها المدافع عن حقوق المرضى.</li> <li>الدليل على التدريب الذي يحصل عليه المدافع عن حقوق المرضى، أي مهارات التواصل لمساعدة المرضى ومقدمي الرعاية لهم على فهم قضايا الرعاية الصحية.</li> </ul> |

**ب-5-2-1** يتوفر لدى المستشفى سياسة معنية بالإفصاح عن الحوادث للعاملين والمرضى ومقدمي الرعاية.

#### العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات الإفصاح للمرضى ومقدمي الرعاية لهم والعاملين.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات الإفصاح.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الإفصاح.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الإفصاح للمرضى ومقدمي الرعاية لهم والعاملين.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات الإفصاح.</li> <li>• تقارير قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الإفصاح.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود نظام إفصاح مهيكل للمرضى ومقدمي الرعاية لهم والعاملين؟</li> </ul>                                                                                                  |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                       |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى نظام إفصاح مهيكل، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى نظام إفصاح مهيكل، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-5-2-2** يوجد في المستشفى خدمة لدعم المرضى تهدف إلى شرح المعلومات التي يتم الحصول عليها من الفريق السريري، أو تفسير الحوادث للمرضى ومقدمي الرعاية لهم.

#### العناصر القابلة للقياس:

- اختصاصات المناصر/الوسيط المعني بالرعاية الصحية.
- خطاب إخطار المناصر/الوسيط المعني بالرعاية الصحية.
- مناصر/وسيط معني بالرعاية الصحية مُدرَّب على شرح الحوادث للمرضى ومقدمي الرعاية لهم.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>اختصاصات المناصر/الوسيط المعني بالرعاية الصحية.</li> <li>خطاب إخطار المناصر/الوسيط المعني بالرعاية الصحية.</li> <li>سجلات تدريب المناصر/الوسيط المعني بالرعاية الصحية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود وسيط/مناصر معني بالرعاية الصحية في المستشفى يشرح الحوادث للمرضى ومقدمي الرعاية لهم؟</li> </ul>                                           |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                              |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى مناصر/وسيط معني بالرعاية الصحية يشرح الحوادث، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى مناصر/وسيط معني بالرعاية الصحية يشرح الحوادث، فلا تُستوفى الدرجة.

| ب-6                                                                                          | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                                       | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يشجع المستشفى استقبال التعقيبات من المرضى، ويتخذ إجراءات لمعالجة مخاوفهم والرد على إطرأاتهم. | المعايير الأساسية | ب-2-6-1 يستقبل المستشفى تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم من خلال عمليات تفاعلية واستباقية.                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية القياس التفاعلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>الشكاوى</li> <li>تقارير الحوادث.</li> </ul> </li> <li>عملية القياس الاستباقي: <ul style="list-style-type: none"> <li>مسوحات التجارب.</li> <li>صناديق المقترحات.</li> <li>قياسات حواصل المرضى المُبلَّغ عنها.</li> </ul> </li> <li>خطط العمل المُراعِية لتعقيبات المرضى.</li> <li>إبلاغ المرضى والعاملين بالنتائج.</li> </ul>  |
|                                                                                              |                   | ب-2-6-2 هناك عملية لتقديم التعقيبات (الإطراء أو الشكاوى أو التحسين)، وتشمل كيفية تلقيها واستقصائها وحلها في وقت محدد، وتُتاح هذه العملية للمرضى وأسرهم وعامة الناس. | عينة عشوائية من التعقيبات بشأن كيفية التعامل مع الشكاوى والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار هذه الشكاوى.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                              | المعايير التنموية | ب-3-6-1 يُشارك المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم في هياكل الحوكمة، ووضع السياسات، وتنفيذ مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>استراتيجية إشراك المرضى في سلامة المرضى، بما يشمل: <ul style="list-style-type: none"> <li>تحديد هوية المرضى ورصدها.</li> <li>نظافة الأيدي.</li> <li>التحقق من وجود أي مواد تعليمية تُستخدم مع المرضى وتُتعلق بأنشطة سلامة المرضى.</li> <li>تقارير الاجتماعات التي تشمل إشراك المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.</li> </ul> </li> </ul> |
|                                                                                              |                   | ب-3-6-2 يوفر المستشفى المعلومات للمرضى ويثقفهم بشأن سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى.                                                                | المعلومات والتثقيف بشأن سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**ب-6-1 يستقبل المستشفى تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم من خلال عمليتين تفاعلية واستباقية.****العناصر القابلة للقياس:**

- عملية الحصول على تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم من خلال أدوات مختلفة، مثل مسوحات الرضا، وجولات القيادة، ومجموعات التركيز، وخطابات الشكاوى، والخط الساخن المعني بالسلامة، وتعقيبات العاملين، وصندوق الاقتراحات، ومجموعات التركيز المجتمعية.
- الشكاوى التفاعلية وتقارير الحوادث.
- مسوحات التجارب الاستباقية وصناديق الاقتراحات.
- قياسات حواصل المرضى المُبلَّغ عنها.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                          |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| • مسوحات الرضا، وجولات القيادة، ومجموعات التركيز، وخطابات الشكاوى، والخط الساخن المعني بالسلامة، وتعقيبات العاملين، وصندوق الاقتراحات، ومحاضر مجموعات التركيز المجتمعية. | الوثائق المطلوب استعراضها |
| • العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يستقبل تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم؟                                                                              | المقابلات                 |
| • صندوق المقترحات.                                                                                                                                                       | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يستقبل تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم باستخدام مختلف الأدوات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يستقبل المستشفى تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-6-2 هناك عملية بشأن التعقيبات (الإطراء أو الشكوى أو التحسين)، وتشمل كيفية تلقيها واستقصائها وحلها في وقت محدد، وتتاح هذه العملية للمرضى وأسرهم وعامة الناس.****العناصر القابلة للقياس:**

- عينة عشوائية من التعقيبات بشأن كيفية إدارتها والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار التعقيبات السلبية أو الشكاوى.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                                                                                                                                                           |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| • تقارير التعقيبات بشأن كيفية التعامل مع الشكاوى المقدمة من المرضى والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار هذه الشكاوى.                                     | الوثائق المطلوب استعراضها |
| • العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تقارير التعقيبات بشأن كيفية التعامل مع الشكاوى المقدمة من المرضى والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار هذه الشكاوى؟ | المقابلات                 |
| • لا ينطبق.                                                                                                                                               | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يستجيب لشكاوى المرضى عن طريق إرسال تعقيبات لهؤلاء المرضى بشأن كيفية التعامل مع الشكاوى والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار هذه الشكاوى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يستجيب المستشفى لشكاوى المرضى عن طريق إرسال تعقيبات بشأن كيفية التعامل مع الشكاوى والتغييرات التي تم إدخالها لمنع تكرار هذه الشكاوى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-6-3-1** يُشرك المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم في هياكل الحوكمة، ووضع السياسات، وتنفيذ مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- استراتيجية إشراك وتمكين المرضى في سلامة المرضى. وقد تشمل مجالات إشراك المرضى: تحديد هوية المرضى، ورصد نظافة الأيدي، واستخدام الحقن مرة واحدة.
- توافر أي مواد تثقيفية و/أو معلومات مكتوبة/شفهية مقدمة إلى المرضى تُمكنهم من أداء دور نشط وأن يصبحوا شركاء في تعزيز سلامة المرضى.
- السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المرضى وتمكينهم.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات.
- تقارير أو محاضر الاجتماعات التي تشمل إشراك المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• استراتيجية إشراك المرضى أو جمعيات سلامة المرضى في سلامة المرضى.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المرضى في سلامة المرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإشراك المرضى، مع تقارير سلامة المرضى التي تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإشراك المرضى، أو محاضر الاجتماعات التي تشمل مشاركة المرضى ومقدمي الرعاية وإشراكهم في وضع السياسات واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على إشراك المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يُشرك المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُشرك المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ب-6-3-2 يوفر المستشفى المعلومات للمرضى ويثقفهم حول سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى.**

## العناصر القابلة للقياس:

- يُقدّم المستشفى المعلومات للمرضى ويثقفهم بشأن سلامة المرضى ومحو الأمية الصحية، بما يشمل كيفية الحفاظ على عافيتهم وتحسينها، فضلاً عن تقديم المعلومات عن سلامة المرضى.
- يمكن أن يشمل الحفاظ على عافيتهم وتحسينها المتطلبات المتعلقة ببرامج الإقلاع عن التدخين، وتقديم المشورة بشأن إدارة الإجهاد، وإرشادات النظام الغذائي وممارسة التمارين الرياضية، وإدارة تعاطي مواد الإدمان.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• معلومات بشأن سلامة المرضى ومحو الأمية الصحية، بما يشمل كيفية الحفاظ على عافيتهم وتحسينها.</li> <li>• المواد المعنية ببرامج الإقلاع عن التدخين، وتقديم المشورة بشأن إدارة الإجهاد، وإرشادات النظام الغذائي وممارسة التمارين الرياضية، وإدارة تعاطي مواد الإدمان.</li> <li>• السجلات الطبية للمرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على المعلومات عن سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى؟</li> <li>• المرضى: هل توفر المؤسسة المعلومات عن سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى؟</li> </ul>                                                                                                | المقابلات                 |

## حساب الدرجات

- إذا كان المستشفى يوفر الوصول إلى المعلومات عن سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوفر المستشفى الوصول إلى المعلومات عن سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

| ب-7                                          | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                               | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى بيئة مُراعية لسلامة المرضى. | المعايير الأساسية | ب-7-2-1 يوفر المستشفى للمرضى بيئة تتمتع بالخصوصية والسرية وتراعي الجنسين.   | جولة في البيئة للتحقق من الدليل على: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ توافر مساحة خاصة للفحص.</li> <li>○ وجود مناطق انتظار منفصلة للجنسين.</li> <li>○ تأمين المعلومات الطبية.</li> </ul> |
|                                              |                   | ب-7-2-2 يوفر المستشفى مساحة للتفاعل الاجتماعي، بما يشمل وسائل ترفيه للمرضى. | جولة في البيئة للتحقق من الدليل على: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ وجود وسائل ترفيه المرضى، مثل الموسيقى والتلفاز والأفلام والمكتبة.</li> <li>○ توافر مساحة للقاء الأقارب.</li> </ul> |
|                                              |                   | ب-7-2-3 في المستشفى مكان للصلاة يُلبّي احتياجات المرضى الروحية والدينية.    | جولة في البيئة للتحقق من الدليل على توافر مساحة خاصة للصلاة والاحتياجات الروحية.                                                                                                                 |

**ب-7-2-1** يوفر المستشفى للمرضى بيئة تتمتع بالخصوصية والسرية وتراعي الجنسين.

## العناصر القابلة للقياس:

- هناك خصوصية لفحص المرضى ويتم الحفاظ على سرية المعلومات.
- هناك مناطق انتظار منفصلة للجنسين.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | • مواد تدريبية للعاملين لتنفيذ السياسة المعنية بالخصوصية والسرية والبيئة المُراعية للجنسين.                  |
| المقابلات                 | • العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أنَّ عاملي المستشفى مُدرَّبون على تقديم الدعم فيما يتعلق بهذه السياسة؟ |
| الملاحظة                  | • المساحات المُراعية للجنسين والمخصصة لفحص المرضى والانتظار.                                                 |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يوفر خصوصية الفحص والانتظار والمساحات المُراعية للجنسين، وكان العاملون مُدرَّبين على تنفيذ هذه الممارسات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوفر المستشفى خصوصية الفحص والانتظار والمساحات المُراعية للجنسين، وكان العاملون غير مُدرَّبين على تنفيذ هذه الممارسات، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-2-7-2 يوفر المستشفى مساحة للتفاعل الاجتماعي، بما يشمل وسائل ترفيه للمرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- وسائل ترفيه المرضى، مثل الموسيقى والتلفاز والأفلام والمكتبة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | • تقارير عن وسائل الترفيه للمرضى.                               |
| المقابلات                 | • العاملون المعنيون: هل هناك دليل على توافر وسائل ترفيه للمرضى؟ |
| الملاحظة                  | • وسائل ترفيه المرضى، مثل الموسيقى والتلفاز والأفلام والمكتبة.  |



## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يحتوي على وسائل ترفيه للمرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر في المستشفى وسائل ترفيه للمرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

## ب-7-2-3 في المستشفى مكان للصلاة يُلبّي احتياجات المرضى الروحية والدينية.

## العناصر القابلة للقياس:

- في المستشفى مكان للصلاة يُلبّي احتياجات المرضى الروحية والدينية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقارير عن احتياجات المرضى الروحية والدينية.</li> <li>• تقارير عن رضا المرضى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تلبية احتياجات المرضى الروحية والدينية؟</li> </ul>  |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مكان للصلاة يُلبّي احتياجات المرضى الروحية والدينية.</li> </ul>                         |

## حساب الدرجات:

- إذا كان في المستشفى مكان للصلاة يُلبّي احتياجات المرضى الروحية والدينية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن في المستشفى مكان للصلاة ولا تتم تلبية احتياجات المرضى الروحية والدينية، فلا تُستوفى الدرجة.

## المجال (ج): الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيانات

| المجال                                                | بيان المقاييس                                                   | عدد المعايير |        |        |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------|--------|--------|
|                                                       |                                                                 | حاسمة        | أساسية | تنموية |
| ج- مقاييس الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيانات | ج-1 في المستشفى حوكمة سريرية فعّالة تضمن إدراج سلامة المرضى.    | 6            | 8      | 0      |
|                                                       | ج-2 في المستشفى نظام للحد من خطر العدوى المكتسبة في المستشفيات. | 3            | 8      | 1      |
|                                                       | ج-3 ضمن المستشفى مأمونية الدم ومنتجاته.                         | 2            | 2      | 0      |
|                                                       | ج-4 في المستشفى نظام آمن للتدوي.                                | 3            | 6      | 1      |
|                                                       | الإجمالي                                                        | 14           | 24     | 2      |

| ج-1                                                           | مستوى المعايير   | بيان المعايير                                                                                                                                          | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى حوكمة سريرية فعّالة تضمن إدراج سلامة المرضى. | المعايير الحاسمة | ج-1-1-1 تحافظ قيادة المستشفى على قنوات اتصال فعّالة على مستوى المستشفى، بما يشمل توصيل النتائج الحرجة العاجلة.                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>استراتيجية التواصل.</li> <li>عملية توصيل النتائج الحرجة العاجلة.</li> <li>استخدام تكنولوجيا المعلومات.</li> </ul>                                        |
|                                                               |                  | ج-1-1-2 يستخدم المستشفى قائمة مرجعية للسلامة الجراحية ويمثل للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الجراحة المأمونة. | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية ضمان الإجراءات الجراحية للمرضى في الموضع السليم بالجسم.</li> <li>قائمة مرجعية للسلامة الجراحية تُستخدم في غرف العمليات لكل إجراء جراحي.</li> </ul> |
|                                                               |                  | ج-1-1-3 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لضمان الإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له على نطاق المستشفى.                                                       | السياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.                                                                                                                            |
|                                                               |                  | ج-1-1-4 يقلل المستشفى من استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية لنقل النتائج، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا.             | سياسات استخدام الأوامر الهاتفية الشفهية، بما يشمل: <ul style="list-style-type: none"> <li>الاستخدام المحدود.</li> <li>إعادة القراءة مرة أخرى.</li> </ul>                                        |
|                                                               |                  | ج-1-1-5 يتوفر لدى المستشفى نُظُم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية وبين نوبات العمل.                                                  | تشمل سياسات وإجراءات تسليم المرضى: <ul style="list-style-type: none"> <li>جميع التخصصات.</li> <li>التغييرات في نوبات العمل.</li> <li>الوضع، والمعلومات الأساسية، والتقييم، والتوصية.</li> </ul> |
|                                                               |                  | ج-1-1-6 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية والمسارات المعنية برعاية الولادة الآمنة.                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية/المسارات المسندة بالبيانات لرعاية الولادة الآمنة.</li> <li>تقديم معلومات للمرضى عن الولادة الآمنة.</li> </ul>                          |

| ج-1                                                    | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                                                                        | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى سريرية فعالة تضمن إدراج سلامة المرضى. | المعايير الأساسية | ج-1-2-1 يوجد في المستشفى عملية لوضع مبادئ توجيهية سريرية، ولجنة مبادئ توجيهية سريرية محلية تجتمع بانتظام لاختيار المبادئ التوجيهية والبروتوكولات والقوائم المرجعية ذات الصلة بالسلامة وضمان تنفيذها. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• إنشاء لجنة المبادئ التوجيهية المتعددة التخصصات ووضع الاختصاصات.</li> <li>• تحديد أولويات المبادئ التوجيهية السريرية والقوائم المرجعية والسياسات المطلوب وضعها.</li> <li>• المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية تستند إلى أهم خمسة تشخيصات وأهم خمسة أمراض شديدة الخطورة، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية إذا كانت متاحة.</li> </ul> |
|                                                        |                   | ج-1-2-2 يتوفر لدى المستشفى نُظْم لضمان توصيل نتائج الاختبارات المتعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بضمان توصيل نتائج الاختبارات المتعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.</li> <li>• استخدام تكنولوجيا المعلومات ووسائل التواصل الاجتماعي.</li> </ul>                                                                                                                                        |
|                                                        |                   | ج-1-3-2 يضمن المستشفى تنفيذ الإجراءات التشخيصية الباضعة بأمان، ووفقًا للمبادئ التوجيهية الموحدة.                                                                                                     | المبادئ التوجيهية لأهم خمسة إجراءات تشخيصية باضعة.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                        |                   | ج-1-4-2 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية للحد من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عملية تحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي، وتوفير المعالجة الوقائية المناسبة من الخثرات.</li> <li>• المعلومات التي قدّمها العاملون للمرضى عن مخاطر الإصابة بالخثار الوريدي العميق وكيفية الوقاية منها.</li> <li>• المبادئ التوجيهية للحد من الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي.</li> </ul>                |
|                                                        |                   | ج-1-5-2 يفحص المستشفى المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للضرر ويعمل على الحد من المخاطر.                                                                                                                | <p>العملية التي تشمل توافر السياسات والإجراءات المعنية بالتقييم الأولي والمستمر، لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بما يلي وتدريبهم علاجيًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ قرح الضغط</li> <li>○ الانتحار</li> <li>○ العدوى</li> <li>○ الاحتياجات التغذوية</li> </ul>                                                                                                         |
|                                                        |                   | ج-1-6-2 يحتفظ المستشفى بقائمة معتمدة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات لاستخدامها في المستشفى.                                                                                                      | قائمة الاختصارات المعتمدة.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                        |                   | ج-1-7-2 هناك عملية لدمج وتنسيق الرعاية المقدمة لكل مريض داخل الأقسام وفيما بينها ومع الخدمات الخارجية ذات الصلة بها.                                                                                 | عملية ضمان الرعاية التي تركز على المريض.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                        |                   | ج-1-8-2 يفحص المستشفى المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للسقوط ويعمل على الحد من المخاطر.                                                                                                               | <p>السياسات والإجراءات المعنية بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ تحديد المرضى المُعرّضين للخطر باستخدام أداة تقييم مُسندة بالبيانات (مقياس مورس للسقوط، ومقياس هيمبتي دميتي للسقوط).</li> <li>○ التقييم المبدئي والمستمر للمرضى المعرضين لخطر السقوط.</li> <li>○ الحد من مخاطر السقوط.</li> <li>○ التدبير العلاجي إذا كانت المخاطر مرتفعة.</li> </ul>                     |





## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>قائمة مرجعية للسلامة الجراحية تُستخدم في غرف العمليات لكل إجراء جراحي.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية للسلامة الجراحية.</li> <li>التقارير التي تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن السلامة الجراحية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تنفيذ قائمة مرجعية للسلامة الجراحية والامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الجراحة المأمونة، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية؟</li> </ul>                                                                |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>دليل على استخدام قائمة مرجعية للسلامة الجراحية في غرفة العمليات.</li> </ul>                                                                                                                                                                            |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يُطبق قائمة مرجعية للسلامة الجراحية والمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الجراحة المأمونة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُطبق المستشفى قائمة مرجعية للسلامة الجراحية والمبادئ التوجيهية بشأن الجراحة المأمونة، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-1-3 يتوفر لدى المستشفى نُظم لضمان الإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له على نطاق المستشفى.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية لوضع نظام على مستوى المستشفى وتنفيذه وصيانته من أجل الإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.
- عملية قياس الملاحظات وتوثيقها عبر مخططات الملاحظة العامة، بما يشمل معدل التنفس، والتشبع الأكسجيني، وضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، ودرجة الحرارة، ومستوى الوعي، وغيرها.
- عملية تشكيل فرق الاستجابة السريعة والتدريب على نحو منتظم.
- مراجعة العمليات ورصدها بانتظام بواسطة لجنة الطوارئ الطبية.
- تدريب العاملين على الإقرار بالتدهور السريري والإبلاغ عنه.
- السياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود نُظم لضمان الإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له على نطاق المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>قياس الملاحظات وتوثيقها عبر مخططات الملاحظة العامة: معدل التنفس، والتشبع الأكسجيني، وضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، ودرجة الحرارة، ومستوى الوعي، وغيرها.</li> </ul>                                                                                                                                          |

**حساب الدرجات:**

- إذا توفر لدى المستشفى نظام لضمان الإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له على نطاق المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى نظام لضمان الإقرار بالتدهور السريري والاستجابة له على نطاق المستشفى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-1-1-4** يقلل المستشفى من استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية ونقل النتائج شفهيًا وهاتفيًا، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا.

**العناصر القابلة للقياس:**

- سياسات وإجراءات التواصل الفعال، بما يشمل "إعادة القراءة مرة أخرى" حيث تتم كتابة الأمر الهاتفي أو الشفهي بالكامل بواسطة المتلقي، الذي يقرأ الأمر مرة أخرى، ويؤكد الشخص الذي أصدر الأمر.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالتواصل الفعال.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات التواصل الفعال.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالتواصل الفعال.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالتواصل الفعال.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالتواصل الفعال.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يقلل من استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية ونقل النتائج شفهيًا وهاتفيًا، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا؟</li> </ul>                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يقلل استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية ونقل النتائج شفهيًا وهاتفيًا، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يقلل المستشفى من استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية لنقل النتائج، و/أو لم يتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-1-1-5** يتوفر لدى المستشفى نُظْم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية وبين نوبات العمل.

**العناصر القابلة للقياس:**

- سياسات وإجراءات تسليم المرضى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات تسليم المرضى.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات تسليم المرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات تسليم المرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات تسليم المرضى.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات تسليم المرضى.</li> </ul>                              | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يتوفر لديه نُظْم لتسليم المرضى (مثل الوضع، والمعلومات الأساسية، والتقييم، والتوصية) على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية (بمن فيهم العاملون في نوبات العمل)؟</li> </ul> | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تسليم المرضى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى نُظْم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى نُظْم لتسليم المرضى على نحو آمن وشامل بين الفرق السريرية، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-1-6 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية والمسارات المعنية برعاية الولادة الآمنة.

## العناصر القابلة للقياس:

- يقدم العاملون معلومات للمرضى عن الولادة الآمنة.
- القائمة المرجعية للولادة الآمنة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية للولادة الآمنة.
- عملية قياس الامتثال للقائمة المرجعية للولادة الآمنة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• القائمة المرجعية لمنظمة الصحة العالمية للولادة الآمنة.</li> <li>• المبادئ التوجيهية للولادة الآمنة.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية للولادة الآمنة.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الولادة الآمنة.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى ينفذ المبادئ التوجيهية المعنية بالولادة الآمنة، مثل القائمة المرجعية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الولادة الآمنة؟</li> </ul>                                                                                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقديم معلومات للمرضى عن الولادة الآمنة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يطبق المبادئ التوجيهية للولادة الآمنة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يطبق المستشفى المبادئ التوجيهية للولادة الآمنة، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-1-2-1** يوجد في المستشفى عملية لوضع مبادئ توجيهية سريرية، ولجنة مبادئ توجيهية سريرية محلية تجتمع بانتظام لاختيار المبادئ التوجيهية والبروتوكولات والقوائم المرجعية ذات الصلة بالسلامة وضمان تنفيذها.

**العناصر القابلة للقياس:**

- إنشاء لجنة المبادئ التوجيهية السريرية المتعددة التخصصات لوضع المبادئ التوجيهية السريرية المحلية.
- المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية تستند إلى أهم خمسة تشخيصات وأهم خمسة أمراض شديدة الخطورة، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية إذا كانت متاحة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية ذات الصلة بالموضوع.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية ذات الصلة بالموضوع.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاصات لجنة المبادئ التوجيهية السريرية المتعددة التخصصات لوضع المبادئ التوجيهية السريرية المحلية.</li> <li>• المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية تستند إلى أهم خمسة تشخيصات وأهم خمسة أمراض شديدة الخطورة، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية إذا كانت متاحة.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية المحددة ذات الصلة بالموضوع.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية المحددة ذات الصلة بالموضوع.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية حيثما كان ذلك مناسباً، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية حيثما كانت متاحة؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المسارات السريرية والرسائل التذكيرية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا امتثل المستشفى للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية حيثما كان ذلك مناسباً، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية حيثما كان ذلك مناسباً، فلا تُستوفى الدرجة.



**ج-1-2-2** يتوفر لدى المستشفى نُظْم لضمان توصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بضمان توصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بضمان توصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتوصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتوصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود نظام لضمان توصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى نُظْم لضمان توصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر في المستشفى نُظْم لضمان توصيل نتائج الاختبارات المعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-1-2-3** يضمن المستشفى تنفيذ الإجراءات التشخيصية الباضعة بأمان، ووفقاً للمبادئ التوجيهية الموحدة.

#### العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية لأهم خمسة إجراءات تشخيصية باضعة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية للإجراءات التشخيصية الباضعة.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للإجراءات التشخيصية الباضعة.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية لأهم خمسة إجراءات تشخيصية باضعة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية للإجراءات التشخيصية الباضعة ذات الصلة بالموضوع.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للإجراءات التشخيصية الباضعة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن تنفيذ الإجراءات التشخيصية الباضعة بأمان، ووفقاً للمبادئ التوجيهية الموحدة؟</li> </ul>                                                                                                                     |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية للإجراءات التشخيصية الباضعة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                      |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يضمن تنفيذ الإجراءات التشخيصية الباضعة بأمان، ووفقاً للمبادئ التوجيهية الموحدة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى تنفيذ الإجراءات التشخيصية الباضعة بأمان، ووفقاً للمبادئ التوجيهية الموحدة، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-2-4 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية تحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي)، وتوفير المعالجة الوقائية المناسبة من الخثرات.
- المعلومات التي قدّمها العاملون للمرضى عن مخاطر الإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي وكيفية الوقاية منها.
- المبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).</li> <li>عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي).</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى ينفذ المبادئ التوجيهية للحدّ من الانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي)؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                  |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>آليات تحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي (الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي)، وتوفير المعالجة الوقائية المناسبة من الخثرات.</li> <li>المعلومات المقدمة للمرضى عن مخاطر الإصابة بالانصمام الخثاري الوريدي وكيفية الوقاية منها.</li> </ul>                                                                                                        |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ المبادئ التوجيهية للحد من الانصمام الخثاري الوريدي، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية للحد من الانصمام الخثاري الوريدي، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-2-5 يفحص المستشفى المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للضرر ويعمل على الحد من المخاطر.

## العناصر القابلة للقياس:

- العملية التي تشمل توافر السياسات والإجراءات المعنية بالتقييم الأولي والمستمر، لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرح الضغط والانتحار والعدوى والاحتياجات التغذوية وتوفير التدبير العلاجي لهم.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالتقييم الأولي والمستمر، لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرحة الضغط والانتحار والعدوى وسوء التغذية وتوفير التدبير العلاجي لهم.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرحة الضغط والانتحار والعدوى وسوء التغذية وتوفير التدبير العلاجي لهم.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالتقييم الأولي والمستمر، لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بقرحة الضغط والانتحار والعدوى والاحتياجات التغذوية وتوفير التدبير العلاجي لهم.</li> <li>• عينات عشوائية طبقية من السجلات الطبية، لاستعراض التقييم الأولي والمستمر للإجراءات اللازمة للحد من خطر الإصابة بقرحة الضغط والانتحار والعدوى وسوء التغذية، والامتثال لها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يفحص المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للضرر (مثل قرح الضغط والانتحار وسوء التغذية والعدوى)، ويعمل على الحد من المخاطر؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للسياسات والإجراءات ذات الصلة بما يلي: قرح الضغط، والانتحار، والعدوى، وسوء التغذية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يفحص المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للضرر ويعمل على الحد من المخاطر، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يفحص المستشفى المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للضرر و/أو لم يعمل على الحد من المخاطر، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-2-6 يحتفظ المستشفى بقائمة معتمدة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات لاستخدامها في المستشفى.

## العناصر القابلة للقياس:

- قائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية.
- قائمة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى.
- القوائم المطبقة في جميع الوثائق الطبية ذات الصلة بالموضوع، سواء أكانت مكتوبة بخط اليد أم إلكترونية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على تطبيق القوائم.
- عملية تحديد الاختصارات غير المعتمدة للمصطلحات الطبية، واستخدام الاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• قائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية.</li> <li>• قائمة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على تطبيق القوائم.</li> <li>• تقارير تشمل تحديد الاختصارات غير المعتمدة للمصطلحات الطبية، و/أو استخدام الاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يحتفظ بقائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية، وقائمة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                               | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• قائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية.</li> <li>• قائمة بالاختصارات والرموز وتحديد الجرعات الخطرة المحظور استخدامها في المستشفى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يحتفظ بقائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يحتفظ المستشفى بقائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-2-7 هناك عملية لدمج وتنسيق الرعاية المقدمة لكل مريض داخل الأقسام وفيما بينها ومع الخدمات الخارجية ذات الصلة بها.

## العناصر القابلة للقياس:

- وثائق حول المبادئ التوجيهية والتعليمات الخاصة بخدمات الرعاية الصحية فيما يتعلق بتنسيق الرعاية، والتحقق من أنها تتضمن مصطلحات تكفل إشراك المرضى.
- السياسات التي تضمن الرعاية الصحية التي تركز على المرضى وإشراك المجتمع المحلي.
- البروتوكولات واللجان المشتركة للتخطيط المشترك لرعاية فرادى المرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• وثائق توضح المبادئ التوجيهية والتعليمات المتبعة في خدمات الرعاية الصحية، والتحقق من أنها تتضمن مصطلحات تكفل إشراك المرضى.</li> <li>• السياسات التي تضمن الرعاية الصحية التي تركز على المرضى وإشراك المجتمع المحلي.</li> <li>• البروتوكولات واللجان المشتركة للتخطيط المشترك لرعاية فرادى المرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• هل هناك اعتبارات وتعليمات واضحة لإشراك المرضى في خدمات الرعاية الصحية المُقدَّمة؟</li> <li>• هل هناك مبادئ توجيهية مطبقة في المستشفى تأخذ في اعتبارها إشراك المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                              | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | الملاحظة                  |



## حساب الدرجات:

- إذا أعطى المستشفى الأولوية لإشراك المرضى وإدماجهم في الرعاية الصحية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يعتمد المستشفى على إشراك المرضى في خدمات الرعاية الصحية المقدمة، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-2-8 يفحص المستشفى المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للسقوط ويعمل على الحد من المخاطر.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية التقييم الأولي والمستمر للمرضى المعرضين لخطر السقوط، وتحديدهم، وإنشاء إدارة استباقية للمخاطر للحد من مخاطر السقوط.
- السياسات والإجراءات المعنية بالتقييم الأولي والمستمر للمرضى المعرضين لخطر السقوط.
- سياسات وإجراءات الحد من مخاطر السقوط.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات الحد من مخاطر السقوط.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الحد من مخاطر السقوط.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الحد من مخاطر السقوط.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات الحد من مخاطر السقوط.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالحد من خطر السقوط.</li> <li>• عينة عشوائية منهجية من السجلات الطبية التي تستعرض التقييم الأولي والمستمر للمرضى المعرضين لخطر السقوط، والإجراءات المتخذة للحد من خطر السقوط.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يفحص المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للسقوط؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال لسياسات وإجراءات الحد من مخاطر السقوط.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يفحص المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للسقوط ويعمل على الحد من المخاطر، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يفحص المستشفى المرضى لتحديد الأشخاص المعرضين للسقوط و/أو لم يعمل على الحد من المخاطر، فلا تُستوفى الدرجة.

| ج-2                                                              | مستوى المعايير                                                           | بيان المعايير                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  | المعايير الحاسمة                                                         | ج-1-2-1 يوجد في المستشفى برنامج منسق لجميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها يشمل جميع التخصصات.                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>اختصاصات لجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li><li>محاضر لجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li><li>المبادئ التوجيهية للوقاية من العدوى ومكافحتها وخطتها ودليلها.</li><li>اعتماد استراتيجية التحسين المتعددة الأنماط لمنظمة الصحة العالمية المعنية ببرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها الفعالة.</li></ul> |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-1-2 يضمن المستشفى التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات.                                                                                                                                                                                                                                                                       | سياسات تنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-1-3 يوجد شخص مؤهل ومعين مسؤول عن جميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها.                                                                                                                                                                                                                                                                | الهيكل التنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| يوجد في المستشفى نظام للحد من خطر العدوى المكتسبة في المستشفيات. | المعايير الأساسية                                                        | ج-2-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية المسندة بالبيئات للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل استراتيجية التحسين المتعددة الأنماط لمنظمة الصحة العالمية المعنية ببرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها الفعالة.                                                                                                                                | المبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-2 يضمن المستشفى التوافر المستمر للمعدات والإمدادات الأساسية والفعالة للوقاية من العدوى ومكافحتها.                                                                                                                                                                                                                                     | السياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-3 يوجد في المستشفى بروتوكولات فعالة للعزل وتعريفاته واحتياطياته.                                                                                                                                                                                                                                                                      | السياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-4 ينفذ المستشفى سياسات وإجراءات للاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية، تهدف إلى الحد من المقاومة، ولديه برنامج فعال للإشراف على مضادات الميكروبات.                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>نهج متعدد التخصصات يتألف على الأقل من تمثيل للوقاية من العدوى ومكافحتها، والصيدلية، والأطباء السريريين، وإدارة المستشفى، وعلم الكائنات الدقيقة.</li><li>سياسات وإجراءات الاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية التي تهدف إلى الحد من المقاومة.</li></ul>                                                     |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-5 ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.</li></ul>                                                                                                                                                                                                |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-6 يجري فحص العاملين قبل توظيفهم، حسب أفضل الممارسات، وبعد ذلك للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال.                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>السجلات الصحية للعاملين.</li><li>سياسات وإجراءات فحص العاملين.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-7 يتخذ المستشفى إجراءات لحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، بما يشمل توفير التطعيم ضد التهاب الكبد B.                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>السياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li></ul>                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                  |                                                                          | ج-2-2-8 يمثل المستشفى لإدارة حزمة الرعاية حيثما كان ذلك مناسباً.                                                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>المبادئ التوجيهية لإدارة حزمة الرعاية في:<ul style="list-style-type: none"><li>وحدة الرعاية المركزة، بما يشمل الالتهاب الرئوي المرتبط بالتنفس الصناعي وعدوى مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة الوريدية المركزية.</li></ul></li><li>بوجه عام، بما يشمل عدوى المسالك البولية والإنتان الوخيم.</li></ul>         |
| المعيار التنموي                                                  | ج-2-3-1 يوجد في المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المكتسبة في المستشفيات. | <ul style="list-style-type: none"><li>السياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، بما يشمل:<ul style="list-style-type: none"><li>العدوى في موضع الجراحة</li><li>تتبع معدلات العدوى</li><li>تحليل المعلومات لتحديد حالات الإصابة الجماعية والاتجاهات والفاشيات</li><li>تبادل المعلومات</li></ul></li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## ج-2-1-1 يوجد في المستشفى برنامج منسق لجميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها يشمل جميع التخصصات.

### العناصر القابلة للقياس:

- يُرجى استخدام المكونات الأساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها ومتطلبات الحد الأدنى من المعايير الخاصة بالوقاية من العدوى ومكافحتها لمنظمة الصحة العالمية بمثابة مرجع (<https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en>).
- الهيكل التنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها.
- الاختصاصات وخطاب الإخطار الخاص بلجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها.
- محاضر لجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها.
- المبادئ التوجيهية للوقاية من العدوى ومكافحتها وخططها ودليلها.
- سياسات وإجراءات الوقاية من العدوى ومكافحتها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالوقاية من العدوى ومكافحتها.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الوقاية من العدوى ومكافحتها.

### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الهيكل التنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>• الاختصاصات وخطاب الإخطار الخاص بلجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>• عينة عشوائية من محاضر اجتماعات لجنة الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>• سياسات وإجراءات الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى لديه برنامج للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل مخططاً تنظيمياً ومبادئ توجيهية وخطة ودليلاً؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال لممارسات الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | الملاحظة                  |

### حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى برنامج للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل مخططاً تنظيمياً ومبادئ توجيهية وخطة ودليلاً، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى برنامج للوقاية من العدوى ومكافحتها، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-2-1-2 يضمن المستشفى التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات.

### العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات تنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات تنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتنظيف المعدات وتطهيرها وتعقيمها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات، مع التركيز بصورة خاصة على المناطق المرتفعة المخاطر؟</li> </ul>                                                                                                         |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• التنظيف والتطهير والتعقيم السليم للمعدات، مع التركيز بصورة خاصة على المناطق المرتفعة المخاطر.</li> </ul>                                                                                                                                                                    |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يضمن التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات، مع التركيز بصورة خاصة على المناطق المرتفعة المخاطر، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى التنظيف والتطهير والتعقيم السليم لجميع المعدات، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-1-2-3 يوجد شخص مؤهل ومعين مسؤول عن جميع أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها.

## العناصر القابلة للقياس:

- الهيكل التنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها.
- اختصاصات الشخص المسؤول عن الوقاية من العدوى ومكافحتها ووصفه الوظيفي.
- تقارير الرصد المنتظمة التي يقدمها هذا الشخص المسؤول إلى كبار العاملين المعنيين للتغلب على التحديات ورأب الثغرات المحددة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوثائق التي توضح الهيكل التنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها داخل المستشفى.</li> <li>• اختصاصات الشخص المسؤول عن الوقاية من العدوى ومكافحتها ووصفه الوظيفي.</li> <li>• تقارير الرصد المنتظمة التي يقدمها الشخص المسؤول إلى كبار العاملين المعنيين للتغلب على التحديات وسد الثغرات المحددة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل للعامل المسؤول عن الوقاية من العدوى ومكافحتها سلطة الإشراف على الأنشطة ورصدها وتطويرها لضمان معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                          |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى شخص مُعيّن مسؤول عن أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى شخص مسؤول عن الوقاية من العدوى ومكافحتها، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-2-1** يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية المسندة بالبيّنات للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل استراتيجية التحسين المتعددة الأنماط لمنظمة الصحة العالمية المعنية ببرامج الوقاية من العدوى ومكافحتها الفعّالة.

## العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية للوقاية من العدوى ومكافحتها.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية للوقاية من العدوى ومكافحتها.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية للوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية؟</li> </ul>                                                                                                                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للمبادئ التوجيهية الخاصة بالوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-2-2** يضمن المستشفى التوافر المستمر للمعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة للوقاية من العدوى ومكافحتها.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بمعدات وإمدادات الوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن التوافر المستمر للمعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة للوقاية من العدوى ومكافحتها؟</li> </ul>                                                                                                                                                                     |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>توافر المعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة للوقاية من العدوى ومكافحتها.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                    |

## حساب الدرجات:

- إذا ضمن المستشفى التوافر المستمر للمعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة للوقاية من العدوى ومكافحتها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى التوافر المستمر للمعدات والإمدادات الأساسية والفعّالة للوقاية من العدوى ومكافحتها، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-2-2-3 يوجد في المستشفى بروتوكولات فعّالة للعزل وتعريفاته واحتياطياته.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية ببروتوكولات العزل.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن هناك في المستشفى بروتوكولات فعّالة للعزل وتعريفاته واحتياطياته؟</li> </ul>                                                                                                                        |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>الامتثال لبروتوكولات العزل وتعريفاته واحتياطياته.</li> </ul>                                                                                                                                                                             |

## حساب الدرجات:

- إذا كان في المستشفى بروتوكولات فعّالة للعزل وتعريفاته واحتياطياته، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن في المستشفى بروتوكولات فعّالة للعزل وتعريفاته واحتياطياته، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-2-4** ينفذ المستشفى سياسات وإجراءات للاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية، تهدف إلى الحد من المقاومة، ولديه برنامج فعال للإشراف على مضادات الميكروبات.

العناصر القابلة للقياس:

- نهج متعدد التخصصات يتألف على الأقل من تمثيل للوقاية من العدوى ومكافحتها، والصيدلية، والأطباء السريريين، وإدارة المستشفى، وعلم الكائنات الدقيقة.
- سياسات وإجراءات الاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية التي تهدف إلى الحد من المقاومة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية والإشراف على مضادات الميكروبات.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية والإشراف على مضادات الميكروبات.

عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية للحد من المقاومة، والإشراف على مضادات الميكروبات.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية والإشراف على مضادات الميكروبات.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية والإشراف على مضادات الميكروبات.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى ينفذ سياسات وإجراءات للاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية، تهدف إلى الحد من المقاومة، ولديه برنامج فعال للإشراف على مضادات الميكروبات؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية والإشراف على مضادات الميكروبات.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | الملاحظة                  |

حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ سياسات وإجراءات للاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية، تهدف إلى الحد من المقاومة، ولديه برنامج فعال للإشراف على مضادات الميكروبات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم ينفذ المستشفى سياسات وإجراءات للاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية، تهدف إلى الحد من المقاومة، أو لم يكن لديه برنامج فعال للإشراف على مضادات الميكروبات، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-2-5** ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.

العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية لنظافة الأيدي.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية لنظافة الأيدي، فيما يتعلق بغسل اليدين وتطهيرهما في جميع أنحاء المستشفى.

عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| المبادئ التوجيهية الحالية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.<br>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية المعنية بنظافة الأيدي.<br>تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية لنظافة الأيدي. | الوثائق المطلوب استعراضها |
| العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى ينفذ المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية؟                                                                                                   | المقابلات                 |
| الامتثال للمبادئ التوجيهية لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.                                                                                                                                                           | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، تُستوفى الدرجة كاملة.
  - إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
  - إذا لم ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، فلا تُستوفى الدرجة.
- ج-2-2-6** يجري فحص العاملين قبل توظيفهم، حسب أفضل الممارسات، وبعد ذلك للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال.

## العناصر القابلة للقياس:

- السجلات الصحية للعاملين.
- سياسات وإجراءات فحص العاملين.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات فحص العاملين.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات فحص العاملين.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                             |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| السجلات الصحية للعاملين.<br>سياسات وإجراءات فحص العاملين.<br>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سياسات وإجراءات فحص العاملين.<br>تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات فحص العاملين. | الوثائق المطلوب استعراضها |
| العاملون المعنيون: هل هناك دليل على ضرورة فحص العاملين قبل توظيفهم وبعد ذلك بانتظام للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال؟                                                    | المقابلات                 |
| لا ينطبق.                                                                                                                                                                                   | الملاحظة                  |



## حساب الدرجات:

- إذا كان يجري فحص 80-100% من العاملين قبل توظيفهم وبعد ذلك بانتظام للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان يجري فحص 60-79% من العاملين قبل توظيفهم وبعد ذلك بانتظام للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا كان يجري فحص أقل من 60% من العاملين قبل توظيفهم و/أو بعد ذلك على نحو غير منتظم للكشف عن حالات العدوى الاستعمارية والقابلة للانتقال، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-7** يتخذ المستشفى إجراءات لحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المكتسبة في المستشفيات، بما يشمل توفير التطعيم ضد التهاب الكبد B.

## العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يتخذ إجراءات لحماية العاملين والمتطوعين من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، بما يشمل توفير التطعيم ضد التهاب الكبد B؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الإجراءات التي توضح التدابير المنفذة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يتخذ إجراءات لحماية العاملين والمتطوعين والزوار من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، بما يشمل التطعيم ضد التهاب الكبد B، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتخذ المستشفى إجراءات لحماية العاملين والمتطوعين والزوار من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، بما يشمل التطعيم ضد التهاب الكبد B، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-2-8** يمثل المستشفى لإدارة حزمة الرعاية حيثما كان ذلك مناسباً.**العناصر القابلة للقياس:**

- المبادئ التوجيهية لإدارة حزمة الرعاية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على إدارة حزمة الرعاية.
- عملية قياس الامتثال لتنفيذ إدارة حزمة الرعاية.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المبادئ التوجيهية لإدارة حزمة الرعاية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على إدارة حزمة الرعاية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لتنفيذ إدارة حزمة الرعاية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يمثل إدارة حزمة الرعاية؟</li> </ul>                                                                                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                  | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يمثل إدارة حزمة الرعاية حيثما كان ذلك مناسباً، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى إدارة حزمة الرعاية حيثما كان ذلك مناسباً، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-3-1** يوجد في المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المكتسبة في المستشفيات.**العناصر القابلة للقياس:**

- عملية تتبع معدلات العدوى؛ وتحليل المعلومات لتحديد حالات الإصابة الجماعية والاتجاهات والفاشيات؛ وتبادل المعلومات.
- السياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بنظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى فيه نظام ترصد لحالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>نظام ترصد حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، فلا تُستوفى الدرجة.

| ج-3                                  | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                           | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يضمن المستشفى مأمونية الدم ومنتجاته. | المعايير الحاسمة  | ج-1-3-1 ينفذ المستشفى مبادئ توجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الجيد والأمن ومنتجاته. | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته.</li> <li>المبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للدم ومنتجاته.</li> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالإجراءات المأمونة قبل نقل الدم، بما يشمل استقطاب المتبرعين الطوعيين بالدم واختيارهم واستبقائهم، وفحص الدم (مثل فيروس العوز المناعي البشري وفيروس التهاب الكبد B و C).</li> <li>المبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام سوائل بديلة.</li> </ul> |
|                                      |                   | ج-1-3-2 يضمن المستشفى تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين.              | السياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                      | المعايير الأساسية | ج-1-3-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة.       | المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية التي تهدف إلى الحد من فقدان الدم والحاجة إلى نقل الدم.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                      |                   | ج-2-3-2 يوجد في المستشفى سياسات وإجراءات لإدارة الحوادث بعد نقل الدم.                                                   | السياسات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**ج-3-1-1** ينفذ المستشفى مبادئ توجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته.**العناصر القابلة للقياس:**

- المبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته.
- المبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للدم ومنتجاته.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن الدم الآمن ومنتجاته.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الدم الآمن ومنتجاته.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن الدم الآمن ومنتجاته.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الدم الآمن ومنتجاته.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يطبق المبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته؟</li> </ul>                                                                                                                         | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته.</li> </ul>                                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى ينفذ المبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الدم الآمن ومنتجاته، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان لدى المستشفى مبادئ توجيهية بشأن الدم الآمن ومنتجاته، ولكن لا يطبقها بانتظام، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى مبادئ توجيهية بشأن الدم الآمن ومنتجاته، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-3-1-2** يضمن المستشفى تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين.**العناصر القابلة للقياس:**

- السياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية باختبار توافق عينات الدم.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين؟</li> </ul>                                                                                                          |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين.</li> </ul>                                                                                                                                                               |

## حساب الدرجات:

- إذا ضمن المستشفى تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى وثيقة لسياسات وإجراءات اختبار التوافق، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-3-2-1** يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة.

## العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام سوائل بديلة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام سوائل بديلة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام سوائل بديلة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على المبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة؟</li> </ul>                                                                                                                                                                               |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام سوائل بديلة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى مبادئ توجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-2-3-2 يوجد في المستشفى سياسات وإجراءات لإدارة الحوادث بعد نقل الدم.****العناصر القابلة للقياس:**

- السياسات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإدارة الحوادث بعد نقل الدم.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يُطبق سياسات وإجراءات لإدارة الحوادث بعد التعرض للدم؟</li> </ul>                                                                                                                                                           |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، بما يشمل استخدام السوائل البديلة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى مبادئ توجيهية بشأن الوصف الآمن والسليم للدم ومنتجاته، فلا تُستوفى الدرجة.

| ج-4                               | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                            | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى نظام آمن للتدوي. | المعايير الحاسمة  | ج-4-1 يوفر الصيدلي المرخص له نظامًا لإدارة الأدوية يُلبّي احتياجات المرضى، ويستوفي اللوائح المعمول بها، ويلتزم بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية. | <ul style="list-style-type: none"> <li>الوصف الوظيفي للصيدلي السريري.</li> <li>برنامج مأمونية الأدوية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                   |                   | ج-4-2 يحتفظ المستشفى بالتركيزات العالية من الكهارل (المحاليل الكهربائية) في مكان آمن.                                                                    | السياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل، بما يشمل كلوريد البوتاسيوم وفوسفات البوتاسيوم وكلوريد الصوديوم، من أقسام المرضى الداخليين، وتخزينها في مكان آمن.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                   |                   | ج-4-3 يضمن المستشفى توافر الأدوية المنقذة للحياة في جميع الأوقات.                                                                                        | الأدوية المنقذة للحياة حسب احتياجات كل قسم.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                   | المعايير الأساسية | ج-4-2-1 يضمن المستشفى الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.                                                                   | السياسات والإجراءات المعنية بضمن الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                   |                   | ج-4-2-2 يضمن المستشفى التوفيق بين الأدوية عند إدخال الحالات ونقلها وتخريجها.                                                                             | سياسات وإجراءات الأدوية الآمنة التي تشمل: <ul style="list-style-type: none"> <li>جميع انتقالات الرعاية.</li> <li>الوصف الوظيفي للصيدلي السريري.</li> <li>تخطيط التخرج من المستشفى.</li> <li>كثرة استعمال الأدوية وإلغاء الوصفات الطبية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                   |                   | ج-4-2-3 يضمن المستشفى تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية تثقيف المرضى ومقدمي الرعاية لهم حول الاستخدام الآمن والفُعال للأدوية، وأي آثار جانبية متوقعة، والتفاعل المحتمل مع الأدوية و/أو الأغذية الأخرى، والتدبير العلاجي للألم.</li> <li>السجلات الطبية التي توضح تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |
|                                   |                   | ج-4-2-4 يعمل المستشفى على توحيد تركيزات الأدوية والحد من عددها.                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>سياسات وإجراءات الأدوية الآمنة التي تغطي: الاختيار والشراء؛ وتخزين الأدوية؛ وطلب الأدوية وتسجيلها؛ والتحضير والصرف؛ وإعطاء الأدوية والمتابعة.</li> <li>التأكيد الخاص على:               <ul style="list-style-type: none"> <li>توسيم الأدوية الشديدة الخطورة، مثل كلوريد البوتاسيوم والهيبارين والأنسولين، وتخزينها.</li> <li>توسيم الأدوية المتشابهة من حيث الشكل والاسم وتخزينها.</li> <li>التخلص من الأدوية غير المستخدمة أو المنتهية الصلاحية.</li> </ul> </li> <li>إجراءات محددة للمجالات المرتفعة المخاطر، مثل الأورام والتخدير.</li> <li>عملية توحيد تركيزات الأدوية والحد من عددها على مستوى المستشفى.</li> </ul> |
|                                   |                   | ج-4-2-5 يوجد في المستشفى نظام للتدبير العلاجي للألم، ويتحكم في الحصول على المنتجات المخدرة وتخزينها وفقًا للتشريعات.                                     | سياسة المواد الخاضعة للمراقبة.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   |                   | ج-4-2-6 يطبق المستشفى السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.                                                                               | السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                   | المعيار التنموي   | ج-4-3-1 يوجد في المستشفى صيادلة سريريون يشاركون في طلبات الأدوية ونظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية استعراض الأدوية الموصوفة ونظام إنذار للتفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية، واقتراح بدائل في حالة وجود تفاعلات.</li> <li>سياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**ج-4-1-1** يوفر الصيدلي المرخص له نظامًا لإدارة الأدوية يُلبّي احتياجات المرضى، ويستوفي اللوائح المعمول بها، ويلتزم بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.

#### العناصر القابلة للقياس:

- الوثائق التي توضح التزام المستشفى بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مأمونية الأدوية ونظام إدارة الأدوية.
- اختصاصات الصيدلي المرخص له الذي يشارك بصورة مباشرة في نظام إدارة الأدوية داخل المستشفى لضمان السلامة.
- تقارير الرصد التي توضح احتياجات المرضى من حيث الأدوية وكيفية انعكاس ذلك في نظام التدبير العلاجي.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوصف الوظيفي للصيدلي المرخص له الذي يشارك بصورة مباشرة في إدارة الأدوية داخل المستشفى، واختصاصاته.</li> <li>• عينة عشوائية من السجلات للكشف عن دور الصيدلي السريري في ضمان نظام الإدارة الآمنة للأدوية في المستشفى.</li> <li>• تقارير الرصد المنتظمة التي تضمن الالتزام بالمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وتلبية احتياجات المرضى من حيث الأدوية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك صيدلي مرخص له يشارك في نظام إدارة الأدوية في المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى صيدلي مرخص له يشارك في نظام إدارة الأدوية ويضمن الامتثال للمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا كان نظام إدارة الأدوية لا يتضمن صيدلياً مسؤولاً في فريق الإدارة، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-4-1-2** يحتفظ المستشفى بالتركيزات العالية من الكهارل في مكان آمن.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل، بما يشمل كلوريد البوتاسيوم وفوسفات البوتاسيوم وكلوريد الصوديوم، من أقسام المرضى الداخليين، وتخزينها في مكان آمن.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل وتخزينها في مكان آمن.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل وتخزينها في مكان آمن.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل من أقسام المرضى الداخليين وتخزينها في مكان آمن.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل وتخزينها في مكان آمن.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإزالة التركيزات العالية من الكهارل وتخزينها في مكان آمن.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يزيل التركيزات العالية من الكهارل، بما يشمل كلوريد البوتاسيوم وفوسفات البوتاسيوم وكلوريد الصوديوم، من أقسام المرضى الداخليين، ويخزنها في مكان آمن؟</li> </ul>                                                                                                                                                                           | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>التركيزات العالية من الكهارل، بما يشمل كلوريد البوتاسيوم وفوسفات البوتاسيوم وكلوريد الصوديوم، غير موجودة في أقسام المرضى الداخليين.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يزيل التركيزات العالية من الكهارل، بما يشمل كلوريد البوتاسيوم وفوسفات البوتاسيوم وكلوريد الصوديوم، من أقسام المرضى الداخليين، ويخزنها في مكان آمن، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يظطلع المستشفى بإزالة التركيزات العالية من الكهارل، بما يشمل كلوريد البوتاسيوم وفوسفات البوتاسيوم وكلوريد الصوديوم، من أقسام المرضى الداخليين، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-4-1-3 يضمن المستشفى توافر الأدوية المنقذة للحياة في جميع الأوقات.

## العناصر القابلة للقياس:

- الأدوية المنقذة للحياة حسب احتياجات كل قسم.
- السياسات والإجراءات المعنية بالأدوية المنقذة للحياة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالأدوية المنقذة للحياة.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالأدوية المنقذة للحياة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>الأدوية المنقذة للحياة حسب احتياجات كل قسم.</li> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالأدوية المنقذة للحياة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالأدوية المنقذة للحياة.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالأدوية المنقذة للحياة.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن توافر الأدوية المنقذة للحياة في جميع الأوقات؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>الأدوية المنقذة للحياة حسب احتياجات كل قسم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                          | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يضمن توافر الأدوية المنقذة للحياة في جميع الأوقات من خلال تنفيذ إحدى السياسات، وكان لديه أدلة على الرصد المستمر، تُستوفى الدرجة كاملة؛
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا كان المستشفى لا يضمن توافر الأدوية المنقذة للحياة في جميع الأوقات من خلال تنفيذ إحدى السياسات، ولم يكن لديه دليل على الرصد المستمر، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-4-2-1 يضمن المستشفى الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.****العناصر القابلة للقياس:**

- السياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.</li> <li>• عينة عشوائية من السجلات الطبية لاستعراض الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء ويرصدها؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• استعراض السجلات الطبية للامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بضمان الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يضمن الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى الكتابة اليدوية المقروءة عند وصف الأدوية أو كتابة أوامر الأطباء، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-4-2-2 يضمن المستشفى التوفيق بين الأدوية عند إدخال الحالات ونقلها وتخريجها.****العناصر القابلة للقياس:**

- عملية الممارسة التشغيلية الموحدة للتوفيق بين الأدوية على مستوى المستشفى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالتوفيق بين الأدوية.

- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالتوفيق بين الأدوية.
- عملية التوفيق بين الأدوية عند الإدخال إلى المستشفى.
- عملية التوفيق بين الأدوية عند النقل و/أو التخرج من المستشفى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الممارسة التشغيلية الموحدة للتوفيق بين الأدوية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالتوفيق بين الأدوية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالتوفيق بين الأدوية.</li> <li>• عينة عشوائية من السجلات الطبية لاستعراض التوفيق بين الأدوية عند الإدخال إلى المستشفى.</li> <li>• عينة عشوائية من السجلات الطبية لاستعراض التوفيق بين الأدوية عند النقل و/أو التخرج من المستشفى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن التوفيق بين الأدوية عند إدخال الحالات ونقلها وتخرجها؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• التوفيق بين الأدوية عند الإدخال إلى المستشفى.</li> <li>• التوفيق بين الأدوية عند النقل و/أو التخرج من المستشفى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ ويرصد التوفيق بين الأدوية عند إدخال الحالات وتخرجها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم ينفذ المستشفى التوفيق بين الأدوية عند إدخال الحالات وتخرجها، فلا تُستوفى الدرجة.

#### ج-4-2-3 يضمن المستشفى تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.

#### العناصر القابلة للقياس:

- عملية تثقيف المرضى ومقدمي الرعاية لهم حول الاستخدام الآمن والفعال للأدوية، وأي آثار جانبية متوقعة، والتفاعل المحتمل مع الأدوية و/أو الأغذية الأخرى، والتدبير العلاجي للألم.
- السجلات الطبية التي توضح تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.
- السياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> <li>عينة عشوائية من السجلات الطبية المغلقة لاستعراض تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضمن تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يضمن تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخرج من المستشفى، فلا تُستوفى الدرجة.

## ج-4-2-4 يعمل المستشفى على توحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية توحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها على مستوى المستشفى.
- السياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يُوحّد تركيزات الأدوية المتعددة ويحدّ من استخدامها؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                          |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتوحيد تركيزات الأدوية والحدّ من عددها.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |



## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يُوحّد تركيزات الأدوية المتعددة ويحدّ من استخدامها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُوحّد المستشفى تركيزات الأدوية المتعددة ولم يحدّ من استخدامها، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-4-2-5** يوجد في المستشفى نظام للتدبير العلاجي للألم، ويتحكم في الحصول على المنتجات المخدرة وتخزينها وفقاً للتشريعات.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية تقييم الألم وتدبيره علاجياً في التقييم الأولي وعلى أساس مستمر.
- سياسات وإجراءات التدبير العلاجي للألم.
- عملية مراقبة الوصول إلى المنتجات المخدرة والمجدولة وتخزينها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات التدبير العلاجي للألم.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات التدبير العلاجي للألم.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات التدبير العلاجي للألم، الرامية إلى إدارة المنتجات المخدرة والمجدولة ومناولتها ووصفها وتخزينها على نحو صحيح.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات التدبير العلاجي للألم.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات التدبير العلاجي للألم.</li> <li>• عينة عشوائية من السجلات الطبية لاستعراض تقييم مقياس الألم وتدبيره العلاجي.</li> <li>• دفتر أو نظام تسجيل مناولات المواد المخدرة واستخدامها.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى لديه نظام للتدبير العلاجي للألم، ويحدّ من توافر المنتجات المخدرة والمجدولة في أقسام المرضى الداخليين؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للتدبير العلاجي للألم وتخزين المواد المخدرة لضمان السلامة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى نظام للتدبير العلاجي للألم، ويتحكم في الحصول على المنتجات المخدرة في أقسام المرضى الداخليين، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى نظام للتدبير العلاجي للألم، ولم يكن يتحكم في الحصول على المنتجات المخدرة في أقسام المرضى الداخليين، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-4-2-6 يطبق المستشفى السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.****العناصر القابلة للقياس:**

- يضع المستشفى تعريفاً للخطأ الدوائي والحادث الوشيك.
- السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.
- يضع المستشفى وينفذ عملية للإبلاغ عن الأخطاء الدوائية والحوادث الوشيكَة واتخاذ إجراءات بشأنها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.
- يتم تنفيذ التحسينات بناءً على معلومات الإبلاغ وعمليات الاستقصاء التي تم إجراؤها، وإرسالها إلى العاملين المعنيين لتحسين عمليات استخدام الأدوية.
- يتم تحديد العاملين المعنيين الذين يخضعون للمساءلة لاتخاذ إجراءات بشأن التقارير وعمليات الاستقصاء.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية.</li> <li>• تقارير عن الدروس المستفادة من الأخطاء الدوائية التي تم تحليلها.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يطبق السياسات والإجراءات المعنية بإدارة الأخطاء الدوائية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان لدى المستشفى سياسة مطبقة ومرصودة لإدارة الأخطاء الدوائية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُوجد المستشفى تركيزات الأدوية المتعددة ولم يحد من استخدامها، فلا تُستوفى الدرجة.

**ج-4-3-1 يوجد في المستشفى صيادلة سريريون يشاركون في طلبات الأدوية ونظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.****العناصر القابلة للقياس:**

- عملية استعراض الأدوية الموصوفة ونظام إنذار للتفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية، واقتراح بدائل في حالة وجود تفاعلات.
- سياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الصيدلة السريرية لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.</li> <li>• عينة عشوائية من السجلات الطبية للكشف عن دور الصيدلة السريرية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن الصيدلة السريريين يشاركون في طلبات الأدوية وعلى وجود نظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام تحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان هناك في المستشفى صيدلة سريريون يشاركون في طلبات الأدوية ونظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن هناك في المستشفى صيدلة سريريون يشاركون في طلبات الأدوية ونظام لتحديد التفاعلات بين الأدوية، وبين الأدوية والأغذية، فلا تُستوفى الدرجة.

## المجال (د): البيئة الآمنة

| المجال                  | بيان المقاييس                                                                     | عدد المعايير |        |        |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|--------|
|                         |                                                                                   | حاسمة        | أساسية | تنموية |
| د- مقاييس البيئة الآمنة | د-1 يوفر المستشفى بيئة مادية آمنة ومأمونة للمرضى، والعاملين، والمتطوعين، والزوار. | 0            | 15     | 1      |
|                         | د-2 يوجد في المستشفى نظام للإدارة الآمنة للنفايات.                                | 1            | 5      | 0      |
|                         | الإجمالي                                                                          | 1            | 20     | 1      |

| د-1                                                                           | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوفر المستشفى بيئة مادية آمنة ومأمونة للمرضى، والعاملين، والمتطوعين، والزوار. | المعايير الأساسية | د-1-1-2 يوجد في المستشفى شخص مُعيّن مسؤول عن السلامة البيئية بدعم من لجنة متعددة التخصصات.                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>الهيكل التنظيمي.</li> <li>اختصاصات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                               |                   | د-1-2-2 تحسين تصميم المستشفيات لتوفير بيئة آمنة، بما يشمل مكافحة العدوى والفصل بين الأماكن النظيفة والمتسخة. | جولة في البيئة (انظر القسم 3).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                               |                   | د-1-2-3 يتوفر لدى المستشفى برنامج صيانة وقائية للمعدات الطبية والبيئة المادية.                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>محاضرات اجتماعات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> <li>سجلات برنامج الصيانة الوقائية للبيئة المادية.</li> <li>سياسات وإجراءات سلامة المباني.</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
|                                                                               |                   | د-1-2-4 ينفذ المستشفى برنامجاً أمنياً يستخدم مناطق آمنة عند الاقتضاء.                                        | <p>السياسات والإجراءات الأمنية المعمول بها والمتحقق منها أثناء الجولة في المستشفى:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>السجلات الطبية الآمنة.</li> <li>الوصول المُقيّد: وحدة الرعاية المركزة، ووحدة الولادة، وقسم خدمات التعقيم المركزية، وغرفة العمليات، والمناطق الخطرة.</li> <li>عربات الأدوية وغرف الأدوية والصيدليات الآمنة.</li> <li>الدوائر التلفزيونية المغلقة.</li> <li>أفراد الأمن.</li> </ul> |
|                                                                               |                   | د-1-2-5 يضمن المستشفى أن العاملين يرتدون شارة الهوية الشخصية.                                                | السياسات والإجراءات المتعلقة بالعاملين الذين يرتدون شارة هوية واضحة وزياً رسمياً مناسباً.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                               |                   | د-1-2-6 يضع المستشفى خططاً للطوارئ الداخلية والخارجية ويختبرها.                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>خطة الطوارئ الداخلية.</li> <li>خطة الطوارئ الخارجية.</li> <li>التقارير التالية للتدريبات على خطة الطوارئ الخارجية والداخلية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  |



| د-1                                                                           | مستوى المعيار     | بيان المعيار                                                                                                                   | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوفر المستشفى بيئة مادية آمنة ومأمونة للمرضى، والعاملين، والمتطوعين، والزوار. | المعايير الأساسية | د-1-2-7 يوفر المستشفى نظامًا للرصد يُطلق إنذارًا عندما تكون الخدمات الحيوية معرضة للخطر، مثل الكهرباء والمياه والغازات الطبية. | <ul style="list-style-type: none"> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                               |                   | د-1-2-8 ينفذ المستشفى برنامجًا للسلامة من الحرائق يتضمن خطة إخلاء.                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>سياسات وإجراءات السلامة من الحرائق.</li> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                               |                   | د-1-2-9 يتوفر لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، تشمل المياه والغازات الطبية والوقود.                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                               |                   | د-1-2-10 يوجد في المستشفى برنامج للسلامة الإشعاعية، بما يشمل تعيين شخص مسؤول.                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>شخص مُعيّن ومسؤول عن سلامة العاملين والمرضى أثناء إجراءات الأشعة السينية.</li> <li>سياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية.</li> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                               |                   | د-1-2-11 يضع المستشفى لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة.                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                               |                   | د-1-2-12 يوفر المستشفى الأغذية والمشروبات المناسبة والأمنه للعاملين والزوار.                                                   | <p>السياسات والإجراءات المعنية بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ الإمداد بالأغذية والمشروبات المناسبة والأمنه للمرضى والعاملين والزوار.</li> <li>○ الفصل بين المساحات النظيفة والمتسخة في المطبخ ومناطق تناول الطعام.</li> <li>○ مكافحة العدوى أثناء إعداد الأغذية والمشروبات وتخزينها وتوزيعها.</li> <li>○ مدى توافر الأنظمة الغذائية الخاصة حسب الأمراض واحتياجات المرضى.</li> <li>○ فحص العاملين والشهادات الصحية.</li> </ul> |
|                                                                               |                   | د-1-2-13 يحافظ المستشفى على البيئة نظيفة.                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.</li> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                               |                   | د-1-2-14 يطبق المستشفى سياسة منع التدخين.                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>جولة في البيئة (انظر القسم 3).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                               |                   | د-1-2-15 يوفر المستشفى آليات لضمان الإمداد الاحتياطي بالخدمات الأساسية، بما يشمل الغازات الطبية والمياه والكهرباء.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>الإمداد بالطاقة بدون انقطاع/مُولد الطاقة: يجب أن يبدأ المُولد في غضون 10 ثوانٍ من انقطاع الكهرباء وأن يكون قادرًا على توليد الطاقة لمدة ساعتين.</li> <li>المياه الاحتياطية.</li> <li>الإمداد بالغازات الطبية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                      |
|                                                                               |                   | د-1-3-1 يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية مع نظام احتياطي مناسب.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>سياسات إنشاء السجلات الطبية الإلكترونية وإدارتها ومراقبتها.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**د-1-2-1 يوجد في المستشفى شخص مُعيّن مسؤول عن السلامة البيئية بدعم من لجنة متعددة التخصصات.****العناصر القابلة للقياس:**

- خطاب إخطار الشخص المُعيّن الذي يتضمن الاختصاصات.
- خطاب إخطار اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.
- اختصاصات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.
- محاضر اجتماعات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطاب إخطار الشخص المُعيّن الذي يتضمن الاختصاصات.</li> <li>• خطاب إخطار اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> <li>• اختصاصات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> <li>• محاضر اجتماعات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود لجنة متعددة التخصصات معنية بالسلامة البيئية في المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                             | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان هناك في المستشفى لجنة متعددة التخصصات معنية بالسلامة البيئية تجتمع على أساس منتظم، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوجد في المستشفى لجنة متعددة التخصصات معنية بالسلامة البيئية، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-2-1-2 تحسين تصميم المستشفيات لتوفير بيئة آمنة، بما يشمل مكافحة العدوى والفصل بين الأماكن النظيفة والمتسخة.****العناصر القابلة للقياس:**

- الامتثال للقوانين واللوائح الوطنية وقانون بناء المستشفيات.
- في حالة عدم توافر القوانين واللوائح الوطنية وقانون بناء المستشفيات:
  - لافتات توجيهية في جميع أنحاء المستشفى
  - الطوابق تنعدم فيها مخاطر السقوط (الطوابق مقاومة للانزلاق، وجافة)
  - تمتثل الأرضيات لتدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها (التنظيف والإصلاح الجيد، مثل عدم وجود شقوق أو جدران منحنية)
  - تمتثل بلاطات السقف لتدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها (التنظيف والإصلاح الجيد، مثل عدم وجود شقوق أو غياب أي منها)
  - الحمامات تحتوي على مقابض
  - يمكن للمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الوصول إلى جميع الأقسام ويتم تلبية احتياجاتهم (الحمامات والمنحدرات، وغير ذلك)
  - نظام استدعاء الممرضات متاح ويعمل جيداً ويمكن للمرضى الوصول إليه في الأسرة والحمامات
  - المقاعد المتحركة والنقلات نظيفة، وفي حالة تشغيل جيدة، ويمكن الوصول بها إلى جميع المناطق
  - المصابيح الكهربائية كافية وتعمل جيداً (أو تحتاج إلى الإصلاح)
  - تركيب المقابس الكهربائية الخاصة بالسلامة في مناطق طب الأطفال
  - مناطق صحية سلوكية مؤمنة ببراق لا يمكن التلاعب بها
  - جميع نقاط التعليق المحتمل استخدامها في الانتحار عن طريق الخنق مصممة للانكسار، مثل قضبان الستائر

- الفصل بين المناطق النظيفة والمتسخة
- مواصفات السلامة من الحرائق ومخارج الطوارئ
- ضمان الفصل بين تدفق الوارد والصادر في غرفة العمليات والتعقيم
- التهوية المناسبة عبر التكييف أو عبر التهوية المتداخلة
- تحتوي التهوية على مرشحات جسيمات الهواء عالية الكفاءة، ويتم تنظيمها
- بالبالوعات مناسبة، مثلاً في غرف المرضى والعيادات ومراكز التمريض
- ضمان خصوصية المرضى
- تلبية احتياجات المرضى الروحية والدينية
- مواقع الإنشاء مغلقة لمنع الغبار والضوضاء والاهتزاز، ومُؤمَّنة
- غرفة الضغط الإيجابي التي يتم تنظيمها

### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• محاضر اجتماعات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> <li>• المخططات الأولية للمباني.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تحسين تصميم المستشفى لتوفير بيئة آمنة، بما يشمل مكافحة العدوى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للقوانين واللوائح الوطنية وقانون بناء المستشفيات.</li> <li>• يوجد في المستشفى لافتات توجيهية في جميع أنحاء.</li> <li>• الطوابق تنعدم فيها مخاطر السقوط (الطوابق مقاومة للانزلاق، وجافة).</li> <li>• تمثل الأرضيات لتدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها (التنظيف والإصلاح الجيد، مثل عدم وجود شقوق أو جدران منحنية).</li> <li>• تمثل بلاطات السقف لتدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها (التنظيف والإصلاح الجيد، مثل عدم وجود شقوق أو غياب أي منها).</li> <li>• الحمامات تحتوي على مقابض.</li> <li>• يمكن للمرضى ذوي الاحتياجات الخاصة الوصول إلى جميع الأقسام في المستشفى ويتم تلبية احتياجاتهم (الحمامات والمنحدرات، وغير ذلك).</li> <li>• نظام استدعاء الممرضات متاح ويعمل جيداً ويمكن للمرضى الوصول إليه في الأسرة والحمامات.</li> <li>• المقاعد المتحركة والنقلات نظيفة، وفي حالة تشغيل جيدة، ويمكن الوصول بها إلى جميع المناطق.</li> <li>• المصابيح الكهربائية كافية وتعمل جيداً (أو تحتاج إلى الإصلاح).</li> <li>• تركيب المقابس الكهربائية الخاصة بالسلامة في مناطق طب الأطفال.</li> <li>• مناطق صحية سلوكية مؤمنة ببراق لا يمكن التلاعب بها.</li> <li>• جميع نقاط التعليق المحتمل استخدامها في الانتحار عن طريق الخنق مصممة للانكسار، مثل قضبان الستائر.</li> <li>• الفصل بين المناطق النظيفة والمتسخة.</li> <li>• مواصفات السلامة من الحرائق ومخارج الطوارئ.</li> <li>• ضمان الفصل بين تدفق الوارد والصادر في غرفة العمليات والتعقيم.</li> <li>• التهوية المناسبة عبر التكييف أو عبر التهوية المتداخلة.</li> <li>• تحتوي التهوية على مرشحات جسيمات الهواء عالية الكفاءة، ويتم تنظيمها.</li> <li>• البالوعات مناسبة، مثلاً في غرف المرضى والعيادات ومراكز التمريض.</li> <li>• ضمان خصوصية المرضى.</li> <li>• تلبية احتياجات المرضى الروحية والدينية.</li> <li>• مواقع الإنشاء مغلقة لمنع الغبار والضوضاء والاهتزاز، ومُؤمَّنة.</li> <li>• غرفة الضغط الإيجابي التي يتم تنظيمها.</li> </ul> | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان تصميم المستشفى يوفر بيئة آمنة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوفر تصميم المستشفى بيئة آمنة، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-2-3 يتوفر لدى المستشفى برنامج صيانة وقائية للمعدات الطبية والبيئة المادية.****العناصر القابلة للقياس:**

- محاضر اجتماعات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.
- سجلات برنامج الصيانة الوقائية للبيئة المادية.
- سياسات وإجراءات سلامة المباني.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات سلامة المباني.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات سلامة المباني.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• محاضر اجتماعات اللجنة المتعددة التخصصات المعنية بالسلامة البيئية.</li> <li>• سجلات برنامج الصيانة الوقائية للبيئة المادية.</li> <li>• سياسات وإجراءات سلامة المباني.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالبيئة المادية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالبيئة المادية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى لديه برنامج صيانة وقائية لبيئته المادية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الإجراءات التي توضح تنفيذ البرنامج.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا توفر لدى المستشفى برنامج صيانة وقائية للبيئة المادية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى برنامج صيانة وقائية للبيئة المادية، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-2-4 ينفذ المستشفى برنامجاً أمنياً ويستخدم مناطق آمنة عند الاقتضاء.****العناصر القابلة للقياس:**

- السياسات والإجراءات الأمنية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات الأمنية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات الأمنية.
- السجلات الطبية الآمنة.
- غرف العمليات الآمنة.
- وحدات الرعاية المركزة الآمنة.
- عربات الأدوية وغرف الأدوية والصيدليات الآمنة.



- وحدات الرعاية المركزة الآمنة للحديثي الولادة.
- قسم التوليد الآمن.
- الأبواب المؤدية إلى المناطق الخطرة وغيرها من المناطق الآمنة مغلقة عند الاقتضاء.
- تأمين المواد الخطرة.
- يتبع العاملون والزوار الإجراءات الأمنية عند الدخول إلى المناطق الحساسة ومغادرتها.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات الأمنية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات الأمنية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات الأمنية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تنفيذ برنامج أمني؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للسياسات والإجراءات الأمنية.</li> <li>• كاميرات المراقبة.</li> <li>• رجال الأمن.</li> <li>• السجلات الطبية الآمنة.</li> <li>• غرف العمليات الآمنة.</li> <li>• وحدات الرعاية المركزة الآمنة.</li> <li>• وحدات الرعاية المركزة الآمنة للحديثي الولادة.</li> <li>• قسم التوليد الآمن.</li> <li>• عربات الأدوية وغرف الأدوية والصيدليات الآمنة.</li> <li>• الأبواب المؤدية إلى المناطق الخطرة وغيرها من المناطق الآمنة مغلقة عند الاقتضاء.</li> <li>• المواد الخطرة التي يتم توصيلها وتخزينها على نحو سليم.</li> <li>• يتبع العاملون والزوار الإجراءات الأمنية عند الدخول إلى المناطق الحساسة ومغادرتها.</li> </ul> |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان لدى المستشفى برنامج أمني مُطبَّق، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى برنامج أمني مُطبَّق، فلا تُستوفى الدرجة.

#### د-1-2-5 يضمن المستشفى أن العاملين يرتدون شارة الهوية الشخصية.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المتعلقة بالعاملين الذين يرتدون شارة هوية واضحة وزياً رسمياً مناسباً.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتحديد الهوية الشخصية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتحديد الهوية الشخصية.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>السياسات والإجراءات المتعلقة بالعاملين الذين يرتدون شارة هوية واضحة وزيًا رسميًا مناسبًا.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية العاملين.</li> <li>تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية العاملين.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن العاملين يرتدون شارة الهوية الشخصية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                    |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>يرتدي العاملون شارة هوية واضحة وزيًا رسميًا مناسبًا.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يضمن أن العاملين يرتدون شارة الهوية الشخصية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضمن المستشفى أن العاملين يرتدون شارة الهوية الشخصية، فلا تُستوفى الدرجة.

## د-1-2-6 يضع المستشفى خططاً للطوارئ الداخلية والخارجية ويختبرها.

## العناصر القابلة للقياس:

- خطة الطوارئ الداخلية.
- خطة الطوارئ الخارجية.
- عملية قياس التدريب على تنفيذ خطط الطوارئ الداخلية والخارجية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>خطة الطوارئ الداخلية.</li> <li>خطة الطوارئ الخارجية.</li> <li>تقارير قياس تنفيذ خطط الطوارئ الداخلية والخارجية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن عاملي المستشفى يتدربون على تنفيذ خطة الطوارئ الداخلية والخارجية؟</li> <li>ماذا يحدث إذا كانت هناك حالة طوارئ خارجية؟</li> <li>هل معدات الاستجابة للطوارئ في حالة جيدة ومُؤمَّنة؟</li> <li>هل إمدادات الطوارئ من الأدوية والإمدادات الطبية آمنة وحديثة؟</li> <li>اسأل ثلاثة عاملين:</li> <li>ماذا يعني إعلان الرمز الأزرق؟</li> <li>ماذا يعني إعلان الرمز الوردي؟</li> <li>هل معدات الاستجابة للطوارئ في حالة جيدة ومُؤمَّنة؟</li> <li>هل إمدادات الطوارئ من الأدوية والإمدادات الطبية آمنة وحديثة؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>الاستجابة لمصفوفات المعلومات الخاصة برموز الطوارئ المختلفة المنشورة في مركز التمريض أو في موقع مرئي بالقسم.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ خطط الطوارئ الداخلية والخارجية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى خطط طوارئ خارجية أو داخلية، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-7** يوفر المستشفى نظاماً للرصد يُطلق إنذاراً عندما تكون الخدمات الحيوية معرضة للخطر، مثل الكهرباء والمياه والغازات الطبية.

## العناصر القابلة للقياس:

- رصد السياسات من أجل التحديد المبكر للمخاطر المتعلقة بالخدمات الحرجة.
- سياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بكيفية الاستجابة للإنذارات المتعلقة بالخدمات الحرجة والتعامل معها.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالاستجابة للمخاطر المتعلقة بالخدمات الحرجة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالاستجابة للإنذارات المتعلقة بالخدمات الحرجة.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية بكيفية الاستجابة للإنذارات المتعلقة بالخدمات الحرجة والتعامل معها.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالاستجابة للإنذارات المتعلقة بالخدمات الحرجة.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك نظام رصد يطلق إنذارات عندما تكون الخدمات الحرجة معرضة للخطر؟</li> <li>• هل العاملون مُدرّبون على الاستجابة للإنذارات بالمخاطر المتعلقة بالخدمات الحرجة وكيفية التعامل معها؟</li> </ul>                                                                                                                                   | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• أي نظام مطبق لرصد الخدمات الحرجة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا أثبت المستشفى وجود نظام رصد خاص للمخاطر المتعلقة بالخدمات الحرجة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يثبت المستشفى وجود سياسات للاستجابة للمخاطر المتعلقة بالخدمات الحرجة، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-8** ينفذ المستشفى برنامجاً للسلامة من الحرائق يتضمن خطة إخلاء.

## العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات السلامة من الحرائق والأدخنة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على سياسات وإجراءات السلامة من الحرائق والأدخنة.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات السلامة من الحرائق والأدخنة.
- نشر خطة الإخلاء في حالة الحريق في جميع أنحاء المستشفى.

- أجهزة إطفاء الحرائق وأجهزة الإنذار ونظام الإخلاء في حالة جيدة.
- لافتات الخروج مضاءة.
- جميع أبواب الخروج مقاومة للحريق.
- هناك مخارج وسلالم طوارئ واضحة في المستشفى.
- جميع أجهزة إطفاء الحرائق تحمل ملصقات حديثة مؤرخة ومُوقَّعة.
- يتم تخزين السوائل القابلة للاشتعال بأمان وبكميات آمنة.
- يُوضع غطاء حماية الصمامات في مكانه عندما لا تكون أسطوانة الأكسجين قيد الاستخدام.
- أسطوانات الأكسجين الممتلئة والفارغة مخزنة على نحو منفصل في وضع رأسي.
- يتم تخزين جميع الأسطوانات في الظل ودرجة الحرارة الصحيحة بعيداً عن أشعة الشمس المباشرة ومصادر الحرارة.
- يتم ربط جميع أسطوانات الغاز المضغوط بالسلاسل أو بإحكام على نحو آمن.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات السلامة من الحرائق والأدخنة.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات السلامة من الحرائق والأدخنة.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات السلامة من الحرائق والأدخنة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ماذا يحدث في حالة اندلاع حريق؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال لبرنامج السلامة من الحرائق والأدخنة وخطة الإخلاء.</li> <li>• الاستجابة لمصفوفات المعلومات الخاصة برموز الطوارئ المختلفة المنشورة في مركز التمرريض أو في موقع مرئي بالقسم.</li> <li>• نشر خطة الإخلاء في حالة الحريق في جميع أنحاء المستشفى.</li> <li>• أجهزة إطفاء الحرائق وأجهزة الإنذار ونظام الإخلاء في حالة جيدة.</li> <li>• لافتات الخروج مضاءة.</li> <li>• جميع أبواب الخروج مقاومة للحريق.</li> <li>• هناك مخارج وسلالم طوارئ واضحة في المستشفى.</li> <li>• جميع أجهزة إطفاء الحرائق تحمل ملصقات حديثة مؤرخة ومُوقَّعة.</li> <li>• يتم تخزين السوائل القابلة للاشتعال بأمان وبكميات آمنة.</li> <li>• يُوضع غطاء حماية الصمامات في مكانه عندما لا تكون أسطوانة الأكسجين قيد الاستخدام.</li> <li>• أسطوانات الأكسجين الممتلئة والفارغة مخزنة على نحو منفصل في وضع رأسي.</li> <li>• يتم تخزين جميع الأسطوانات في الظل ودرجة الحرارة الصحيحة بعيداً عن أشعة الشمس المباشرة ومصادر الحرارة.</li> <li>• يتم ربط جميع أسطوانات الغاز المضغوط بالسلاسل أو بإحكام على نحو آمن.</li> </ul> | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ برنامجاً للسلامة من الحرائق والأدخنة يتضمن خطة إخلاء، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوفر لدى المستشفى برنامج للسلامة من الحرائق والأدخنة يتضمن خطة إخلاء، فلا تُستوفى الدرجة.



### د-1-2-9 يتوفر لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، تشمل المياه والغازات الطبية والوقود.

#### العناصر القابلة للقياس:

- خطة نظام المنافع العامة.
- سياسات وإجراءات الصيانة الوقائية لنظام المنافع العامة.
- النسخ الاحتياطي لخطة نظام المنافع العامة في حالة حدوث عطل أو انقطاع.
- تدريب العاملين على سياسات وإجراءات الصيانة الوقائية لنظام المنافع العامة.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات والخطط المعنية بنظام المنافع العامة.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطة نظام المنافع العامة.</li> <li>• سياسات وإجراءات الصيانة الوقائية لنظام المنافع العامة.</li> <li>• النسخ الاحتياطي لخطة نظام المنافع العامة في حالة حدوث عطل أو انقطاع.</li> <li>• تدريب العاملين على السياسات والإجراءات والخطط المعنية بنظام المنافع العامة.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات والخطط المعنية بنظام المنافع العامة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على وجود خطة فعّالة لنظام المنافع العامة؟ هل تشمل: المياه والغازات الطبية والوقود ونظم الاتصالات والصيانة الوقائية، وخطة احتياطية في حالة العطل أو انقطاع الخدمات؟</li> </ul>                                                                                                                                                              |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للسياسات والإجراءات والخطط المعنية بنظام المنافع العامة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

#### حساب الدرجات:

- إذا توفر لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، تشمل المياه والغازات الطبية والوقود ونظم الاتصالات والصيانة الوقائية، وخطة احتياطية في حالة العطل أو انقطاع الخدمات، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، فلا تُستوفى الدرجة.

### د-1-2-10 يوجد في المستشفى برنامج للسلامة الإشعاعية، بما يشمل تعيين شخص مسؤول.

#### العناصر القابلة للقياس:

- خطاب إخطار الشخص المُعين المسؤول الذي يتضمن الاختصاصات.
- سياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية.
- سجلات تدريب عاملي الأشعة والتصوير الشعاعي التشخيصي المُدرّبين على سياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية، وتثقيفهم المستمر.
- معدات وأجهزة حماية السلامة المناسبة للممارسات والأخطار المتعلقة بالأشعة والتصوير الشعاعي التشخيصي، والمتاحة للعاملين والمرضى والزوار، في المنطقة التي تُقدّم فيها خدمات الأشعة والتصوير الشعاعي التشخيصي.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطاب إخطار الشخص المُعَيَّن المسؤول الذي يتضمن الاختصاصات.</li> <li>• سياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية.</li> <li>• سجلات تدريب عاملي الأشعة والتصوير الشعاعي التشخيصي المُدرَّبين على سياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية، وتثقيفهم المستمر.</li> <li>• قائمة بمعدات حماية السلامة المتاحة للعاملين والمرضى والزوار، ووضعها في المنطقة التي تُقدَّم فيها خدمات الأشعة والتصوير الشعاعي التشخيصي.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات السلامة الإشعاعية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على توافر برنامج للسلامة الإشعاعية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال لبرنامج السلامة الإشعاعية.</li> <li>• يرتدي العاملون مقياس الجرعات الإشعاعية.</li> <li>• يرتدي العاملون مئزر السلامة الإشعاعية بدون شقوق وفي حالة جيدة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## حساب الدرجات:

- إذا توافر لدى المستشفى برنامج للسلامة الإشعاعية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يتوافر لدى المستشفى برنامج للسلامة الإشعاعية، فلا تُستوفى الدرجة.

## د-1-2-11 يضع المستشفى لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة.

## العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية، بما يشمل تحديد مناطق السلامة وتقييد الدخول.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية، بما يشمل تحديد مناطق السلامة وتقييد الدخول.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات اللافتات التحذيرية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يضع لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة؟</li> </ul>                                                                                                                                            |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة. وتشمل، عند الاقتضاء: صندوق الكهرباء، والإشعاع، والمواد المشعة، والإنشاء.</li> </ul>                                                                                                                       |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يضع لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يضع المستشفى لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة، فلا تُستوفى الدرجة.

## د-1-2-12 يوفر المستشفى الأغذية والمشروبات المناسبة والأمن للمرضى والعاملين والزوار.

## العناصر القابلة للقياس:

- الامتثال للقوانين واللوائح الوطنية.
- السياسات والإجراءات المعنية بالأغذية والمشروبات المناسبة والأمن للمرضى والعاملين والزوار.
- السياسات والإجراءات المعنية ببرامج الطبخ الآمن.
- الأنظمة الغذائية الخاصة حسب الأمراض واحتياجات المرضى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالأغذية والمشروبات الآمنة.
- فحص العاملين والشهادات الصحية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• القوانين واللوائح الوطنية الخاصة بسلامة الأغذية والمشروبات.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالأغذية والمشروبات المناسبة والأمن للمرضى والعاملين والزوار.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية ببرامج الطبخ الآمن.</li> <li>• الأنظمة الغذائية الخاصة حسب الأمراض واحتياجات المرضى.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات ذات الصلة بالموضوع.</li> <li>• فحص العاملين والشهادات الصحية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يوفر الأغذية والمشروبات المناسبة والأمن للمرضى والعاملين والزوار؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للأغذية والمشروبات الآمنة.</li> <li>• فصل الخضروات والفواكه عن اللحوم والدواجن.</li> <li>• التحكم في درجة حرارة الثلاجة.</li> <li>• فصل الطعام المطبوخ عن النيء.</li> <li>• برنامج سلامة المطبخ.</li> <li>• معدات الوقاية الشخصية للعاملين.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يوفر الأغذية والمشروبات المناسبة والأمن للمرضى والعاملين والزوار، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوفر المستشفى الأغذية والمشروبات المناسبة والأمن للمرضى والعاملين والزوار، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-2-13 يحافظ المستشفى على البيئة نظيفة.****العناصر القابلة للقياس:**

- السياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بالخدمة والتنظيف.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يحافظ على البيئة نظيفة؟</li> </ul>                                                                                                                                                        |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال لمقاييس البيئة النظيفة.</li> <li>• الأسطح، والفصل بين البياضات النظيفة والمتسخة، والنظافة العامة.</li> </ul>                                                                                                                     |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يحافظ على البيئة نظيفة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يحافظ المستشفى على البيئة نظيفة، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-2-14 يطبق المستشفى سياسة منع التدخين.****العناصر القابلة للقياس:**

- سياسة منع التدخين.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بمنع التدخين.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بمنع التدخين.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.



## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسة منع التدخين.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بمنع التدخين.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بمنع التدخين.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يطبق سياسة منع التدخين؟</li> </ul>                                                                                                                     |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال لسياسة منع التدخين.</li> </ul>                                                                                                                                                                |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يطبق سياسة منع التدخين، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان لدى المستشفى سياسة منع التدخين، مع عدم وجود دليل على تنفيذها بالكامل، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يكن لدى المستشفى سياسة لمنع التدخين، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-2-15** يوفر المستشفى آليات لضمان الإمداد الاحتياطي بالخدمات الأساسية، بما يشمل الغازات الطبية والمياه والكهرباء.

## العناصر القابلة للقياس:

- سياسات وإجراءات لدعم الإمداد الاحتياطي بالخدمات الأساسية.
- توافر الإمداد بالطاقة بدون انقطاع/مُولد الطاقة: يجب أن يبدأ المُولد في غضون 10 ثوانٍ من انقطاع الكهرباء وأن يكون قادراً على توليد الطاقة ساعتين.
- إمدادات المياه الاحتياطية.
- الإمدادات الاحتياطية للغازات الطبية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات لدعم الإمداد الاحتياطي بالخدمات الأساسية.</li> <li>• اتخاذ خطوات طارئة للتغلب على أي مشكلات تواجه الإمدادات الرئيسية بالخدمات الأساسية، بما يشمل الكهرباء والمياه والغاز.</li> </ul>                                              |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل من الواضح كيفية تفعيل/استخدام الإمدادات الاحتياطية بالخدمات الأساسية، إذا لزم الأمر؟</li> </ul>                                                                                                                             |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• توافر الإمداد بالطاقة بدون انقطاع/مُولد الطاقة: يجب أن يبدأ المُولد في غضون 10 ثوانٍ من انقطاع الكهرباء وأن يكون قادراً على توليد الطاقة ساعتين.</li> <li>• إمدادات المياه الاحتياطية.</li> <li>• الإمدادات الاحتياطية للغازات الطبية.</li> </ul> |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان لدى المستشفى نظام احتياطي وعناصر للخدمات الأساسية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان لدى المستشفى نظام غير واضح أو إمدادات جزئية بالخدمات الأساسية، تُستوفى الدرجة جزئيًا.
- إذا لم يكن لدى المستشفى نظام احتياطي للخدمات الأساسية، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-1-3-1** يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية مع نظام احتياطي مناسب.

**العناصر القابلة للقياس:**

- نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية، مع توافر نظام احتياطي مناسب.
- السياسات والإجراءات المعنية بإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على السياسات والإجراءات المعنية بإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية بإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أنه يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية مع نظام احتياطي مناسب؟</li> </ul>                                                                                                                                                                              | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية، مع توافر نظام احتياطي مناسب.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية مع نظام احتياطي مناسب، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية مع نظام احتياطي مناسب، فلا تُستوفى الدرجة.

| د-2                                           | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                    | إرشادات بشأن الدليل على الامتثال                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى نظام لإدارة الآمنة للنفايات. | المعيار الحاسم    | د-1-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.                                        | المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.                             |
|                                               | المعايير الأساسية | د-2-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات، بما يشمل تخزينها والتخلص منها على نحو آمن. | المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن الإدارة الآمنة للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية. |
|                                               |                   | د-2-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.                                          | المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات البيولوجية.                               |
|                                               |                   | د-2-2-3 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.                                          | المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الكيميائية.                               |
|                                               |                   | د-2-2-4 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.                                           | المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.                                |
|                                               |                   | د-2-2-5 يفصل المستشفى بين النفايات وفقاً لمستوى الخطر ويضطلع بترميزها لونياً.                                    | سياسات وإجراءات الفصل بين النفايات وفقاً لمستوى الخطر وترميزها لونياً.                                                             |

#### د-1-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.

##### العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.

##### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

##### عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.</li> <li>عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة نفايات الأدوات الحادة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة الأدوات الحادة، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية؟</li> </ul>                                                                                                                                       |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>التخلص من الأدوات الحادة في صندوق آمن.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن إدارة الأدوات الحادة، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن إدارة الأدوات الحادة، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-2-2-1 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات، بما يشمل تخزينها والتخلص منها على نحو آمن.****العناصر القابلة للقياس:**

- المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن الإدارة والتخزين الآمن للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات.

**عملية التقييم:**

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

**عملية المسح**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن الإدارة الآمنة للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات.</li> <li>• التقارير التي تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية بشأن الإدارة الآمنة للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                          | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                               | الملاحظة                  |

**حساب الدرجات:**

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن الإدارة الآمنة للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا كان المستشفى لا يمثل للمبادئ التوجيهية، بشأن الإدارة الآمنة للنفايات الناجمة عن أنشطة الرعاية الصحية، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-2-2-2 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.****العناصر القابلة للقياس:**

- المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات البيولوجية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.



## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات البيولوجية.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.</li> <li>• التقارير التي تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على امتثال المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن إدارة النفايات البيولوجية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية، فلا تُستوفى الدرجة.

## د-2-3 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.

## العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الكيميائية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الكيميائية.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.</li> <li>التقارير التي تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على امتثال المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، بشأن إدارة النفايات الكيميائية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية، فلا تُستوفى الدرجة.

## د-2-4 يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.

## العناصر القابلة للقياس:

- المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.
- عملية قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>المبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على المبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.</li> <li>التقارير التي تشمل قياس الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على امتثال المستشفى للمبادئ التوجيهية (بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية) بشأن إدارة النفايات الإشعاعية؟</li> </ul>                                                                                                                                       |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>الامتثال للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     |

### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يمثل للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية، فلا تُستوفى الدرجة.

**د-2-2-5** يفصل المستشفى بين النفايات وفقاً لمستوى الخطر ويضطلع بترميزها لونياً.

### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات الخاصة بالفصل بين النفايات وفقًا لمستوى الخطر وتمييزها لونيًا (الإجراءات الموصى بها متاحة عبر الرابط التالي: [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/wastemanag/en](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en)).
- سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات الفصل بين النفايات.
- عملية قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الفصل بين النفايات.

### عملية التقويم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>الوثائق المطلوب استعراضها</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• سياسات وإجراءات الفصل بين النفايات وفقًا لمستوى الخطر (انظر المبادئ التوجيهية) وترميزها لونيًا.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرَّبين على سياسات وإجراءات الفصل بين النفايات.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لسياسات وإجراءات الفصل بين النفايات.</li> </ul> |
| <p>المقابلات</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على الفصل بين النفايات وفقًا لمستوى الخطر (انظر المبادئ التوجيهية) وترميزها لونيًا؟</li> </ul>                                                                                                                                           |
| <p>الملاحظة</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفصل بين النفايات وفقًا لمستوى الخطر (انظر المبادئ التوجيهية) وترميزها لونيًا.</li> </ul>                                                                                                                                                                               |

### حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يفصل بين النفايات وفقاً لمستوى الخطر ويضطلع بترميزها لونيًا، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالًا جزئيًا للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئيًا.
- إذا لم يفصل المستشفى بين النفايات وفقاً لمستوى الخطر ولم يضطلع بترميزها لونيًا، فلا تُستوفى الدرجة.

## المجال (هـ): التعلم مدى الحياة

| المجال                      | بيان المقاييس                                                                                      | عدد المعايير |        |        |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|--------|
|                             |                                                                                                    | حاسمة        | أساسية | تنموية |
| هـ- مقياس التعلم مدى الحياة | هـ-1 يوجد في المستشفى برنامج للتطوير المهني للعاملين، ويكون موضوع سلامة المرضى هو الموضوع المشترك. | 1            | 1      | 0      |
|                             | هـ-2 يُجري المستشفى مشروعات بحثية ومشروعات لتحسين الجودة في مجال سلامة المرضى بصورة مستمرة.        | 0            | 1      | 2      |
|                             | الإجمالي                                                                                           | 1            | 2      | 2      |

| هـ-1                                                                                          | مستوى المعايير  | بيان المعايير                                                                                                               | الدليل على الامتثال                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يوجد في المستشفى برنامج للتطوير المهني للعاملين، ويكون موضوع سلامة المرضى هو الموضوع المشترك. | المعيار الحاسم  | هـ-1-1-1 تزويد جميع العاملين في المستشفى ببرنامج توجيهي بشأن سلامة المرضى.                                                  | يتضمن التوجيه بشأن سلامة المرضى ما يلي:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>○ السلامة من الحرائق</li> <li>○ المناولة اليدوية</li> <li>○ نظافة الأيدي.</li> <li>○ الوقاية من العدوى ومكافحتها</li> <li>○ إدارة المخاطر واستخدام نظام الإبلاغ</li> <li>○ وخز الإبر</li> </ul>      |
|                                                                                               | المعيار الأساسي | هـ-1-2-1 يوفر المستشفى التدريب والتعليم المستمرين لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى واحترام العاملين لحقوق المرضى. | عملية:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>○ ضمان تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين، وتلبية هذه الاحتياجات من خلال التدريب المستمر لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى واحترام حقوقهم.</li> <li>○ التدريب التنشيطي على الموضوعات المشمولة في برنامج التوجيه.</li> </ul> |

## هـ-1-1-1 تزويد جميع العاملين في المستشفى ببرنامج توجيهي بشأن سلامة المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- برنامج التوجيه بشأن سلامة المرضى، على سبيل المثال السياسات والإجراءات والمبادئ التوجيهية.
- عملية تدريب العاملين على استخدام أدوات البحث العلمي لمعالجة المشكلات التي تواجه سلامة المرضى، مثل أداة التحفيز العالمية لقياس الأحداث الضارة التي صممها معهد تحسين الرعاية الصحية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على أدوات البحث العلمي والأساليب الاسترجاعية والاستباقية للتعامل مع المشكلات التي تواجه سلامة المرضى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سلامة المرضى خلال برنامج التوجيه.
- عملية قياس الامتثال لبرنامج التوجيه بشأن سلامة المرضى.



## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامج التوجيه بشأن سلامة المرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على سلامة المرضى خلال برنامج التوجيه.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال لبرنامج التوجيه بشأن سلامة المرضى.</li> <li>• ملفات العاملين التي تحتوي على دليل على التوجيه بشأن سلامة المرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تزويد جميع العاملين في المستشفى ببرنامج توجيه بشأن سلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                     | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا حصل 80-100% من عاملي المستشفى على برنامج توجيه بشأن سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا حصل 60-79% من عاملي المستشفى على برنامج توجيه بشأن سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا حصل أقل من 60% من عاملي المستشفى على برنامج توجيه بشأن سلامة المرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

**هـ-1-2-1** يوفر المستشفى التدريب والتعليم المستمرين لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى واحترام العاملين لحقوق المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- عملية ضمان تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين، وتلبية هذه الاحتياجات من خلال التدريب المستمر لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى.
- عملية تدريب العاملين على استخدام أدوات البحث العلمي لمعالجة المشكلات التي تواجه سلامة المرضى، مثل أداة مأمونية الأدوية العالمية لقياس الأحداث الضارة التي صممها معهد تحسين الرعاية الصحية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على أدوات البحث العلمي والأساليب الاستراتيجية والاستباقية للتعامل مع المشكلات التي تواجه سلامة المرضى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على ممارسات الرعاية الآمنة للمرضى بناءً على احتياجاتهم التدريبية الفردية.
- سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على جوانب حقوق المرضى وكيفية احترامها.
- عملية قياس الامتثال للتدريب المستمر لجميع العاملين بهدف ضمان مقاييس الرعاية الآمنة للمرضى.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على أدوات البحث العلمي والأساليب الاستراتيجية والاستباقية للتعامل مع المشكلات التي تواجه سلامة المرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على ممارسات الرعاية الآمنة للمرضى بناءً على احتياجاتهم التدريبية الفردية.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للتدريب المستمر لجميع العاملين بهدف ضمان مقاييس الرعاية الآمنة للمرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرِّبين على جوانب حقوق المرضى وكيفية احترامها.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعزز التدريب المستمر لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى؟</li> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يعزز التدريب المستمر لجميع العاملين لضمان احترام العاملين لحقوق المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• الممارسات المتعلقة بحماية حقوق المرضى.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | الملاحظة                  |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يعزز التدريب المستمر لنسبة 80-100% من العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يعزز التدريب المستمر لنسبة 60-79% من العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا كان المستشفى يعزز التدريب المستمر لنسبة أقل من 60% من العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى، فلا تُستوفى الدرجة.

| هـ-2                                                                                    | مستوى المعايير    | بيان المعايير                                                                                                                                    | إرشادات بشأن الأدلة على الامتثال                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| يُجري المستشفى مشروعات تحسينية ومشروعات تحسين الجودة في مجال سلامة المرضى بصورة مستمرة. | المعيار الأساسي   | هـ-2-2 تمت الموافقة على جميع البحوث ورصدها من جانب الهيئة الداخلية المعنية بسلامة المرضى أو لجنة أخرى، وفقاً لاحتياجات المستشفى.                 | اختصاصات لجنة أخلاقيات البحوث.                                                                                                                                                            |
|                                                                                         | المعايير التنموية | هـ-2-3 يُجري المستشفى دراسات استباقية و/أو استرجاعية و/أو مستعرضة بهدف تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، لتحسين مأمونية الرعاية، على أساس سنوي. | إجراء دراسات وتقارير استباقية واسترجاعية ومستعرضة باستخدام منهجية منظمة الصحة العالمية، من أجل تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها لضمان تقديم رعاية أكثر مأمونية، على أساس سنوي على الأقل. |
|                                                                                         |                   | هـ-2-3-2 يطلع المستشفى بمشروعات تحسين الجودة من أجل تعزيز أنشطة سلامة المرضى.                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• عملية تدريب العاملين على استخدام أدوات تحسين الجودة، مثل "خطئ؛ افعل؛ ادرس؛ تصرف".</li> <li>• دليل على مشروعات تحسين الجودة.</li> </ul>           |

**هـ-2-2-1** تمت الموافقة على جميع البحوث ورصدها من جانب الهيئة الداخلية المعنية بسلامة المرضى أو لجنة أخرى، وفقاً لاحتياجات المستشفى.

#### العناصر القابلة للقياس:

- السياسات والإجراءات المعنية ببحوث سلامة المرضى.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية ببحوث سلامة المرضى.
- عملية قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية ببحوث سلامة المرضى.
- محاضر اجتماعات الهيئة الداخلية أو اللجنة المعنية بسلامة المرضى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

#### عملية المسح

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• السياسات والإجراءات المعنية ببحوث سلامة المرضى.</li> <li>• سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على السياسات والإجراءات المعنية ببحوث سلامة المرضى.</li> <li>• تقارير تشمل قياس الامتثال للسياسات والإجراءات المعنية ببحوث سلامة المرضى.</li> <li>• محاضر اجتماعات الهيئة الداخلية أو اللجنة المعنية بسلامة المرضى.</li> </ul> | الوثائق المطلوب استعراضها |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن جميع بحوث سلامة المرضى تمت الموافقة عليها ورصدها من جانب الهيئة الداخلية المعنية بسلامة المرضى، وفقاً لاحتياجات المستشفى؟</li> </ul>                                                                                                                                               | المقابلات                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | الملاحظة                  |

#### حساب الدرجات:

- إذا جرت الموافقة على جميع بحوث سلامة المرضى ورصدها من جانب الهيئة الداخلية المعنية بسلامة المرضى، وفقاً لاحتياجات المستشفى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم تجر الموافقة على جميع بحوث سلامة المرضى أو رصدها من جانب الهيئة الداخلية المعنية بسلامة المرضى، وفقاً لاحتياجات المستشفى، فلا تُستوفى الدرجة.

**هـ-2-3-1** يُجري المستشفى دراسات استباقية و/أو استرجاعية و/أو مستعرضة بهدف تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، لتحسين مأمونية الرعاية، على أساس سنوي.

#### العناصر القابلة للقياس:

- إجراء دراسات وتقارير استباقية و/أو استرجاعية و/أو مستعرضة باستخدام منهجية منظمة الصحة العالمية، من أجل تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها لضمان تقديم رعاية أكثر مأمونية، على أساس منتظم، مرة واحدة سنوياً على الأقل.
- الدليل المنهجي لمنظمة الصحة العالمية لتوثيق الأضرار التي تحدث للمرضى.

#### عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>إجراء دراسات وتقارير استباقية و/أو استرجاعية و/أو مستعرضة، من أجل تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها لضمان تقديم رعاية أكثر مأمونية، على أساس سنوي.</li> </ul>          |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على أن المستشفى يُجري دراسات استباقية على أساس منتظم بهدف تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، لضمان تقديم رعاية أكثر أماناً؟</li> </ul> |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                   |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى يُجري دراسات استباقية و/أو استرجاعية و/أو مستعرضة على أساس سنوي بهدف تقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يُجرِ المستشفى دراسات استباقية لتقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها، فلا تُستوفى الدرجة.

## هـ-2-3-2 يظطلع المستشفى بمشروعات لتحسين الجودة من أجل تعزيز أنشطة سلامة المرضى.

## العناصر القابلة للقياس:

- سجلات التخطيط لمشروعات تحسين الجودة التي تُعزز سلامة المرضى، وتنفيذها، ورصدها، وتقييمها.
- سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على تنفيذ مشروعات تحسين الجودة وأنشطة سلامة المرضى.
- تقارير رصد تطبيق مشروعات تحسين الجودة القابلة للتوسع والمستدامة.

## عملية التقييم:

- استعراض الوثائق المدرجة في عملية المسح.
- تأكيد البيانات من خلال المقابلات.
- قراءة المبادئ التوجيهية لحساب الدرجات.

## عملية المسح

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوثائق المطلوب استعراضها | <ul style="list-style-type: none"> <li>سجلات التخطيط لمشروعات تحسين الجودة التي تُعزز سلامة المرضى، وتنفيذها، ورصدها، وتقييمها.</li> <li>سجلات تدريب العاملين المُدرّبين على تنفيذ مشروعات تحسين الجودة وأنشطة سلامة المرضى.</li> <li>تقارير رصد تطبيق مشروعات تحسين الجودة القابلة للتوسع والمستدامة.</li> </ul> |
| المقابلات                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>العاملون المعنيون: هل هناك دليل على تطبيق مشروعات تحسين الجودة التي تُعزز سلامة المرضى؟</li> </ul>                                                                                                                                                                         |
| الملاحظة                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>لا ينطبق.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |

## حساب الدرجات:

- إذا كان المستشفى ينفذ مشروعات لتحسين الجودة تستهدف سلامة المرضى، تُستوفى الدرجة كاملة.
- إذا كان المستشفى يمثل امتثالاً جزئياً للعناصر القابلة للقياس، تُستوفى الدرجة جزئياً.
- إذا لم يعد المستشفى سلامة المرضى غاية لبعض مشروعات تحسين الجودة، أو لم يكن لديه أي مشروعات تتعلق بهذا الموضوع على الإطلاق، فلا تُستوفى الدرجة.



## القسم 3. أدوات تقييم إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

**القسم 3** يساعد المستشفى وفريق المسح في جمع البيانات من خلال عمليات استعراض الوثائق والملاحظة والمقابلات. ولا تعد أدوات التقييم هذه علمًا دقيقًا، بل تقدم اقتراحات لاتباعها.

### تمهيد

أعد هذا القسم لمساعدة المستشفى وفريق المسح في جمع البيانات من خلال عمليات استعراض الوثائق والملاحظة والمقابلات. ولا تعد أدوات التقييم هذه علمًا دقيقًا، بل تقدم اقتراحات لاتباعها. وقد تختلف عناوين الوثائق باختلاف البلد، فعلى سبيل المثال، يمكن أن تسمى الخطة التشغيلية أيضًا خطة سنوية. ويتحمل فريق المسح الخاضع لمراجعة الأقران مسؤولية توثيق الأدلة بالقدر المطلوب لتقييم كل معيار على نحو منصف ومتسق. ويجب أن يتسم المستشفى بالشفافية، ويتحمل مسؤولية تقديم الوثائق والبيانات المفيدة التي تثبت الامتثال لكل معيار. ويُقترح أن يقدم المستشفى الوثائق بتسلسل منطقي لتيسير استخدامها.

ويشمل هذا القسم أربعة أقسام فرعية: (أ) معلومات موجزة عن المستشفى؛ (ب) استعراض الوثائق؛ قائمة بالوثائق الرئيسية في المجالات الخمسة؛ (ج) أدلة للمساعدة على الملاحظة في الأقسام المرتفعة المخاطر؛ (د) أدوات المقابلات؛ تشمل هذه الأدوات عدة استبيانات تساعد في جمع معلومات محددة من عملي المستشفى أو المرضى أثناء التقييم. ويتضمن قسم المقابلات أيضًا مقترحًا بجدول أعمال لزيارة التقييم ونموذجًا للتقرير.

### أ- موجز عن المستشفى

1. اسم المستشفى:
2. سرد أنواع الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى:
3. بعض الإحصائيات:
  - أ. عدد أسرة المرضى الداخليين (قيد العمل حاليًا):
  - ب. متوسط التعداد اليومي للمرضى الداخليين:
  - ج. زيارات الرعاية الجوّالة/العيادات الخارجية السنوية:
  - د. الزيارات السنوية لغرفة الطوارئ:
  - هـ. عدد الولادات السنوي:
  - و. مدة الإقامة في المستشفى:
  - ز. معدل إشغال الأسرة:
  - ح. المراضة والوفيات:
4. سرد أهم خمسة تشخيصات طبية للتخريج من المستشفى، وأهم خمسة إجراءات جراحية تم إجراؤها:
5. سرد الخدمات غير الطبية التي تدعم المستشفى:
6. سرد أي خدمات تم التعاقد عليها (بالاستعانة بمصادر خارجية):
7. هل يستخدم المستشفى سيارات إسعاف؟
8. وصف الموقع: قائمة بجميع المباني التابعة للمستشفى:
9. هل كان هناك أي حادث خلال 12 شهرًا الماضية أثر على رعاية المرضى وتودّ مشاركته مع فريق المسح الخاضع لمراجعة الأقران؟

## ب- قائمة بالوثائق

تم تنظيم قائمة الوثائق التالية في خمس مجموعات لتمثيل كل مجال. وقد تشمل وثيقة واحدة عددًا من المعايير، ولذلك القائمة ليست شاملة. ولمساعدة فريق المسح على التعرف على المستشفى الخاضع للمسح، يجب إرسال الوثائق التي تحمل العلامة \* إلى الفريق قبل أسبوعين من تاريخ الزيارة المحدد. وبوجه عام، يجب أن تكون جميع السياسات والإجراءات والمبادئ التوجيهية مسندة بالبيانات ومؤرخة وموقعة من قبل شخص مسؤول ويُتحكم في تداولها. وينبغي توفير الأدلة على قائمة التوزيع، والتدريب المعني، وكيفية تقييم الامتثال. وينبغي أن تكون جميعها متاحة على مستوى القسم، إما في صورة إلكترونية أو ورقية.

وينبغي أن تكون جميع الوثائق مؤرخة وموقعة من السلطة المعنية. ويجري فحص الوثائق في بداية المسح، ويتم التحقق من استخدامها أثناء المقابلات وجولات الملاحظة. ولا يهدف إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى إلى الإفراط في البيروقراطية واستخدام الوثائق بشكل زائد عن الحد، لذلك يُنصح بالتركيز على التحقق من الامتثال للمعايير من خلال استخدام البيانات.

### 1. المجال (أ): القيادة والإدارة

| الوثيقة                                                                                                                     | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *خطة استراتيجية طويلة الأجل                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نشاط سلامة المرضى</li> <li>• بيانات الرسالة والرؤية والقيم</li> </ul>                                                                                                           |
| خطة تنفيذية وميزانية قصيرة الأجل                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأهداف السنوية</li> <li>• تمويل سلامة المرضى</li> <li>• الغايات المُحرزة</li> </ul>                                                                                            |
| *الهيكل التنظيمي                                                                                                            | المسؤولية والتسلسل الإداري لجميع الوظائف. يجري تحديد شخص واحد على الأقل ليكون مسؤولاً عن كل قسم أو خدمة في المستشفى. ويمكن أن يكون الشخص نفسه مسؤولاً عن عدد من الخدمات، مثل مكافحة العدوى وإدارة المخاطر وسلامة المرضى. |
| جولات الفريق التنفيذي                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الشخص المسؤول</li> <li>• اختصاصات الفريق المعني بالجولات التنفيذية</li> <li>• الإجراءات المُتخذة</li> <li>• إبداء التعقيبات للعاملين</li> </ul>                                 |
| ميزانية سلامة المرضى                                                                                                        | إما في إطار برنامج آخر، مثل مكافحة العدوى، أو تدريب العاملين، أو بمثابة بند مستقل في الميزانية.                                                                                                                          |
| مدونة الأخلاقيات                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• هيكل دعم القرارات السريرية</li> <li>• سياسة الإنعاش</li> <li>• سياسة أخلاقيات البحوث</li> </ul>                                                                                 |
| عملية تقييم ثقافة سلامة المرضى                                                                                              | إما أن يتم تقييمها بواسطة أداة مثبتة صحتها (وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة، أو ما يعادلها)، أو استبيانات سلامة المرضى، أو نُهْج نوعية.                                                                                |
| دعم يوم منظمة الصحة العالمية لسلامة المرضى والاحتفال به                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اليوم العالمي لنظافة الأيدي، 5 أيار/مايو</li> <li>• اليوم العالمي لسلامة المرضى، 17 أيلول/سبتمبر</li> </ul>                                                                     |
| اختصاصات اللجان:                                                                                                            | ملاحظة: قد تختلف أسماء اللجان.                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• المراضة والوفيات</li> <li>• المخاطر والسلامة</li> <li>• السلامة البيئية</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• قائمة الأعضاء</li> <li>• محاضر الاجتماعات</li> <li>• عينات من عمليات استعراض الحالات والإجراءات المتخذة</li> </ul>                                                              |

| الوثيقة                         | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *برنامج إدارة المخاطر           | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية تحديد المخاطر وتخفيفها، ونظام الإبلاغ عن الحوادث الضارة.</li> <li>نموذج/صحيفة جدولية لسجل المخاطر مصممان لتتبع المخاطر وتقييمها بصورة منهجية، وتحديد أولوية المخاطر وتأثيرها المحتمل، وتوثيق استراتيجيات التخفيف، بما يشمل مساحات لتوثيق توصيفات المخاطر، ومسؤولي المخاطر، والعوامل المسببة، والاحتمالات، وخطة العمل مع أطر زمنية.</li> <li>قائمة "الأحداث التي يجب ألا تحدث مطلقاً" وكيفية الوقاية منها. الأحداث التي يجب ألا تحدث مطلقاً هي الأخطاء الطبية أو الأحداث الضارة الخطيرة (مثل الجراحة في الموضع الخطأ بالجسم، أو قرح الضغط المكتسبة في المستشفى) التي يجب ألا تحدث للمريض على الإطلاق.</li> <li>كيفية توصيل التعقيبات حول المخاطر إلى جميع العاملين ومجلس الإدارة.</li> <li>تدريب العاملين على عملية الإبلاغ عن الحوادث.</li> </ul> |
| استراتيجية التواصل              | <ul style="list-style-type: none"> <li>الشخص المسؤول الرئيسي</li> <li>عملية تداول المعلومات: <ul style="list-style-type: none"> <li>روتينية</li> <li>مرتفعة المخاطر</li> </ul> </li> <li>سياسات حول: <ul style="list-style-type: none"> <li>التسليم السريري: الوضع، والمعلومات الأساسية، والتقييم، والتوصية</li> <li>الأوامر الهاتفية، بما يشمل "إعادة القراءة مرة أخرى" حيث يتم كتابة الأمر الهاتفي أو الشفهي بالكامل بواسطة المتلقي، الذي يقرأ الأمر مرة أخرى، ويؤكد الشخص الذي أصدر الأمر.</li> <li>الإبلاغ عن النتائج الحرجة</li> <li>سياسة الاختصارات</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |
| *برنامج سلامة المرضى            | <ul style="list-style-type: none"> <li>جدول عمليات المراجعة السريرية والبيئية.</li> <li>مؤشرات الأداء الرئيسية</li> <li>خطط العمل</li> <li>التقارير المقدمة إلى العاملين</li> <li>النتائج المرجعية لما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>أفضل الممارسات الدولية</li> <li>أخرى، إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| برنامج الصيانة الوقائية للمعدات | <ul style="list-style-type: none"> <li>سجل الأصول لجميع المعدات</li> <li>جدول الاختبارات والمعايرة الروتينية</li> <li>عملية استبدال المعدات المعيبة</li> <li>سجلات تدريب العاملين</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| خطة الموارد البشرية             | <ul style="list-style-type: none"> <li>عدد العاملين المطلوبين لتقديم الخدمات</li> <li>سياسة التحقق من بيانات اعتماد العاملين ومؤهلاتهم</li> <li>برنامج التطوير المهني</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| برنامج الصحة المهنية            | <ul style="list-style-type: none"> <li>دليل التدريب الصحي</li> <li>التطعيمات والفحص/التحرّي</li> <li>برنامج منع العنف</li> <li>عافية العاملين: <ul style="list-style-type: none"> <li>فترات استراحة مجدولة</li> <li>الصحة النفسية</li> <li>تقييمات مكان العمل</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| الوثيقة                          | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| * سياسة مراقبة السياسات وإعدادها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام النموذج المتسق لإعداد السياسات.</li> <li>• نظام مراقبة الوثائق، بما يشمل تاريخ الاستعراض، وتاريخ النشر، والشخص المسؤول، وتوقيع الشخص المسؤول.</li> </ul>                                                                                                                                                                   |
| السجلات الطبية                   | <p>سياسات حول:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ محتوى السجلات الطبية</li> <li>○ إصدار مُعرّف فريد للمرضى</li> <li>○ التحقق من هوية المرضى</li> <li>○ طلبات من المرضى للحصول على معلومات</li> </ul> <p>مراجعة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ اكتمال السجلات الطبية</li> <li>○ سهولة قراءة الكتابة اليدوية</li> <li>○ توافر المخططات</li> </ul> |

## 2. المجال (ب): إشراك المرضى والعامة

| الوثيقة                                                               | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بيان حقوق المرضى والأسر المؤثقة والمعتمد والمُدَرَج فيه سلامة المرضى. | <p>بيان حقوق المرضى الذي يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الحق في:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ الحصول على الرعاية في المستشفى</li> <li>○ احترام المعتقدات الثقافية والروحية للمرضى وتفضيلاتهم الشخصية</li> <li>○ الحصول على المعلومات والمشاركة في جميع القرارات الطبية أثناء الحصول على الرعاية</li> <li>○ الإطراء/ الشكوى</li> <li>○ رفض العلاج</li> <li>○ الأمن والخصوصية والسرية</li> <li>○ التدبير العلاجي للألم</li> <li>○ الحصول على معلومات عن خدمات المستشفيات وحاصلها</li> </ul>                                                                                                                          |
| سياسة الموافقة المستنيرة                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشمل قائمة الإجراءات التي تتطلب موافقة مستنيرة، على سبيل المثال لا الحصر: الإجراءات الباضعة، والإجراءات الجراحية، والتخدير، ونقل الدم، والإجراءات المرتفعة المخاطر، والعلاجات المرتفعة المخاطر، والتبرع بالأعضاء وزراعتها.</li> <li>• نماذج الموافقة المستنيرة المتاحة في الأقسام المعنية.</li> <li>• نماذج الموافقة المستنيرة التي تم استكمالها وتوقيعها وتحديد تاريخها وتوقيتها، والمتاحة في السجلات الطبية للمرضى.</li> </ul>                                                                                                                                                           |
| سياسة تحديد هوية المرضى                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تحديد الهوية باستخدام مُعرّفين اثنين قبل إعطاء الأدوية، وتنفيذ أي إجراء، والتحقق من الهوية قبل أي إجراءات مرتفعة المخاطر.</li> <li>• قائمة بالإجراءات المرتفعة المخاطر، بما يشمل نقل الدم والعلاج الكيميائي.</li> <li>• السياسات والإجراءات المعنية بتحديد هوية المرضى والتحقق منها، التي تتضمن تركيزاً خاصاً على الفئات المعرضة لخطر شديد (مثل الأطفال حديثي الولادة، والمرضى في غيبوبة، والمرضى المعرضين للخطر).</li> <li>• تتضمن مُعرّفات المريض اسمه الكامل (حتى الجيل الثالث من العائلة) وتاريخ الميلاد والصورة ورقم المستشفى، ويتم استخدامها باستمرار على مستوى المستشفى.</li> </ul> |



| الوثيقة                                               | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| استراتيجية إشراك المرضى في سلامة المرضى، وتمكينهم     | <ul style="list-style-type: none"> <li>قد تشمل مجالات إشراك المرضى: تحديد هوية المرضى، ورصد نظافة الأيدي، واستخدام الحقن لمرة واحدة.</li> <li>توافر أي مواد تثقيفية و/أو معلومات مكتوبة/شفهية مقدمة إلى المرضى تمكنهم من أداء دور نشط وأن يصبحوا شركاء في تعزيز سلامة المرضى.</li> <li>تقارير أو محاضر الاجتماعات التي تشمل إشراك المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، واقتراح مشروعات لتحسين الجودة وسلامة المرضى.</li> </ul> |
| عملية كيفية تقديم الشكاوى                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>عملية إدراج الشكاوى والشخص المسؤول عن الإقرار بها والتصرف بشأنها.</li> <li>كيفية التواصل مع المرضى.</li> <li>سجل الشكاوى والإجراءات على مدى الاثني عشر شهرًا السابقة.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |
| استراتيجية إشراك المجتمع المحلي في حملات سلامة المرضى | <ul style="list-style-type: none"> <li>حملات نظافة الأيدي</li> <li>اجتماعات مع الدفاع المدني</li> <li>الحملات الإعلامية</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| برنامج خدمات المرضى                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>المدافع عن حقوق المرضى</li> <li>برنامج تعزيز الصحة</li> <li>الحصول على المنشورات التعليمية والإعلامية</li> <li>الوصول إلى الموقع الإلكتروني للمستشفى</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |
| التعقيبات                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>قياس تجارب المرضى</li> <li>مسوحات عن الرضا</li> <li>قياسات حواصل المرضى المُبلَّغ عنها</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### 3. المجال (ج): الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيئات

| الوثيقة                                         | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوصف الوظيفي: المدير الطبي                     | الشخص المسؤول عن الإرشادات السريرية والإشراف وتقييم فعالية جميع مراحل الرعاية السريرية.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| *جدول عمليات المراجعة وخطط العمل ذات الصلة بها  | <p>أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ نظافة الأيدي.</li> <li>○ الوقاية من العدوى ومكافحتها</li> <li>○ مأمونية الأدوية</li> <li>○ أوقات الاستجابة للطوارئ</li> <li>○ الوقت من الباب إلى الإبرة (منذ قدوم المريض إلى المستشفى حتى حصوله على العلاج)</li> <li>○ حالات الخثرة في قسم الطوارئ</li> <li>○ أوقات الفرز</li> </ul> |
| عملية تحديد السياسات السريرية المطلوبة وتنفيذها | <ul style="list-style-type: none"> <li>اختصاصات لجنة المبادئ التوجيهية السريرية.</li> <li>عملية التوقيع والتوزيع.</li> <li>تشمل الإجراءات على سبيل المثال لا الحصر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ الجراحة المأمونة</li> <li>○ الولادة الآمنة</li> <li>○ الإقرار بالتدهور السريري</li> </ul> </li> </ul>                          |

| الوثيقة                                                          | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| حزم الرعاية                                                      | <p>قد تشمل حزم الرعاية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ توفير الرعاية المتكاملة</li> <li>○ الالتهاب الرئوي المرتبط بالتنفس الصناعي</li> <li>○ عدوى مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة الوريدية المركزية</li> <li>○ عدوى المسالك البولية</li> <li>○ الإنتان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| أدوات تقييم التدبير العلاجي للمرضى المعرضين للخطر وتخفيف المخاطر | <p>قد تشمل الأدوات ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ الخثار الوريدي العميق والانصمام الرئوي</li> <li>○ خطر الانتحار</li> <li>○ مقياس مورش للسقوط، ومقياس همبتي دمبتي للسقوط</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| برنامج الوقاية من العدوى ومكافحتها                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الشخص المسؤول</li> <li>• دليل الوقاية من العدوى ومكافحتها</li> <li>• برنامج الترصد</li> <li>• تحرّي العاملين</li> <li>• جدول المراجعة</li> <li>• العزل</li> <li>• السياسات المتعلقة بما يلي، على سبيل المثال لا الحصر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ نظافة الأيدي.</li> <li>○ الاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية</li> <li>○ المياه والإصحاح والنظافة الشخصية</li> <li>○ المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها</li> <li>○ العدوى في موضع الجراحة</li> <li>○ إمدادات المياه المأمونة</li> </ul> </li> </ul> |
| الدم                                                             | <p>إجراءات بشأن:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ الوصف الآمن للأدوية</li> <li>○ اختبار التوافق</li> <li>○ تفاعل ما بعد نقل الدم</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| مأمونية الأدوية                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوصف الوظيفي للصيدلي السريري.</li> <li>• معلومات حول تثقيف المرضى.</li> <li>• نظام رصد الأخطاء الدوائية والتخفيف منها.</li> <li>• السياسات المتعلقة بما يلي، على سبيل المثال لا الحصر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ شراء الأدوية وتوافرها وتخزينها</li> <li>○ محدودية الحصول على المواد العالية التركيزات/المرتفعة المخاطر وتوحيدها</li> <li>○ كثرة استعمال الأدوية وإلغاء الوصفات الطبية</li> <li>○ التوفيق بين الأدوية عند التخرج من المستشفى</li> <li>○ استخدام المواد الخاضعة للمراقبة</li> </ul> </li> </ul>                         |

## 4. المجال (د): البيئة الآمنة

| الوثيقة                                    | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اختصاصات لجنة الصحة والسلامة أو ما يعادلها | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الهيكل التنظيمي</li> <li>• الشخص المسؤول عن القضايا البيئية</li> <li>• أعضاء اللجنة</li> <li>• عينة من محاضر الاجتماعات والإجراءات المتخذة</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| برنامج الصيانة الوقائية                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• جدول الاختبارات والمعايرة</li> <li>• عملية إدارة الاستدعاءات</li> <li>• توافر المعدات الاحتياطية</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| خطة الطوارئ الخارجية                       | <p>خطة الطوارئ/الكوارث الرئيسية هي وثيقة تفصيلية، ويجب أن تكون خاصة بالمستشفى والمجتمع المحلي الذي يقع فيه المستشفى. وتتطلب حالات الطوارئ الداخلية والخارجية على حد سواء وضع خطط تحدد بوضوح أدوار جميع العاملين ومسؤولياتهم في حالة وقوع حادث. ويلزم وضع خطط لتحديد الأثر المحتمل والخدمات الإضافية المطلوبة.</p>                                                                                                                                                                                                                                            |
| الطوارئ الداخلية                           | <p>قد تنشأ حالات طوارئ داخلية بسبب الحرائق أو الفيضانات أو توقف التكنولوجيا عن العمل. أولاً، يجب أن تغطي الخطة الداخلية الإخلاء الآمن عند الحاجة، ثم توضح كيفية استئناف الخدمات في أسرع وقت ممكن. وقد يجد المستشفى أنه في سيناريو يتعرض فيه جزء من المرفق لأضرار كبيرة، مثلاً بسبب فيضان أو حريق، وفي هذه الحالة تكون خطة الطوارئ الداخلية مفيدة. وهذه خطة لما يجب القيام به عندما تتأثر التكنولوجيا أو المبنى أو أحد الأقسام بشدة وتنقطع الخدمات. والهدف النهائي هو استئناف وظائف العمل وعودتها إلى حالتها الطبيعية بعد أقصر فترة ممكنة عقب وقوع كارثة.</p> |
| إدارة النفايات                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• التخزين، ومنطقة التخلص الآمن</li> <li>• الأدوات الحادة</li> <li>• سوائل الجسم</li> <li>• النفايات البيولوجية</li> <li>• النفايات الكيميائية</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## 5. المجال (هـ): التعلم مدى الحياة

| الوثيقة               | الأدلة المطلوب تضمينها                                                                                              |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| برنامج توجيه العاملين |                                                                                                                     |
| برنامج التطوير المهني | <ul style="list-style-type: none"> <li>• الوصف الوظيفي لمسؤول التطوير المهني</li> <li>• التدريب والتعليم</li> </ul> |
| برنامج البحوث         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• البحوث</li> <li>• المنشورات</li> <li>• برنامج تحسين الجودة</li> </ul>      |

## ج- إرشادات الملاحظة

تُركّز أدلة الملاحظة في دليل تقييم سلامة المرضى على المجالات ذات الأولوية لسلامة المرضى المشتركة بين جميع المستشفيات، ومنها:

- أمور عامة
- التسهيلات البيئية ومناطق المرضى الداخليين
- السلامة من الحرائق
- المختبر وبنك الدم
- الأشعة
- غرفة العمليات
- وحدة التعقيم المركزية
- الصيدلية
- السجلات الطبية

يُضطلع المسّاحون، وهم مراجعون نظراء خارجيون للأداء التنظيمي في ضوء المقاييس المتفق عليها، بزيارة كل منطقة فيما يتعلق بمسائل السلامة العامة (مثل الحرائق والنفايات واللافتات) والشواغل الخاصة بكل قسم (مثل السلامة الإشعاعية أو الأمن). ولتجنب الازدواجية، فإن الدليل الأول هو عبارة عن قائمة بالأمور العامة التي يتعين ملاحظتها أو العاملين الذين يتعين سؤالهم، وتنطبق على جميع الأقسام.

### 1. أمور عامة

| الملاحظة                                                                | الأسئلة                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| السياسات والإجراءات المتاحة في القسم.                                   | مَن المسؤول عن هذا القسم؟                                                               |
| ممارسات نظافة الأيدي.                                                   | ما مؤهلات العاملين الحاضرين؟                                                            |
| التطوير المهني المستمر.                                                 | ما التدريب الذي حصل عليه العاملون في مجال سلامة المرضى خلال 12 شهرًا الماضية؟           |
| الفصل بين النفايات وإدارتها.                                            | ما عمليات المراجعة التي يجريها هذا القسم؟ وعدد مراتها؟ وكيف يتم تناول الدروس المستفادة؟ |
| بيان حقوق المرضى.                                                       |                                                                                         |
| ممارسات الوقاية من العدوى ومكافحتها.                                    | مَن يُشغل المعدات الخاصة؟                                                               |
| صيانة المعدات، وتحديد تاريخ آخر مرة تم فيها اختبار الآلات، وعدد الأصول. | كيف نعرف أن الأجهزة الطبية آمنة؟                                                        |
| معدات الطوارئ، بما يشمل عربة الإنعاش وجهاز إزالة الرجفان.               |                                                                                         |
| اللافتات.                                                               |                                                                                         |
| مخارج الطوارئ.                                                          |                                                                                         |
| غرف انتظار المرضى، التي تتسم بالراحة والفصل بين الجنسين إذا لزم الأمر.  |                                                                                         |
| تحديد هوية المرضى.                                                      |                                                                                         |
| صناديق المقترحات.                                                       |                                                                                         |



## 2. التسهيلات البيئية ومناطق المرضى الداخليين

| الملاحظة                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| لافتة خارجية لقسم الطوارئ.                                                                                 |
| أماكن انتظار سيارات الطوارئ والاحتياجات الخاصة.                                                            |
| بيئة نظيفة وجيدة الصيانة وخالية من الصداً والغبار والأوساخ والمخلفات والسوائل المسكوبة والدم وسوائل الجسم. |
| التصميم وفقاً لأفضل الممارسات لمكافحة العدوى والأمن والخروج/المخارج الآمنة.                                |
| توافر مساحة تخزين.                                                                                         |
| لافتات تحذيرية للإشارة إلى "التنظيف جارٍ".                                                                 |
| الخلو من الروائح الكريهة والتهوية الجيدة.                                                                  |
| صيانة المعدات.                                                                                             |
| تقييد الوصول إلى المناطق ذات الإجراءات الأمنية المشددة، مثل وحدة طب الأطفال والولادة.                      |
| نظام الاستدعاء الذي يستخدمه المرضى.                                                                        |
| نظام اتصالات الطوارئ لجميع الرموز، مثل السكتة القلبية، والأمن، والحريق.                                    |
| مُولدات الطوارئ.                                                                                           |
| تخزين الغازات الطبية.                                                                                      |
| تخزين المواد الخطرة.                                                                                       |

## 3. السلامة من الحرائق

| الملاحظة                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نشر خطة الإخلاء في حالة الحريق في جميع أنحاء المستشفى.                                                |
| إنذارات الحريق موجودة وتعمل جيداً.                                                                    |
| مخارج وسلالم طوارئ واضحة.                                                                             |
| خراطيم الحريق في حالة جيدة.                                                                           |
| السوائل القابلة للاشتعال مخزنة بأمان، واستخدامها مُقيّد.                                              |
| لافتات الخروج واضحة ومضيئة، وجميع أبواب الخروج مقاومة للحريق.                                         |
| تتمتع مناطق الرعاية الفائقة بصلاحية الوصول إلى وقف الغازات الطبية في حالات الطوارئ.                   |
| جميع أجهزة إطفاء الحرائق تحمل ملصقات حديثة مؤرخة ومُوقّعة.                                            |
| يتم ربط جميع أسطوانات الغاز المضغوط بالسلاسل أو بإحكام على نحو آمن.                                   |
| يتم تخزين جميع الأسطوانات في الظل ودرجة الحرارة الصحيحة بعيداً عن أشعة الشمس المباشرة ومصادر الحرارة. |
| يُوضع غطاء حماية الصمامات في مكانه عندما لا تكون أسطوانة الأكسجين قيد الاستخدام.                      |
| أسطوانات الأكسجين الممتلئة والفارغة مخزنة على نحو منفصل في وضع رأسي.                                  |

## 4. المختبرات

| الملاحظة                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| تسجيل جميع العينات المستلمة.                                                     |
| نقل العينات.                                                                     |
| صيانة المعدات.                                                                   |
| معدات الإسعافات الأولية، بما يشمل مجموعة أدوات غسيل العينين والانسكاب الكيميائي. |
| مراقبة جودة النتائج.                                                             |
| تحديد هوية المرضى.                                                               |
| الإبلاغ عن القيم الحرجة.                                                         |
| الإبلاغ عن نتائج الاختبارات المعلقة بعد تخريج المريض من المستشفى.                |
| تخزين الدم ومنتجاته.                                                             |
| عملية اختبار التوافق.                                                            |
| إدارة النفايات الكيميائية.                                                       |

## 5. الأشعة

| الملاحظة                                       |
|------------------------------------------------|
| تسجيل جميع المرضى المستلمين.                   |
| تحديد هوية المرضى.                             |
| مراقبة جودة النتائج.                           |
| مناولة المواد الخطرة وتخزينها.                 |
| برنامج السلامة الإشعاعية.                      |
| لافتات تحذيرية للإشارة إلى المناطق غير الآمنة. |
| مآزر رصاصية.                                   |
| نظام رصد الإشعاع.                              |
| لافتات تحذيرية عن الحمل.                       |

## 6. غرف العمليات ووحدات التعقيم المركزية

| الملاحظة                            |
|-------------------------------------|
| الوصول مُقيّد.                      |
| الفصل بين المناطق النظيفة والمتسخة. |
| الموافقة المستنيرة للمريض.          |
| تحديد هوية المرضى.                  |

| الملاحظة                             |
|--------------------------------------|
| القيم الحرجة.                        |
| الممارسات المأمونة للجراحة والتخدير. |
| مراقبة جودة التعقيم.                 |
| تسليم المرضى.                        |

## 7. الصيدلية

| الملاحظة                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|
| مراقبة جودة موزعات الأدوية والتدفق الصفحي.                            |
| تحديد هوية المرضى.                                                    |
| توافر الأدوية المنقذة للحياة.                                         |
| عملية تخزين الأدوية.                                                  |
| عملية الطلب والتسجيل.                                                 |
| عملية التحضير والصرف.                                                 |
| عملية إعطاء الأدوية والمتابعة.                                        |
| المحاليل المركزة.                                                     |
| الأدوية المتشابهة من حيث الشكل والاسم.                                |
| التوفيق بين الأدوية عند الإدخال إلى المستشفى والتخريج منه.            |
| تثقيف المرضى (أو مقدمي الرعاية) بشأن الأدوية عند التخريج من المستشفى. |
| الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية.                                          |
| مناولة المواد الخطرة وتخزينها.                                        |

## 8. السجلات الطبية

| الملاحظة                   |
|----------------------------|
| مخطط عمليات المراجعة.      |
| تحديد هوية المرضى.         |
| رقم الهوية الشخصية الوحيد. |
| المراجعة السريرية          |
| نظام الأرشفة.              |
| الترميز الموحد للأمراض.    |

## الملاحظة

محتوى السجلات الطبية:

- الاكتمال
- حالات الحساسية
- استمرارية الرعاية: التشخيص والعلاج والمتابعة
- التوفيق بين الأدوية.

الوصول إلى السجلات الطبية.

قائمة الاختصارات المعتمدة.

الاكتمال.

هوية المرضى، والمُعَرَّف الفريد.

الموافقة.

الكتابة اليدوية.

ملاحظات الممرضات.

ملاحظات الأطباء.

ترميز الأمراض.

توافر نظام الإدخال الرقمي لأوامر الطبيب.

توافر نظام آلي وفَعَال للإنذار السريري.

سهولة الوصول بالنسبة للمرضى ومُقدمي الخدمات.



## د- المقابلات وجدول الأعمال الميداني

يستند جدول أعمال المسح المقترح إلى مستشفى بسعة 500 سرير، ويستغرق ثلاثة أيام ويضم مساحين اثنين (انظر أدناه). وسيختلف جدول الأعمال حسب المستشفى والخدمات المقدمة وعدد المساحين في الموقع. ويجب أن يكون هناك على الأقل اثنان من المساحين للموافقة على التصنيف والحصيلة النهائية مع التوصيات. ويمكن مسح بعض المستشفيات في يوم واحد، وقد يستغرق بعضها الآخر ثلاثة أيام، ولكن الأغلب يستغرق يومين على الأرجح. ويهدف المسح الميداني إلى أن يسعى المساحون إلى الحصول على معلومات لتصنيف امثال المستشفى لإطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى. ويجب أن يطرحوا الأسئلة التالية باستمرار: هل المرضى في أمان؟ كيف يمكنني بصفتي خبيراً في سلامة المرضى مساعدة هذه المؤسسة في التخفيف من مشكلات السلامة؟ والأهم من ذلك: هل هناك مشكلة سلامة تستدعي التدخل المباشر قبل مغادرتي؟

ويقترح قسم المقابلات أسئلة رئيسية لمختلف المقابلات. ومع اختلاف المستشفيات، ستتغير المقابلات أيضاً، لا سيما أن المسميات الوظيفية قد تكون مختلفة في كثير من الأحيان. وفي المستشفيات الصغرى حجماً، قد يتولى شخص واحد مسؤوليات كثيرة، ويمكن أن تغطي لجنة أو لجنتان عدداً من التخصصات. كما أدرج نموذج للتقرير أيضاً.

## جدول أعمال المسح المقترح

| اليوم 1     |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |                                                                                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوقت       | النشاط                                                                                                                                                                                      | المنطقة/القسم                                                                                           | العاملون في المستشفى                                                                                                                            |
| 8:15-8:00   | الإحاطة بالمعلومات عن إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى واستعراض جدول الأعمال                                                                                                      | غرفة الاجتماعات                                                                                         | قيادات المستشفى (مثل مدير المستشفى ورؤساء الأقسام)                                                                                              |
| 08:45-08:15 | عرض تقديمي عام عن المستشفى (باستخدام نموذج "موجز عن المستشفى")<br>مدير المستشفى وكبار العاملين في مجال سلامة المرضى (تقدم قيادات المستشفى موجزاً لمسؤولي التقييم عن قدرات المستشفى وخدماته) | غرفة الاجتماعات                                                                                         | قيادات المستشفى                                                                                                                                 |
| 12:00-08:45 | استعراض الوثائق (ينبغي جمع جميع الوثائق في غرفة ليستعرضها المساحون)                                                                                                                         | غرفة الاجتماعات                                                                                         | عامل واحد من قسم سلامة المرضى بالمستشفى يكون متاحاً لفريق المسح                                                                                 |
| 12:30-12:00 | جولة قصيرة في المستشفى للتعرف على فريق المسح                                                                                                                                                |                                                                                                         | عضو واحد أو اثنان من المستشفى لمرافقة فريق المسح                                                                                                |
| 13:15-12:30 | الغداء                                                                                                                                                                                      |                                                                                                         |                                                                                                                                                 |
| 14:00-13:15 | المساحان 1 و 2<br>مقابلة مع قيادات المستشفى تركز على المجال (أ)                                                                                                                             | غرفة الاجتماعات                                                                                         | أي عضو من أعضاء فريق الإدارة العليا للمستشفى أو جميعهم (ممرض أول، مسؤول إداري أول، مدير طبي) ممن يمكنهم الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالمجال (أ) |
| 15:00-14:00 | المساح 1<br>العنبر الطبي والمريض<br>قسم العيادات الخارجية والمريض<br>قسم الأشعة السينية                                                                                                     | المساح 2<br>غرفة الولادة والأم<br>وحدة الرعاية المركزة للحديثي الولادة وأحد الأقارب<br>الجراحة النهائية | عامل واحد من قسم سلامة المرضى بالمستشفى يكون متاحاً لفريق المسح                                                                                 |

| اليوم 1     |                                                                        |                                                                                                      |                            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| الوقت       | النشاط                                                                 | المنطقة/القسم                                                                                        | العاملون في المستشفى       |
| 15:45-15:00 | المسّاح 1<br>جولة حول السلامة في المستشفى<br>مع التركيز على المجال (د) | المسّاح 2<br>مقابلة مع مسؤول خدمات<br>المرضى وممثل عن المجتمع<br>المحلي مع التركيز على المجال<br>(ب) |                            |
| 16:30-15:45 | اجتماع فريق المسّاحين لتحديد<br>المشكلات وأي توضيحات مطلوبة            | غرفة الاجتماعات                                                                                      | عاملو المستشفى غير مطلوبين |

| اليوم 2               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوقت                 | النشاط                                                                                                                                           | المنطقة/القسم                                                                                                          | العاملون في المستشفى                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10:30-8:00            | المسّاح 1<br>قسم الطوارئ<br>مقابلة مع مدير الصيدلية<br>المختبر<br>عنبر الجراحة والمريض<br>عنبر طب الأطفال وأحد الأقارب                           | المسّاح 2<br>الحروق<br>الأشعة السينية<br>مقابلة مع مدير بنك الدم<br>عنبر أمراض النساء والمريضة<br>منطقة تخزين النفايات | عضو واحد من المستشفى، مدير سلامة المرضى أو<br>الجودة مع كل مسّاح                                                                                                                                                                                      |
| 11:00-10:30           | الاستراحة: يمكن للمسّاحين اختيار طلب المزيد من الوثائق                                                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 12:15-11:00           | مقابلات المسّاح 1<br>1. مدير مكافحة العدوى<br>2. مدير التمريض<br>3. المدير السريري                                                               | مقابلات المسّاح 2<br>1. مسؤولو سلامة المرضى<br>والجودة<br>2. مسؤول الصحة المهنية<br>3. مسؤول التطوير المهني            |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 13:15-12:15           | المسّاحان 1 و 2<br>مقابلة مع الفرق السريرية المتعددة<br>التخصصات مع التركيز على المجال<br>(ج)                                                    | غرفة الاجتماعات                                                                                                        | قد يشمل الفريق السريري المتعدد التخصصات:<br>الطبيب والممرض والمعالج المهني وأخصائي العلاج<br>الطبيعي والصيدلي وأعضاء مكافحة العدوى وبنك<br>الدم والمختبر والمدير الطبي.<br>ويعتمد الفريق السريري المتعدد التخصصات على<br>الخدمات المقدمة من المستشفى. |
| 14:15-13:15<br>الغداء | اجتماع فريق المسّاحين (تحديد<br>الثغرات من أجل التقييم<br>والتوضيحات)                                                                            | غرفة الاجتماعات                                                                                                        | عاملو المستشفى غير مطلوبين                                                                                                                                                                                                                            |
| 16:00-14:15           | المسّاح 1<br>غرفة العمليات: قسم خدمات<br>التعقيم المركزية<br>المطبخ وأخصائي التغذية<br>مقابلة مع مدير الموارد البشرية<br>مدير قسم العلاج الطبيعي | المسّاح 2<br>وحدة الرعاية المركزة للبالغين<br>وأحد الأقارب<br>الغسيل<br>السجلات الطبية والمدير<br>المختبر والمدير      | عضو واحد من المستشفى، مدير سلامة المرضى أو<br>الجودة مع كل مسّاح                                                                                                                                                                                      |

| اليوم 2     |                                             |                 |                            |
|-------------|---------------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| الوقت       | النشاط                                      | المنطقة/القسم   | العاملون في المستشفى       |
| 16:30-16:00 | اجتماع المسّاحين لتحديد المشكلات من اليوم 1 | غرفة الاجتماعات | عاملو المستشفى غير مطلوبين |

| اليوم 3               |                                                                                                     |                 |                                                                                                                                      |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الوقت                 | النشاط                                                                                              | المنطقة/القسم   | العاملون في المستشفى                                                                                                                 |
| 09:00-8:00            | المسّاحان 1 و 2<br>مقابلة مع فريق السلامة البيئية الذي يركز على المجال (د).                         | غرفة الاجتماعات | قد يشمل الفريق: مهندسًا، ومسؤول السلامة من الحرائق، ومكافحة العدوى، ومدير النفايات، ومسؤول سلامة المرضى، ومدير الصيانة، ومدير الشراء |
| 11:00-10:00           | يمكن للمسّاحين اختيار طلب مقابلات أو جولات أو وثائق نهائية                                          |                 | عضو واحد من المستشفى، مدير سلامة المرضى أو الجودة مع كل مسّاح                                                                        |
| 13:00-11:00<br>الغداء | اجتماع المسّاحين للبت في تصنيفات جميع المعايير الحاسمة، وتقرير التوصيات لمناقشتها مع الإدارة العليا | غرفة الاجتماعات | عاملو المستشفى غير مطلوبين                                                                                                           |
| 13:30-13:00           | مناقشة النتائج والتوصيات مع الإدارة العليا للمستشفى                                                 | غرفة الاجتماعات | قيادات المستشفى (مثل مدير المستشفى، وأعضاء اللجنة التوجيهية، ومنسقي المسح)                                                           |
| 14:00-13:30           | مناقشة النتائج والتوصيات مع عاملي المستشفى                                                          |                 |                                                                                                                                      |
| 17:00-14:00           | اتفاق المسّاحين على جميع التصنيفات بنهاية المسح<br>اكتمال التقرير في غضون أسبوعين من المسح          |                 |                                                                                                                                      |

## الأسئلة الرئيسية للمقابلات

### مقابلة مع كبير القادة المعني بسلامة المرضى

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. هل يعد المستشفى سلامة المرضى أولوية استراتيجية؟ وهل يجري تنفيذ هذه الاستراتيجية من خلال خطة عمل تفصيلية؟                                                                 |
| 2. هل يُعَيِّن المستشفى كبير عاملين يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى؟                                                                            |
| 3. هل هناك ميزانية سنوية للمستشفى لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية؟                                                                                           |
| 4. هل تُجري القيادة جولات تنفيذية منتظمة للتحقق من سلامة المرضى، من أجل تعزيز ثقافة سلامة المرضى، ومعرفة المخاطر في النظام، والعمل على الاستفادة من فرص تحسين سلامة المرضى؟ |
| 5. هل يتبع المستشفى مدونة الأخلاقيات، مثلاً فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية والصلات بالمجال المعني؟                                                            |
| 6. هل تُقيّم القيادة مواقف العاملين تجاه ثقافة سلامة المرضى بانتظام؟                                                                                                        |
| 7. هل يتم تسجيل العاملين السريريين المؤهلين، الدائمين والمؤقتين على حدٍ سواء، للممارسة لدى هيئة مناسبة؟                                                                     |
| 8. هل يعمل الطلاب والمتدربون في إطار اختصاصاتهم وتحت الإشراف المناسب؟                                                                                                       |
| 9. هل يتوفر لدى المستشفى سياسات وإجراءات لجميع أقسامه وخدماته؟                                                                                                              |

### مقابلة مع إدارة المستشفى

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. هل تعد سلامة المرضى أولوية استراتيجية؟                                                  |
| 2. هل هناك خطة عمل تفصيلية لسلامة المرضى؟                                                  |
| 3. هل هناك كبير عاملين مُعيّن يضطلع بالمسؤولية والمساءلة والسلطة فيما يتعلق بسلامة المرضى؟ |
| 4. هل هناك ميزانية سنوية للمستشفى لأنشطة سلامة المرضى، قائمة على خطة عمل تفصيلية؟          |
| 5. هل يُجري المستشفى جولات تنفيذية منتظمة تتعلق بسلامة المرضى؟                             |
| 6. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة؟                                                          |
| 7. هل يتبع المستشفى مدونة الأخلاقيات، مثلاً فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية؟  |
| 8. هل يُقيّم المستشفى مواقف العاملين تجاه ثقافة سلامة المرضى بانتظام؟                      |

### مقابلة مع المسؤول المعني بسلامة المرضى

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. هل يوجد في المستشفى برنامج قيد العمل لسلامة المرضى وإدارة المخاطر؟ |
| 2. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا يشمل البرنامج؟                         |
| 3. مكافحة العدوى؟                                                     |
| 4. الاستخدام الآمن للأدوية؟                                           |
| 5. بيئة رعاية آمنة؟                                                   |
| 6. ممارسات سريرية آمنة؟                                               |
| 7. سلامة المعدات؟                                                     |
| 8. إدارة الطوارئ؟                                                     |



9. هل يتم تنسيق أنشطة برنامج سلامة المرضى مع قسم تحسين الجودة؟
10. كيف تدمج مختلف أنشطة سلامة المرضى؟
11. ما محاور تركيز البرنامج؟
12. ما دورك بصفتك منسقاً لسلامة المرضى وإدارة المخاطر؟
13. هل يتم الإبلاغ عن حوادث سلامة المرضى وتحليلها؟
14. هل يضمن الإبلاغ عن سلامة المرضى السرية؟
15. هل يقلل الإبلاغ عن سلامة المرضى إلقاء اللوم على الأفراد؟
16. هل يسهل الإبلاغ عن سلامة المرضى؟
17. هل يوجد في المستشفى هيئة داخلية نشطة معنية بسلامة المرضى تعمل على تحليل الأحداث ذات الأولوية؟
18. مَنْ أصحاب المصلحة المشاركون في الهيئة الداخلية لسلامة المرضى؟
19. ما الأدوات التي تستخدمها الهيئة الداخلية لسلامة المرضى في تحليل أنشطة تحسين سلامة المرضى والتوصية بها؟
20. هل يوجد حالياً أي مشروعات لتحسين سلامة المرضى؟
21. إذا كانت الإجابة نعم، فما تفاصيل المشروعات؟
22. هل هناك إجراء موحد لسلامة المرضى؟
23. هل يوجد في المستشفى لجنة للمراضة والوفيات؟
24. كم مرة يجتمع أعضاء لجنة المراضة والوفيات؟
25. هل يوظف المستشفى بإعداد تقارير عن مختلف أنشطة سلامة المرضى ويوزعها؟
26. هل يتوفر لدى المستشفى غايات قابلة للقياس متعلقة بأهداف سلامة المرضى؟
27. هل يوجد في المستشفى مجموعة من مؤشرات المخرجات التي تُقِيم الأداء مع التركيز بشكل خاص على سلامة المرضى في شكل بطاقات تقارير سلامة المرضى؟
28. هل يوجد في المستشفى مجموعة من مؤشرات العمليات التي تُقِيم الأداء مع التركيز بوجه خاص على سلامة المرضى في شكل بطاقات تقارير سلامة المرضى؟
29. هل يرسل المستشفى بطاقات تقارير سلامة المرضى شهرياً إلى المنظمة الوطنية المسؤولة عن الإشراف على المستشفيات المراعية لسلامة المرضى (مثل وزارة الصحة) للمقارنة بينها وبين المستشفيات الأخرى؟
30. هل يعمل المستشفى بناءً على النتائج المرجعية من خلال خطة عمل ووضع مشروعات لتحسين سلامة المرضى؟
31. هل يُطلق المستشفى حملات لسلامة المرضى؟
32. هل يُشرك المستشفى مجتمعه المحلي في أنشطة سلامة المرضى؟
33. هل يتوفر لدى المستشفى نظام إفصاح مهيكلي؟
34. هل لدى المستشفى وسيط معني بالرعاية الصحية للإفصاح عن الحوادث؟
35. هل يستقبل المستشفى تعقيبات المرضى ومقدمي الرعاية لهم؟
36. إذا كانت الإجابة نعم، فما الأدوات المستخدمة؟
37. مسوحات عن الرضا؟

38. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة؟

39. جولات القيادة؟

40. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة؟

41. مجموعات التركيز؟

42. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة؟

43. رسائل الشكاوى؟

44. الخط الساخن للسلامة؟

45. تعقيبات العاملين؟

46. صندوق المقترحات؟

47. المسوحات المجتمعية؟

48. هل يُشرك المستشفى المرضى ومقدمي الرعاية لهم في وضع السياسات، وتنفيذ أنشطة لتحسين الجودة وسلامة المرضى؟

49. إذا كان الأمر كذلك، فكيف؟

50. هل يوفر المستشفى لوحة دردشة/رسائل للمرضى ومقدمي الرعاية لهم لكتابة شواغلهم ومشاركة الحلول؟

51. هل يوفر المستشفى الوصول إلى المعلومات القائمة على الحاسوب حول سلامة المرضى، ومحو الأمية الصحية، وعافية المرضى؟

52. هل يُجري المستشفى دراسات مستعرضة لتقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها؟

53. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة؟

54. هل توافق الهيئة الداخلية لسلامة المرضى على البحوث الخاصة بسلامة المرضى وترصدها؟

55. هل يُجري المستشفى دراسات استرجاعية لاستعراض السجلات لتقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها؟

56. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة؟

57. هل تستخدم فرقة عمل سلامة المرضى أدوات علمية، مثل تحليل الأسباب الجذرية وأدوات التحسين، مثل "خطط؛ افعل؛ ادرس؛ تصرف"؟

58. هل ينشر المستشفى تقارير بحثية داخلية تتضمن إحصاءات عن تكرار ضرر علاجي المُنشأ؟ وهل ينقل نتائج العمل لاتخاذ إجراءات داخليًا وخارجيًا؟

59. هل يستخدم المستشفى مجموعات كبيرة من البيانات والدراسات الاستباقية لتقييم حجم الأحداث الضارة وطبيعتها؟

## مقابلة مع المسؤول المعني بالوقاية من العدوى ومكافحتها

1. هل تتوفر سياسة للوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفى؟

2. هل تتوفر لجنة للوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفى؟

3. هل يتوفر مخطط تنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفى؟

4. هل يوجد في المستشفى نظام ترصد لحالات العدوى المكتسبة من الرعاية الصحية؟

5. هل يُقيم المستشفى مكافحة العدوى؟

6. إذا كان الأمر كذلك، فكيف؟

7. هل يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية المعترف بها للوقاية من العدوى ومكافحتها؟
8. هل ينفذ المستشفى سياسات وإجراءات الاستخدام الرشيد للمضادات الحيوية التي تهدف إلى الحد من المقاومة؟
9. هل يضمن المستشفى إزالة التلوث على نحو سليم من جميع المعدات، مع التركيز بوجه خاص على المناطق المرتفعة المخاطر؟
10. هل لدى المستشفى خطة عمل لمكافحة العدوى وميزانية مخصصة لها؟
11. هل لدى المستشفى استراتيجية تستهدف العاملين بالمعلومات والتوعية والاتصال بشأن مكافحة العدوى؟
12. هل ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية المعترف بها لنظافة الأيدي، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية؟
13. هل يمتلك المستشفى قائمة بالمعدات والإمدادات الأساسية لمكافحة العدوى؟
14. هل يجري المستشفى استقصاءات للفاشيات؟
15. هل يتخذ المستشفى إجراءات لحماية العاملين والمتطوعين والزوار من العدوى المكتسبة من الرعاية الصحية، بما يشمل التطعيم ضد التهاب الكبد B؟
16. هل يخضع المرضى المعرضون لخطر نقل العدوى إلى إجراءات في وقت ومكان منفصلين عن المرضى الآخرين؟

### مقابلة مع المرضى

1. هل تم إطلاعك على سياسة حقوق المرضى والأسر الخاصة بالمستشفى؟
2. هل يوجد بيان حقوق المرضى والأسر في مكان مرئي في جميع أنحاء المستشفى؟
3. هل حصلت من طبيبك المعالج على معلومات كاملة ومُحدّثة عن تشخيصك أو علاجك أو التنبؤ بسير مرضك؟
4. هل شاركت في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية؟
5. هل أعطيت موافقة مُوقَّعة قبل أي إجراء محفوف بالمخاطر؟
6. هل اضطلع المستشفى بتدريب أنت أو مقدمي الرعاية لك على العناية بنفسك بعد تخريجك من المستشفى؟
7. هل تمت توعيتك بشأن حالتك/تشخيصك عند تخريجك من المستشفى؟
8. هل تلقيت معلومات عن أدويةك؟
9. هل يستجيب العاملون بالمستشفى لاحتياجاتك ويعتنون بك؟
10. هل يتوفر لدى المستشفى وسائل ترفيه للمرضى؟
11. بصفة عامة، هل يعاملك عاملو المستشفى بعناية واحترام؟
12. بصفة عامة، هل كان عاملو المستشفى ودودين معك؟

### مقابلة مع مدير بنك الدم

1. كيف يطبق المستشفى المبادئ التوجيهية بشأن الدم المأمون ومنتجاته؟
2. كيف يضمن المستشفى تحديد عينات دم المريض، من أجل اختبار التوافق، على نحو آمن باستخدام مُعرِّفين فريدين؟
3. هل يوجد في المستشفى إجراءات مأمونة قبل نقل الدم، مثل استقطاب المتبرعين الطوعيين بالدم واختيارهم واستبقائهم، وفحص الدم (مثل فيروس العوز المناعي البشري وفيروس التهاب الكبد B)؟
4. هل يتوفر لدى المستشفى سياسة لإدارة الحوادث بعد التعرض للدم؟



## مقابلة مع مسؤول السجلات الطبية

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1. هل هناك مُعرّف فريد وسجل لكل مريض؟                                         |
| 2. هل لدى المستشفى سياسات وإجراءات تشغيل موحدة فيما يتعلق بالسجلات الطبية؟    |
| 3. هل يستخدم المستشفى رموزاً موحدة للأمراض؟                                   |
| 4. هل يوجد في المستشفى نظام آلي لإدارة المعلومات والسجلات الطبية الإلكترونية؟ |
| 5. هل يوجد في المستشفى نظام آلي وفَعَال للإنذار السريري؟                      |

## مقابلة مع مسؤول الصحة المهنية والسلامة البيئية

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. هل يوجد في المستشفى لجنة متعددة التخصصات معنية بالسلامة البيئية؟                                                                                               |
| 2. هل يوجد في المستشفى برنامج وقائي وإصلاحي لسلامة المباني؟                                                                                                       |
| 3. هل يوجد في المستشفى برنامج أمني؟                                                                                                                               |
| 4. هل لدى المستشفى خطة عمل لمواجهة الكوارث الخارجية؟                                                                                                              |
| 5. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة تم التدريب عليها؟                                                                                                                |
| 6. هل لدى المستشفى خطة عمل لمواجهة الكوارث الداخلية؟                                                                                                              |
| 7. إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة تم التدريب عليها؟                                                                                                                |
| 8. هل يوجد في المستشفى برنامج للسلامة من الحرائق مع التركيز بوجه خاص على المناطق المرتفعة المخاطر، مثل المختبرات والمطابخ؟                                        |
| 9. هل المستشفى مزود بالإضاءة والطاقة الطارئة في المناطق المرتفعة المخاطر (مثل غرفة العمليات ووحدة الرعاية المركزة وبنك الدم ونظام الغازات الطبية) ومساعد الطوارئ؟ |
| 10. هل لدى المستشفى خطة فعّالة لنظام المنافع العامة، تتضمن الصيانة الوقائية والخطة الاحتياطية في حالة العطل أو انقطاع الخدمات؟                                    |
| 11. هل يوجد في المستشفى برنامج للسلامة الإشعاعية؟                                                                                                                 |
| 12. كيف يضمن المستشفى الأغذية والمشروبات المناسبة والأمنة للمرضى والعاملين والزوار؟                                                                               |
| 13. هل يطبق المستشفى سياسة منع التدخين؟                                                                                                                           |

## مقابلة مع المدير السريري/الطاقم الطبي

|                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. هل تدعم القيادة العاملين المتورطين في حوادث سلامة المرضى ما دام الضرر أو الإهمال غير متعمد؟                                                                                                                   |
| 2. ما عملية التواصل التي يستخدمها الأطباء لنقل معلومات عن المريض بين الزملاء؟                                                                                                                                    |
| 3. هل يتبع المستشفى مدونة الأخلاقيات، مثلًا فيما يتعلق بالبحث والإنعاش والموافقة والسرية؟                                                                                                                        |
| 4. في رأيك، هل هناك بيئة لا تلجأ للعقاب وإلقاء اللوم وتتسم بأنها منفتحة وتثقيفية وتعمل باستمرار على تحسين ثقافة سلامة المرضى على جميع مستويات المستشفى؟                                                          |
| 5. هل تُقيّم القيادة مواقف العاملين تجاه ثقافة سلامة المرضى بانتظام؟                                                                                                                                             |
| 6. هل يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة؟                                                                                                                                       |
| 7. هل تم تحديد جميع المرضى والتحقق من هويتهم باستخدام مُعرّفين اثنين على الأقل، بما يشمل الاسم الكامل وتاريخ الميلاد؟                                                                                            |
| 8. هل يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية حيثما كان ذلك مناسبًا، بما يشمل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية حيثما كانت متاحة؟ هل يمكنك تقديم أمثلة على هذه المبادئ التوجيهية من مجال خبرتك؟ |
| 9. هل هناك نظام لضمان تنفيذ الإجراءات التشخيصية الباضعة بأمان، ووفقًا للمبادئ التوجيهية الموحدة؟                                                                                                                 |
| 10. هل ينفذ المستشفى المبادئ التوجيهية للحد من الانصمام الخثاري الوريدي؟                                                                                                                                         |



11. في مجال ممارستك، هل تفحص المرضى عادةً لتحديد الأشخاص المعرضين للضرر (مثل السقوط أو قرح الضغط أو الانتحار أو سوء التغذية أو العدوى)؟
12. هل يحتفظ المستشفى بقائمة بالاختصارات المعتمدة للمصطلحات الطبية؟
13. هل يقلل المستشفى استخدام الأوامر الشفهية والهاتفية ونقل النتائج شفهيًا وهاتفيًا، ويتبع "إعادة القراءة مرة أخرى" حيثما يكون التواصل الشفهي ضروريًا؟
14. هل يحافظ المستشفى على قنوات واضحة لتوصيل النتائج الحرجة العاجلة؟
15. هل يتوفر لدى المستشفى نُظُم لضمان توصيل نتائج الاختبارات المتعلقة على نحو آمن للمرضى ومقدمي خدمات الرعاية بعد التخرج من المستشفى؟
16. هل يتوفر لدى المستشفى نُظُم لتسليم المرضى بشكل آمن وشامل بين الفرق السريرية؟
17. هل يوجد في المستشفى لجنة مبادئ توجيهية محلية تجتمع بانتظام لاختيار المبادئ التوجيهية والبروتوكولات والقوائم المرجعية ذات الصلة بالسلامة وتطويرها وتنفيذها؟

## مقابلة مع مدير التمريض

1. هل تدعم القيادة العاملين المتورطين في حوادث سلامة المرضى ما دام الضرر أو الإهمال غير متعمد؟
2. ما عملية التواصل التي يستخدمها طاقم التمريض عند التسليم بين نوبات العمل؟
3. في رأيك، هل هناك بيئة لا تلجأ للعقاب وإلقاء اللوم وتتسم بأنها منفتحة وثقافية وتعمل باستمرار على تحسين ثقافة سلامة المرضى على جميع مستويات المستشفى؟
4. هل تُقيّم القيادة مواقف العاملين تجاه ثقافة سلامة المرضى بانتظام؟
5. هل يجري المستشفى صيانة وقائية منتظمة للمعدات، بما يشمل المعايير؟
6. هل يضطلع المستشفى بإصلاح أو استبدال المعدات التالفة (المعطلة) بانتظام؟
7. هل يضمن المستشفى حصول العاملين على التدريب المناسب على المعدات المتاحة؟
8. هل يضمن المستشفى إزالة التلوث على نحو سليم من جميع الأجهزة الطبية القابلة لإعادة الاستخدام قبل الاستخدام؟
9. هل يملك المستشفى ما يكفي من الإمدادات لضمان سرعة إزالة التلوث والتعقيم؟
10. هل تم تحديد جميع المرضى والتحقق من هويتهم باستخدام مُعرِّفين اثنين على الأقل، بما يشمل الاسم الكامل وتاريخ الميلاد؟
11. هل هناك نظام لتحديد حالات الحساسية، مثلًا باستخدام نظام ترميز لوني؟
12. هل تأخذ في الاعتبار مشاعر المرضى ومقدمي الرعاية لهم أثناء جميع عمليات الرعاية؟
13. هل تتلقى تعليمات من قيادة المستشفى لدعم أسر المرضى ومقدمي الرعاية في حالات الاحتضار؟
14. هل هناك نُظُم لضمان ممارسات الحقن الآمن من خلال:
15. منع إعادة استخدام الإبر في المستشفى؟
16. تثقيف المرضى والأسر بشأن انتقال مسببات الأمراض المنقولة بالدم؟
17. ضمان وجود ممارسات مأمونة للتخلص من المحاقن، مثل عدم إعادة تلبس الإبر، واستخدام الصناديق الآمنة؟
18. ضمان تحضير الجلد (تطهيره) قبل إعطاء أي حقن أو تسريب أو تمنيع؟
19. المبادئ التوجيهية للتفاعلات التآقية التي قد تحدث بعد الحَقْن والتسريب والتمنيع؟
20. هل تم تزويدك ببرنامج توجيه بشأن سلامة المرضى؟
21. هل هناك تدريب مستمر لجميع العاملين لضمان الرعاية الآمنة للمرضى؟
22. هل أنت على دراية بإجراءات الإبلاغ والخطوات الواجب اتخاذها عند وقوع حدث ضار وبعده؟
23. هل لديك أي معدات تالفة؟
24. هل واجهت أي تأخير من قبل في علاج المريض بسبب تعطل المعدات؟

25. ماذا يحدث إذا تعطلت المعدات أو تلفت؟

26. هل تدرّبت على استخدام المعدات المناسبة وإزالة التلوث منها وتعليقها؟

27. هل تُطلع المرضى على سياسة المستشفى المتعلقة بحقوق المرضى والأسر؟

### مقابلة مع مسؤول التطوير المهني

1. هل يوجد في المستشفى برنامج توجيه بشأن سلامة المرضى؟

2. هل يوجد في المستشفى برنامج للتطوير المهني للعاملين وموضوعه الرئيسي سلامة المرضى؟

3. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا يشمل البرنامج؟

4. هل جميع العاملين على دراية بإجراءات الإبلاغ والخطوات الواجب اتخاذها عند وقوع حدث ضار وبعده؟

5. هل ترصد لجنة الطاقم الطبي كفاءة (مؤهلات) جميع المهنيين في مجال الرعاية الصحية العاملين في المستشفى؟

6. هل يتحقق المستشفى من كفاءة جميع المهنيين الصحيين من خلال لجنة اعتماد طبية داخلية؟

7. إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل هناك دليل يدعم ذلك؟

### مقابلة مع المدير السريري/الطاقم الطبي

1. ما عدد العاملين المسؤولين عن إدارة نفايات الرعاية الصحية؟

2. هل تلقوا أي نوع من التدريب؟

3. هل العاملون على علم بمخاطر التعامل مع نفايات الرعاية الصحية؟

4. هل يضطلع المستشفى بتطعيم عامله ضد التهاب الكبد B والأمراض المعدية الأخرى؟

5. هل تفصل المستشفى بين النفايات؟

6. هل يستخدم المستشفى أي ترميز لوني لنظام النفايات؟

7. ما معدات الوقاية التي يستخدمها العاملون في التعامل مع النفايات؟

8. هل لديك حاويات خاصة للنفايات المعدية؟

9. هل لديك حاويات خاصة للأدوات الحادة؟

10. هل منطقة تخزين النفايات مؤمنة؟

11. هل تُجمع نفايات الرعاية الصحية وتُنقل بطريقة آمنة؟

12. كيف تُعالج نفايات الرعاية الصحية؟

13. هل يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات البيولوجية؟

14. هل يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة الأدوات الحادة؟

15. هل يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الكيميائية؟

16. هل يمثل المستشفى للمبادئ التوجيهية بشأن إدارة النفايات الإشعاعية؟

17. أين الموقع النهائي للتخلص من نفايات الرعاية الصحية؟

18. ما عدد الحالات التي تم الإبلاغ عنها للإصابات الناجمة عن وخز الإبر في الأشهر الستة الماضية؟

19. ما التدابير التي يتخذها المستشفى عند الإبلاغ عن إصابة بوخز الإبر؟

## نموذج التقرير

### 1- الملخص التنفيذي

#### الهدف

من أجل إجراء تقييم خارجي على [اسم المستشفى]، بالاستناد إلى الطبعة الثالثة من مقاييس إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى الذي وضعته منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

#### المكان

[اسم المستشفى] هو مستشفى [عام/خاص] يقع في [المدينة، البلد]. ويوفر خدمات الرعاية الصحية الثالثة ولديه سعة سريرية تبلغ (عدد الأسرة). كما يقدم المستشفى مجموعة واسعة من الخدمات الجراحية والطبية في أقسام المرضى الداخليين والخارجيين.

#### المنهجية

يتألف إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى من 134 معياراً مرتبة حسب الأولوية إلى معايير حاسمة وأساسية وتنموية. ونُظمت معايير سلامة المرضى هذه في خمسة مجالات:

أ. القيادة والإدارة

ب. إشراك المرضى والعامّة.

ج. الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيّنات.

د. البيئة الآمنة

هـ. التعلّم مدى الحياة.

ويعد تقييم إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى عملية طوعية، وتُنصح المستشفيات البدء بإجراء تقييم ذاتي. وتحدد هذه العملية الثغرات وترتب المجالات التي ينبغي تناولها حسب الأولوية. وتتمثل المرحلة التالية في زيارة فريق من الخبراء الخارجيين للمستشفى وتقييم الامتثال للمعايير البالغ عددها 134 معياراً. وينطوي هذا التقييم على نهج متعددة يتم تثليثها للحصول على النتائج. ويجري استعراض الوثائق وإجراء المقابلات والزيارات الميدانية للأقسام الرئيسية.

ونظراً لحجم [اسم المستشفى]، أجرى فريق يتألف من (3 إلى 4) من مسّاحي إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى التقييم على مدى (3 إلى 4) أيام في [التاريخ].

#### النتائج

حقق [اسم المستشفى] الامتثال (بالنسبة المئوية) للمقاييس الحاسمة. كما تم تقييم المستشفى مقابل 94 معياراً أساسياً، واعتبر فريق المسح أن (العدد الذي لا ينطبق) من هذه المعايير لا ينطبق. وحقّق المستشفى معدل امتثال (بالنسبة المئوية) للمعايير الأساسية البالغ عددها 94 معياراً. وتم تقييم [اسم المستشفى] مقابل 15 مقياساً تنموياً، وحقّق معدل امتثال (بالنسبة المئوية).

ومن بين المجالات الخمسة، حصل [اسم المجال] على أعلى درجة، بمجموع درجات (النسبة المئوية). وحصل [اسم المجال] على ثاني أعلى درجة (بالنسبة المئوية)، يليه [اسم المجال] الذي حقق (النسبة المئوية). وحصل [اسم المجال] على رابع أعلى درجة (بالنسبة المئوية)، وجاء [اسم المجال] في المرتبة الخامسة والأخيرة (النسبة المئوية). وبلغ معدل الامتثال الإجمالي للمعايير الحاسمة والأساسية والتنموية في المجالات الخمسة (النسبة المئوية).

#### الخاتمة

حيث إن المستشفى يستوفي (النسبة المئوية) من المقاييس الحاسمة، و(النسبة المئوية) من المقاييس الأساسية، و(النسبة المئوية) من المقاييس التنموية، حصل [اسم المستشفى] على (مستوى) الامتثال لمقاييس إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى.

### 2- مقدمة عن إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى

### 3- مقدمة عن اسم المستشفى

### 4- منهجية تقييم اسم المستشفى

استناداً إلى دليل تقييم سلامة المرضى، الطبعة الثالثة، الصادر عن منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، تم تطبيق منهجية التقييم التالية على [اسم المستشفى].

واستغرق فريق مسح التقييم الخارجي يومين في [التاريخ] في الموقع.

- الاسم، البلد
- الاسم، البلد
- الاسم، البلد

وشمل التقييم استعراض الوثائق وإجراء المقابلات مع أصحاب المصلحة الرئيسيين وزيارات الملاحظة للأقسام الرئيسية، انظر الملحق 1 (جدول أعمال [اسم المستشفى]). وجزى الشكر والتقدير للعاملين في [اسم المستشفى] على كرم ضيافتهم وانفتاحهم وما أبدوه من استعدادٍ لحل المشكلات أثناء التقييم. تمت فهرسة الوثائق بوضوح لتسهيل البحث عنها.

## 5- النتائج

### 1-5 المجال (أ): مقاييس القيادة والإدارة

#### 1-1-5 نقاط القوة

#### 2-1-5 فرص التحسين

### 2-5 المجال (ب): مقاييس إشراك المرضى والعامة

#### 1-2-5 نقاط القوة

#### 2-2-5 فرص التحسين

### 3-5 المجال (ج): مقاييس الممارسات السريرية الآمنة المسندة بالبيانات

#### 1-3-5 نقاط القوة

#### 2-3-5 فرص التحسين

### 4-5 المجال (د): مقاييس البيئة الآمنة

#### 1-4-5 نقاط القوة

#### 2-4-5 فرص التحسين

### 5-5 المجال (هـ): مقاييس التعلم مدى الحياة

#### 1-5-5 نقاط القوة

#### 2-5-5 فرص التحسين

## 6- الخاتمة

## 7- التوصيات

### 1-7 على المدى القصير

### 2-7 على المدى الطويل





تكتسي معايير سلامة المرضى أهميةً بالغة لإرساء برامج سلامة المرضى وتقييمها في المستشفيات. وتعرض هذه الطبعة الثالثة من دليل تقييم سلامة المرضى مجموعةً محدّثة من القواعد ومعايير التقييم، التي تجسّد أفضل الممارسات الحالية وإرشادات منظمة الصحة العالمية في هذا المجال. وسيدعم الدليل تنفيذ برامج تقييم سلامة المرضى في المستشفيات وتحسينها ضمن إطار عمل المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، بما يضمن أن تكون سلامة المرضى أولوية، وأن تنفّذ المرافق وطواقم العمل بها أفضل الممارسات. وهذا الدليل أداة رئيسية تستخدمها الجمعيات المهنية، والجهات التنظيمية أو الرقابية أو هيئات الاعتماد، ووزارات الصحة من أجل تحسين سلامة المرضى.