

تطبيق بعض معايير الاعتماد الصحي الاساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC) لتدقيق أداء المستشفيات
بحث تطبيقي في مستشفى حماية الاطفال التعليمي

Implement some basic health accreditation standards Issued by the Health Care Accreditation Council (HCAC) for auditing the Performance of Hospitals

Applied research at the Education Children Protection Hospital

ah_r_z@yahoo.com

احمد عبدالستار حميد

المعهد العالي للدراسات المحاسبية والمالية

د. وفاء عبدالامير حسن

الملخص:

الرعاية الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية وبانواعها كافة تعاني الكثير من المشاكل، وبما ان الخدمات الصحية المقدمة مرتبطة بحياة الانسان فلا بُد من تسليط الضوء على هذا النشاط والتعرف على أسباب تلك المشاكل، ويهدف هذا البحث الى تعريف الاعتماد الصحي ومعايير الاعتماد الصحي وعملية تدقيق الأداء على وفق تلك المعايير وبالتحديد المعايير الاساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية كونها تركز على رعاية المريض للوصول الى مستوى الأداء ومعرفة المعوقات التي تؤدي الى ضعف الاداء تلك المؤسسات، لمعالجتها بشكل مقبول ينسجم مع المعايير المعتمدة. وتم اختيار مستشفى حماية الاطفال التعليمي كعينة بحث لتطبيق تلك المعايير وفق مؤشرات الملاحظة والمقابلة والوثائق. وفي ضوء الدراسة العملية تم التوصل إلى مجموعة من الإستنتاجات من أهمها ما يأتي:

- ١- لم تستعمل معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات (HCAC) كمؤشرات لتطوير مستوى اداء المستشفيات في القطاع الحكومي.
 - ٢- اعتماد مؤشرات أداء صحي من قبل وزارة الصحة لا تطابق معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات (HCAC).
- لذا يوصي الباحث: -

- ١- اعتماد معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات لغرض تطوير الاداء لتلك المؤسسات.
 - ٢- الارتقاء بمؤشرات أداء الصحي للمستشفيات من قبل وزارة الصحة بما يواكب معايير الاعتماد الصحي للمستشفيات (HCAC).
- الكلمات المفتاحية:** معايير اعتماد المستشفيات الاساسية، مؤشرات ومعايير الاداء الصحي، مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، اعتماد المستشفيات.

Abstract:

The health care provided by health institutions and all kinds suffers from many problems, and since the health services provided are related to human life, it is necessary to shed light on this activity and identify the causes of these problems. This research aims to Definition of health institutions (hospitals) Performance audit of these institutions according to the latest indicators, which are the standards of health accreditation for hospitals, specifically the basic standards issued by the Health Care Accreditation Council (HCAC) to reach the level of performance and Knowledge of Constraints that lead to in an acceptable manner consistent with the approved standards. In theoretical and practical study, a number of conclusions were reached

- 1- Don't use of health accreditation standards of hospitals (HCAC) as indicators to develop the level of health performance of hospitals.
- 2- The level of health performance in health institutions, have not upgrade because lack of policies and procedures by working owners precisely, mainly relying on legacy work contexts.

The most important recommendations reached were:

- 1- Accreditation of the Health Care Accreditation standards for hospitals, in the development of the health performance of the institutions and focus on them in the performance audit indicators of both the Ministry of Health and the Federal Board of supreme Audit.
- 2- A Commitment of policies and procedures by the staff very accurately, and not adopt the legacy work contexts because this institutions related to the patient's life.

Keywords: Hospital accreditation standards, indicators and performance standards of the health Council, Health Care Accreditation Council, hospital accreditation.

المقدمة:

الغرض من تطبيق معايير الاعتماد الصحي هو قياس أداء المؤسسات الصحية (المستشفيات) للارتقاء بمستوى الاداء الخدمة الصحية المقدمة، لذلك ركز هذا البحث على التعرف على معايير اعتماد الصحي الاساسية وتطبيقها لقياس الاداء المستشفيات كمؤشرات تعكس نتائج الخدمة الصحية المقدمة.

ان قطاع الرعاية الصحية هو قطاع في النظام الاقتصادي يعمل على توفير السلع والخدمات المتمثلة بتقديم الرعاية العلاجية او الوقائية او التأهيلية او التطبيفية لمعالجة المرضى. وينقسم قطاع الرعاية الصحية الحديثة إلى العديد من القطاعات الفرعية، كما يعتمد على فرق متعددة التخصصات والمهام من الأخصائيين المدربين والمهنيين المساعدين لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد والمجتمعات السكانية. وهو واحدًا من أكبر القطاعات وأكثرها نموًا على مستوى العالم. ونظرًا لأن هذا القطاع ينفق أكثر من عشرة بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي لمعظم الدول المتقدمة، فإنه يشكل جزءًا هامًا من اقتصاد أي دولة. إن المتتبع لقطاع الرعاية الصحية يلاحظ انه قد واجه هذا القطاع مشاكل وقضايا رئيسية وصعبة تعود لمواضيع عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية وجودتها وكفاءتها يلاحظ اهتماما متزايداً بموضوع الرعاية الصحية من قبل المهتمين والمشتغلين بالقطاع الصحي من مخططين صحيين ومزودين لهذه الخدمات إضافة إلى المنتفعين بها.

(المحور الاول: منهجية البحث)

اولاً: مشكلة البحث:

يعاني الواقع الصحي للمؤسسات الصحية اليوم في العراق الكثير من المشاكل في مستوى اداء الخدمات الصحية المقدمة ولا سيما المستشفيات وهو بدوره ينعكس على متلقي الخدمات الصحية الا وهو المريض، وبالرغم من تعدد الجهات الرقابية واهتمامها بتدقيق اداء المؤسسات فلا زال الواقع الصحي يعاني من مشاكل على عكس دول العالم التي اتجهت منذ سنوات نحو التطور الملحوظ في الخدمة الصحية المقدمة، لذلك ومن اجل المحاولة الى الوصول الى اسباب تلك المشاكل تم تسليط الضوء على مؤشرات اداء مخالفة لمؤشرات الاداء المستخدمة التقليدية وتواكب التطورات العالمية في تقديم خدمات صحية افضل الا وهي معايير الاعتماد الصحي الاساسية الصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية لتحديد نقاط الضعف في مستوى الاداء تلك المؤسسات حيث يتناول البحث دراسة معايير الاعتماد الصحي الاساسية الخاصة بالمستشفيات التي تركز على رعاية المريض لتحديد أسباب تلك المشكلة ومحاولة تسليط الضوء على دورها في تدقيق اداء تلك المؤسسات لغرض الارتقاء بأداء المستشفيات وتحسين مستوى اداء الخدمة الصحية وتحقيق المنافسة الدولية.

ثانياً: هدف البحث:

يسعى البحث الى تحقيق الاهداف الاتية:

- بيان ماهية معايير الاعتماد الصحي واثرها على اداء المؤسسات الصحية.
- بيان ماهية معايير الاعتماد الصحي الاساسية التي تركز على رعاية المريض.
- تدقيق اداء المؤسسات الصحية (المستشفيات) على وفق معايير الاعتماد الصحي الاساسية.
- مناقشة مستوى الاداء في المؤسسات الصحية.

ثالثاً: أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث من السعي لتطبيق مؤشرات صحية بأسلوب علمي واداري حديث يسهم في تدقيق اداء الخدمة الصحية للمؤسسات الصحية سعياً لتقديم نتائج ومقترحات وافكار للارتقاء بواقع الخدمات الصحي المقدمة وتعتبر معايير الاعتماد الصحي الاساسية اليوم من المؤشرات الحديثة لتدقيق اداء المؤسسات الصحية في العالم وقياس مستوى الاداء فيها. اذ ان تطبيقها يؤدي الى الارتقاء بالخدمات الصحية لغرض تحقيق الاهداف وتقديم خدمة صحية افضل ترضي المريض واعداد تقارير تعكس الواقع الاداء الصحي.

رابعاً: فرضية البحث:

يمكن تلخيص فرضية البحث بالآتي:

ان تدقيق اداء المؤسسات الصحية (المستشفيات) وفق معايير الاعتماد الصحي الاساسية يؤدي الى رفع مستوى الاداء في تلك المؤسسات والذي بدوره يحقق اهداف المؤسسة الصحية.

خامساً: اسلوب البحث:

تم الاعتماد اسلوب الدراسة بتطبيق معايير اعتماد المستشفيات الاساسية التي تركز على رعاية المريض والصادرة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية لتدقيق اداء المستشفيات لغرض الارتقاء بمستوى الخدمة الصحي المقدمة للمريض.

(المحور الثاني / الجانب النظري)**أولاً: تعريف الاعتماد الصحي:**

يعد نظام الاعتماد في مجال الرعاية الصحية ذي خصوصية كبيرة، حيث أنه يتعامل مع الانسان بشكل مباشر سواء كانوا يقومون بدور مقدمي خدمة أو مستفيدين من هذه الخدمة، لذلك بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية تركز فيها بالمقام الأول على المستفيد من الخدمة (المريض) ومن تعاريف الاعتماد الصحي (بسيوني سالم، ٢٠٠٤: ٤٤) و(المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية ٢٠١٥).

ثانياً: تصنيف معايير الاعتماد الصحي:

تصنف المعايير باعتبارها اساسية وجوهرية ومتقدمة. وفيما يلي تعريف كل منها:

١- المعايير الاساسية: (٥٧ معيار)

وهي تلك المعايير التي تتناول القوانين والانظمة التي قد تؤدي الى وفاة المريض او الزائرين او العاملين او الحاق ضرر جسيم بهم في حالة القصور في استيفاءها.

٢- المعايير الجوهرية: (٢٥٦ معيار)

وهي تلك المعايير التي تتناول النظم والعمليات والاجراءات والسياسات التي تهتم برعاية المريض الا ان الالتزام بها بشكل جزئي يجب الا يشكل تهديداً بالحاق الاذى للمرضى او الزائرين او العاملين او وفاتهم.

٣- المعايير المتقدمة: (٣٣ معيار)

وهي تلك المعايير المهمة التي يصعب تطبيقها بسبب القيود التي تفرضها الموارد او الوقت او الحاجة لتغيير الثقافة. وسوف يتم تسليط الضوء على المعايير الاساسية التي تركز بالدرجة الاساس على رعاية المرضى كون المريض هو العنصر الاساسي الذي من اجله تسعى المؤسسات الصحية الى تقديم افضل خدمة صحية. (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية HCAC, ٢٠١٣, ٦)

رابعاً: تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية:

في عام ١٩١٧ في الولايات المتحدة الأمريكية عملت الكلية الأمريكية للجراحين على تطوير معايير الخاصة للمستشفيات من خلال وضع الحد الأدنى من المعايير الأولية للمستشفيات ودليل لتحسين الجودة، وكان الهدف من ذلك هو ضمان مستوى اداء افضل للرعاية الممكنة في ذلك الوقت، وقد ركزت هذه المعايير على عمل الجراحين من حيث (وجود الطاقم، التوافق مع الأطباء الداخليين، وجود ملف المريض، تنظيم وسائل التشخيص والمعالجة الكافية والمتاحة للاختصاصيين في هذا المجال). وفي عام ١٩١٨ بدأت الكلية الأمريكية للجراحين بالتدقيق على المستشفيات من جانبها فقط، وقد تم طبع دليل المعايير الأول في عام ١٩٢٦.

في عام ١٩٥١ تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية في الولايات المتحدة والتي سميت فعلياً بهذا الاسم منذ عام ١٩٨٦ بمبادرة من جمعية الجراحين والتي لم تعد تستطيع لوحدها القيام بهذا العمل وقد انضمت الكلية الأمريكية للأطباء والجمعية

الأمريكية للمستشفيات والجمعية الطبية الكندية وجمعية الأطباء الأمريكيين إلى الكلية الأمريكية للجراحين لتشكيل اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في ١٩٥٢/١٢/٦.

وفي عام ١٩٥٣ في كندا قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا والكلية الملكية للأطباء والجراحين بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات بهدف تطوير برنامج الخاص باعتماد المستشفيات، وكان برنامج الاعتماد طوعياً على مستوى وطني دون تدخل حكومي.

اما في عام ١٩٦٠ في كندا تم انشاء المجلس الكندي للاعتماد في الخدمات الصحية. وفي عام ١٩٦٦ في الولايات المتحدة الأمريكية طلبت الحكومة من المستشفيات أن تأخذ على عاتقها تطبيق نظام التأمين للمواطنين باسم الرعاية الطبية لتحقيق بعض مواصفات الجودة.

في عام ١٩٧٤ في استراليا شكّل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية ويضم المجلس أعضاء من وزارة الصحة في استراليا. في عام ١٩٨١ في اسبانيا أنشئ نظام خاص باعتماد المستشفيات من قبل حكومة اسبانيا. بعدها وفي عام ١٩٩١ في نيوزيلندا أنشئ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية، بأشتراك عدة اعضاء تتكون من ٥٠% من وزارة الصحة و ٤٠% من جمعية مجلس المستشفيات و ١٠% من جمعية المستشفيات الخاصة. اما عام ١٩٩٥ في إنكلترا وضعت نظام الاعتماد للحاجة الوظيفية إليه، وهي مؤسسة خاصة مستقلة أنشئت عام ١٩٨٧ وتعمل على تقييم المؤسسات الصحية منذ عام ١٩٩٠.

وكذلك في كندا عام ١٩٩٥ بدأ التركيز على الزبائن من خلال برامج الاعتماد بدءاً من التركيز على معايير متلقي خدمات الرعاية الصحية المباشرة ومراكز معالجة السرطان، وقد ركزت هذه البرامج على الإجراءات التي تتبعها المؤسسات الصحية خلال تقديم خدمة رعاية المريض، وتم دمج فلسفة التحسين المستمر للجودة في مجال الرعاية والخدمة وتضمينها مع العمليات الأخرى وبدء اعتماد خدمات الرعاية الصحية المجتمعة ووضعت مؤشرات الأداء حيث قام المجلس بانتقاء ستة مؤشرات أداء عامة.

وفي فرنسا عام ١٩٩٦ أنشئت الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، وقد أصبح إلزامياً اعتباراً من ٢٠٠١. اما في إيطاليا ظهرت بدايات وضع نظام الاعتماد وحسب المناطق.

وفي عام ٢٠٠١ أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات الصحية بعد اجتماع الرياض في نيسان ٢٠٠٠. (دليل معايير الاعتماد الوطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية لصحة الاسرة، ٢٠١٥) (عدمان، ٢٠٠٨، ١٥٥)

خامساً: تعريف تدقيق الاداء الصحي:

الهدف من تدقيق الاداء الصحي تحقيق اهداف البرنامج الصحي لخفض معدلات الوفيات وزيادة معدلات الشفاء ويتم التقييم وفق نموذجين، النموذج الاول يتم على مستوى تقييم الجهود او قياس المخرجات، او قياس دقة الاداء، أو تقييم الفاعلية. اما النموذج الثاني يقيس درجة النجاح في تحقيق الاهداف ويفترض في هذا النموذج توزيع موارد المستشفى على الانشطة المختلفة الطبية والجراحية والعلاجية بطريقة مثلى. وهناك طرق عديدة كدرجة تحقيق غايات طبقة معينة من المرضى او السكان، او امكانية تقديم طرق جديدة للعلاج وتستخدم طرق عديدة كتقييم بحوث وتجارب وبحوث ميدانية، استخدام المعامل والمعادلات و طرق تحليل الطريق والتحليل المعقد والتحليل الجدولي وتحليل المدخلات والمخرجات.. الخ وتحتاج هذه الطرق الى جمع بيانات عن طريق الملاحظة والمقابلات وفحص السجلات الطبية واجراء تجارب وبحوث ويتم ذلك على مستوى الوحدة ككل او وحدة طبية او قطاع معين وتستخدم مؤشرات الاداء الصحي في التقييم الجزئي كاستخدام معدلات، ورضاء المرضى وتوقعات المرضى او مقارنة عدد المرضى في المستشفى من وقت لآخر، معدل المكوث والبقاء او ايجاد تكلفة المريض والاتي بعض هذه النماذج (النجار، ١٩٧٦، ٢٣)

١- نموذج البرنامج الرياضي الخاطئ لتقييم الاداء الصحي.

٢- تقييم الادارة والاطباء والطاقات المهنية الانشطة المالية والادارية والبيئية.

- ٣- تقييم الاداء عن طريق معيار ومؤشرات المنظمة الدولية WHO نموذج تقييم الأداء عن طريق المنظمات الدولية.
- ٤- نموذج بطاقة الاداء المتوازن.
- ٥- النموذج القائم على المقارنة المرجعية (Bench Marking)
- ٦- نموذج تقييم الاداء المحاسبي.
- ٧- النماذج المعتمدة على معايير اللجنة الدولية المشتركة لاعتماد المستشفيات.
- ٨- نموذج التحسين المستمر للاداء من خلال الجودة الشاملة.

وقد عرف تدقيق الاداء من قبل المديرية العامة للخدمات الصحية إدارة الجودة والاعتماد في تركيا بأنه الكشف عن المشاكل في الوقت المناسب المتعلقة بتقديم الخدمات حول العمليات الإدارية والمالية والطبية، وتصحيحها والتدخلات لتحسين الجودة. ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال استخدام المؤشرات والاسس المحددة من قبل المؤسسة. (Ministry of Health, Turkey : ٢٠١٥, ١١). وقد جاء تعريف تدقيق الاداء الصحي من قبل منظمة الصحة العالمية بأنه "نظام لتقييم أداء تدخلات او شراكات انمائية او اصلاحات على صعيد السياسات بالنسبة لما هو مخططا، من حيث انجاز ومخرجات ونواتج، ويعتمد قياس الاداء على جمع بيانات وتحليلها وتفسيرها والابلاغ عنها من اجل وضع مؤشرات للاداء" (منظمة الصحة العالمية، شعبة خدمات الاشراف، الاداة رقم ١، مصطلحات التخطيط والمراقبة والتقييم، اذار، ٢٠٠٤).

سادسا: دواعي تدقيق الأداء على وفق معايير اعتماد:

تعد عمليات تدقيق الأداء من العمليات الهامة وذلك لما تتوصل إليه من معلومات وبيانات عن أداء المؤسسة بكاملها، وهذا يتيح للمؤسسة فرصة تحديد نقاط القوة والضعف في وظائف الإدارة في مجالاتها المختلفة، ويمكنها من إعادة النظر في برامجها وسياساتها، وفي مدى صلاحية التنظيم الداخلي للمؤسسة. (Karra& Demtrios,2010,4)

ويعد تدقيق الاداء أحد العمليات المهمة والضرورية عند الحديث عن الجودة والتطوير المؤسسي الفعال، فتدقيق الأداء المؤسسي عملية تهدف إلى قياس ما تم إنجازه من قبل مؤسسة ما خلال مدة زمنية محددة، وذلك بالمقارنة بما تم التخطيط له كماً ونوعاً وممن خلال استعمال مجموعة من المعايير والمؤشرات مع تحديد أوجه القصور والانحرافات إن وجدت وسبل علاجها في الحاضر والمستقبل. (عائشة، ٢٠١١، ٩٠)

وهناك جملة من الأسباب التي تدعو لاعتماد عملية تدقيق أداء المؤسسات بالاستناد الى معايير الاعتماد: (عبد الغفور والعزاوي , ٢٠١٢, ١٦٥).

(المحور الثالث: الجانب العملي)

يتناول المحور العملي الآتي:

- نبذة تعريفية مختصرة عن مستشفى حماية الاطفال التعليمي.
 - تدقيق أداء المستشفيات وفق معايير اعتماد صحي الاساسية.
- من خلال هذا المحور سوف يتم اعطاء نبذة تعريفية عن مستشفى حماية الاطفال التعليمي وقياس مستوى الاداء للمستشفى عينة البحث وفق معايير اعتماد صحي اساسية (محور رعاية المرضى) والذي يشتمل على أحد عشر معيار وكما يأتي:
- نبذة تعريفية مختصرة عن مستشفى حماية الاطفال التعليمي:

تعد مستشفى حماية الاطفال التعليمي من المستشفيات القديمة في بغداد وهي أقدم مستشفى تخصصي للأطفال افتتحت عام ١٩٨٣ وهي من المستشفيات التخصصية في طب وجراحة الاطفال وتستقبل الحالات المرضية من جميع محافظات العراق. وبعد تشيد مدينة الطب تم ضمها إلى المجمع لغرض تكامل خدماته. وتم بناء المستشفى بأنموذج عالمي وبناء عمودي مكون من (٣) طوابق بعدد (٤٠٠) سرير. لذا فهي تعد ذات نمط بناء عمودي وهو في الوقت الحالي أكثر استخداماً من النمط الافقي لانه يستجيب لمتطلبات العصر

الحديث من الناحيتين الطبية والادارية كونه يشغل مساحة أصغر ويتصف بسهولة الادارة وانسيابية الاتصالات بين أقسامه المختلفة وايصال الخدمات على نحو أسرع. ويبلغ عدد المرضى الراقدين شهريا ما يقارب حوالي ١٥٠٠ مريض وعدد العمليات ما يقارب ٧٠٠ عملية شهريا.

وتعد المستشفى الذي يتراوح عدد أسرته الكلية (٥١٥ سرير) ويعد اسرة مهيئة للرقود (٤٠٠ سرير) من المستشفيات الكبيرة وفق معايير منظمة الصحة العالمية، وهي تعد من المستشفيات العامة ترجع ملكيتها إلى الدولة والتي تضم اختصاصات متعددة تقوم باستقبال المرضى من الاطفال المصابين بأمراض مختلفة لتشخيص أمراضهم ومعالجتهم.

كما يوجد كراج مخصص لوقوف السيارات خدمة للعاملين (طابق ارضي) والمراجعين.

ولمستشفى حماية الاطفال التعليمي مجموعة من الأهداف الرئيسية التي تسعى اليها وهي كما يأتي:

١- النهوض بالخدمة الطبية داخل مستشفى الأطفال المقدمة للمجتمع بما يضمن تقديم أفضل التقنيات في التشخيص والعلاج لكل الأطفال

٢- تقديم الخدمات الصحية المختلفة كونها تعد من المستشفيات المتخصصة.

٣- تدريب ذوي المهن الطبية والصحية على الاختصاصات المختلفة فيها وتوفير الامكانيات للقيام بالدراسات والبحوث.

٤- تقدم المستشفى الخدمات التشخيصية، العلاجية والطبية والجراحية وعلاج الأسنان لجميع الأطفال إلى عمر ستة عشر.

استكمال القدرة المؤسسية والبنية التحتية للمستشفى ودعم وتنمية الموارد البشرية والمالية بالمستشفى.

• تدقيق أداء المستشفيات وفق معايير اعتماد صحي الاساسية.

• محور (رعاية المرضى)

أ- معيار (لدى المستشفى نظام لتحديد المرضى بشكل صحيح):

• مؤشر الملاحظة:

من خلال ملاحظة البية تحديد المرضى تبين انه يتم من خلال وضع عدد من المرضى ضمن ردهات (وحدات) حيث تتضمن تلك الردهات عدد من الغرف وفي كل غرفة ما يقارب ٤ اسرة توضع بينهما حواجز. وان تحديد المرضى يتم من خلال معرفة مسؤول الردهة تفاصيل كل مريض عند دخوله سواء كان من خلال الاسم المريض او الحالة المرضية للمريض وبالتالي يتم تحديد المريض من خلال حفظ معلومات المريض بشكل شفوي بالإضافة الى المعلومات الخاصة بالمريض عند ادخاله الى الردهة. وان عملية ادخال المريض الى الردهة يتم وفق موافقات اصولية من قبل الطبيب ومدير المستشفى بالإضافة الى ملئ كافة المعلومات الخاصة بالمريض في الملف الاحصائي لخاص به مع كافة الوثائق الثبوتية له. ويتم اتباع ذلك في كافة الاقسام.

• مؤشر المقابلة:

تم مقابلة عينة من الكادر العامل في المناطق السريرية (ملحق ١) ويعدد (٥٠) عامل بالاعتماد على عينة الكادر التمريضي وتم الاجابة على كيفية تحديد المرضى وقد انحسرت الاجابة تحت بندين هما:

١- تحديد المريض وفق الاسم تضمنت الاجابة ٣٤ عينة.

٢- تحديد المريض وفق الحالة الصحية تضمنت الاجابة ١٦ عينة.

وقد اشار المعيار الى وجوب تحديد المريض وفق محددين غير الارقام الخاصة بالغرف ويمكن اعتبار هذا المؤشر قد تحقق لعدم اعتماد ارقام الغرض في تحديد المريض.

• مؤشر الوثائق:

تتم عملية تحديد المرضى وفق سياسات متعارف عليها كما يلي:

١. يقوم الطبيب الاستشاري باحالة المريض الى الردهة المعنية.

٢. يتم استقبال المريض في الردهة وتهيئته وارشاده للمكان او السرير المخصص له.
٣. يتم توثيق جميع المعلومات الخاصة بالحالة المرضية للمريض واجراء الفحص الاولي له ويتم تثبيت ذلك في الملف الطبي ووفق الارشادات وتعليمات الطبيب المعالج.
٤. يتم متابعة حالة المريض بعد دخوله ويتم تثبيت ملاحظات الحالة المرضية ليتسنى للكادر المختص القيام بواجباته ومهامه ومتابعة ما تم من تلك الاجراءات.

ب- معيار (يتم تقييم المرضى الذين قد يكونون من ضحايا الاساءة او الاهمال وفقا للقوانين والانظمة الوطنية السارية):

• مؤشر الملاحظة:

لا يتضمن مؤشر الملاحظة.

• مؤشر المقابلة:

تبين من خلال مقابلة مقدمي الرعاية الطبية في قسم الطوارئ (ملحق ٢) حول معرفتهم بكيفية تحديد ضحايا الاساءة والخطوات التي يجب عليهم اتخاذها عند تحديد ضحية محتملة. وكانت النتيجة ان تحديد ذلك يتم من خلال الفحص من قبل الطبيب ويتم اتخاذ الخطوات بناء على توجيهات الطبيب فقط. اما بالنسبة لباقي العاملين فيعتمدون على تقرير الطبيب. وبعد مقابلة عدد من الممرضين والاطباء حول ذلك تبين الاتي:

الكادر التمريضي (العينة ١٢): ليس لديهم اليه لتحديد ضحايا الاساءة والاهمال وعدم معرفتهم بالخطوات الواجبة عليهم عند تحديد ضحية محتملة.

كادر الاطباء (العينة ١٣):

- ١- وجود كدمات على جسم المريض.
 - ٢- وجود اثار متعدد وضرب او تعذيب.
 - ٣- وجود حالات كسور في الجسم.
 - ٤- الاستفسار من المريض في حالة امكانية ذلك.
- اما بالنسبة الى الخطوات الواجب اتخاذها عند تحديد ضحية محتملة:
- ١- المطالبة بورقة من مركز الشرطة تخص الحالة.
 - ٢- المطالبة بأخذ معلومات من اكثر من مرافق.
 - ٣- اتخاذ اللازم لمعالجة المريض.

• مؤشر الوثائق:

- ١- الدستور العراقي الدائم لسنة ٢٠٠٥ / مادة ٢٩ (الجرائم المتعلقة بالعنف الاسري).
- ٢- قانون العقوبات العراقي ١١١ لسنة ١٩٦٩ / مادة ٣٨١ - ٣٨٥ / فصل الخامس (الجرائم المتعلقة بالبنوة ورعاية القاصر وتعريض الصغار والعجزة للخطر وهجر العائلة)
- ٣- قانون رعاية الاحداث لسنة ١٩٨٣ / رقم ٧٦.
- ٤- عدم وجود اي سياسات او اجراءات تخص العنف الاسري لدى المستشفى.

ت- معيار (يتم تطبيق بروتوكول عام (التحقق من الاجراءات، تحديد الموضوع، الوقت المستقطع) واتباعه باستمرار):

• مؤشر الملاحظة:

عدم امكانية ملاحظة ذلك. لذلك لم يطبق

• مؤشر المقابلة (ملحق ٣)

- ١- يتم التأكد من الهوية الشخصية للمريض ونوع العملية وموقع العملية وموافقة المريض على اجراءها.
 - ٢- قيام طبيب التخدير بفحص المريض.
 - ٣- يتم التأكد من تحسس المريض لأدوية التخدير.
 - ٤- يتم التأكد من الصعوبات التنفسية للمريض.
 - ٥- يتم التأكد من سلامة وتعقيم كافة المعدات ومستلزمات الجراحة.
- مؤشر الوثائق:
 - لا يتوفر لدى المستشفى بروتكول عام.
- ث- معيار (تقدم رعاية التخدير استنادا الى ارشادات الحديثة المستندة الى الادلة في جميع المناطق التي يتم فيها التخدير):
- مؤشر الملاحظة:
 - لا يتضمن مؤشر الملاحظة.
 - مؤشر المقابلة:
 - لا يتضمن مؤشر المقابلة.
 - مؤشر الوثائق:
 - الاليات والسياقات العامة لعمل الردهات/٢٠١٥/دائرة الامور الفنية /قسم العلاجية.
- ج- معيار (يحدد تقييم مخاطر التخدير / التسكين كون المريض مرشح امن للتخدير / التسكين العام او التخدير الشوكي):
- مؤشر الملاحظة:
 - لا يتضمن مؤشر الملاحظة.
 - مؤشر المقابلة:
 - لا يتضمن مؤشر المقابلة.
 - مؤشر الوثائق:
 - ١- تتم عملية التخدير وفق اطباء اختصاص تخدير حصرا.
 - ٢- الاليات والسياقات العامة لعمل الردهات /٢٠١٥.
- ح- معيار (يتضمن سجل التخدير / التسكين جميع جوانب التوثيق المطلوبة):
- مؤشر الملاحظة:
 - لا يتضمن مؤشر الملاحظة
 - مؤشر المقابلة:
 - لا يتضمن مؤشر المقابلة.
 - مؤشر الوثائق:
 - الاليات والسياقات العامة لعمل الردهات/٢٠١٥/دائرة الامور الفنية /قسم العلاجية.
- خ- معيار (تخضع الحالة الفسيولوجية بكل مريض لمراقبة مستمرة اثناء التخدير او التسكين)
- مؤشر الملاحظة:
 - لا يتضمن مؤشر الملاحظة.
 - مؤشر المقابلة:
 - لا يتضمن مؤشر المقابلة.

• مؤشر الوثائق:

الاليات والسياقات العامة لعمل الردهات/٢٠١٥/دائرة الامور الفنية /قسم العلاجية.

د- معيار (يخضع المريض للمراقبة اثناء فترة الانعاش اللاحق للتخدير / التسكين):

• مؤشر الملاحظة:

لا يتضمن مؤشر الملاحظة.

• مؤشر المقابلة:

لا يتضمن مؤشر المقابلة.

• مؤشر الوثائق:

الاليات والسياقات العامة لعمل الردهات/٢٠١٥/دائرة الامور الفنية /قسم العلاجية.

ذ- معيار (يعمل موظفون مؤهلون في قسم الطوارئ على مدار الساعة):

• مؤشر الملاحظة:

لا يتضمن مؤشر الملاحظة.

• مؤشر المقابلة:

تبين من خلال مقابلة القادة في قسم الطوارئ (ملحق ٤) حول الاجراءات المتخذة عند زيادة عدد المرضى وكانت النتيجة من خلال وضع اكثر من مريض على السرير ويتم زيادة عدد مأخذ الاوكسجين وكذلك زيادة عدد الكادر، وهذا يشير الى نقص في عدد الاسرة في قسم الطوارئ والبالغ ٣٠ سرير مع عدم اتساع المكان لحالات الطوارئ المرتفعة، بالإضافة الى استخدام وسائل الاتصال تقليدية بالطبيب حيث يتم الاتصال بالاطباء من خلال الاتصال الهاتفي مما قد يؤخر وصول الطبيب الى الطوارئ بسبب اقامة اطباء الطوارئ داخل المستشفى بعيدا عن ردهة الطوارئ مما يتطلب وقت حتى يصل الى ردهة الطوارئ بالإضافة الى ان عدد اطباء الطوارئ قليل مقارنة باعداد المرضى الداخلين الى قسم الطوارئ. وان مدخل ردهة الطوارئ بعيد عن مكان وقوف سيارات الاسعاف بالإضافة الى عدم توفر مكان انتظار للمرافقين من حيث السعة والانتظام.

• مؤشر الوثائق:

١- وجود جدول عمل خاص بقسم الطوارئ وتحديد عدد الاطباء المقيمين والاختصاص في المستشفى.

٢- وجود جدول عمل للكادر التمريضي في ردهة الطوارئ يقوم بتصنيف اولي لحالة المريض.

ر- معيار (عقاقير انقاذ الحياة لرعاية الطوارئ موجودة في عربة الطوارئ ومتوفرة في جميع الاوقات):

• مؤشر الملاحظة:

من خلال مؤشر الملاحظة تبين الاتي:

١- ان عقاقير انقاذ الحياة والخاصة برعاية الطوارئ تتوفر في ردهة الطوارئ ضمن صيدلية الطوارئ ويتم تجهيز الطوارئ من قبل تلك الصيدلية وتوضع في دولاب الصدمة بدل عربة الطوارئ حيث لا تتوفر عربة الطوارئ وان عملية تجهيز تلك العقاقير يتم من خلال طلبات تقدم من قبل مسؤول ردهة الطوارئ الى الصيدلية التابعة للردهة. ولا تتم عملية تدقيق او اعداد قائمة بتلك العقاقير في ردهة الطوارئ. وقد لوحظ وجود نقص في كثير من تلك العقاقير الخاصة بالطوارئ وكما يلي:

١- لومينال امبول

٢- ايبانومين

٣- ابريسولين

٤- مينابروول

٥- فيتامين k

٦- Celexen

وان حالة عدم توفر العقاقير الخاصة بالطوارئ تتكرر بين فترة واخرى لحين تجهيزها.

• مؤشر المقابلة:

تبين من خلال مقابلة العاملين في الطوارئ (ملحق ٥) وبحجم عينة (١٢) بعدم وجود عربة طوارئ بل تم تجهيز الطوارئ بدولاب صدمة بدلا من عربة الطوارئ ويتم تجهيزه بالعلاج من خلال الصيدلية الخاصة بالطوارئ وحسب الحاجة. ويتم استرجاع الادوية الى الصيدلية حال الانتهاء منها في نهاية اليوم.

وكانت نسبة الاجابة على هذا المؤشر كما يلي:

• هل يتم فتح عربة الطوارئ لغير حالة استبدال الادوية التي انتهت صلاحيتها؟

نعم بعدد اجابات (٨) = ٦٧%

الى حد ما بعدد اجابات (٤) = ٣٣%

كلا بعدد اجابات (٠) = صفر

من خلال الاجابات اعلاه تبين ان عدد الاجابات بنعم هي ثمانية اجابات والى حد ما باريح اجابات من مجموع ١٢ اجابة اي نسبة ٦٧% ب نعم و ٣٣% الى حد ما. وهذه النسبة تشر الى ان مؤشر المقابلة تم تطبيقه بشكل جزئي.

• مؤشر الوثائق:

عدم توفر اي سياسات واجراءات تخص صيانة عربة الطوارئ في المستشفى.

ز- معيار (لدى المستشفى خطة وعملية للاستجابة لطوارئ الانعاش على مستوى المستشفى كله):

• مؤشر الملاحظة:

لا يتضمن مؤشر الملاحظة.

• مؤشر المقابلة:

يتم تقديم الانعاش للمريض من خلال الاتي: (ملحق ٦)

١- جلب عربة الطوارئ قرب المريض لغرض تجهيزه بالاكسجين.

٢- اعطاء الادوية الخاصة بالانعاش للمريض.

٣- يتم توثيق حالات الانعاش التي تحصل للمريض.

٤- يتم اعطاء دورات تدريبية للكادر المختص بين الحين والآخر.

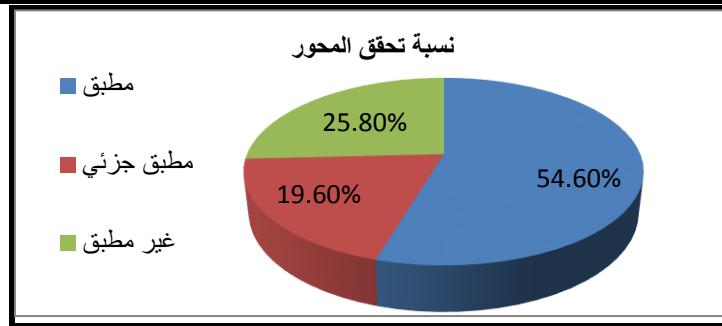
• مؤشر الوثائق:

عدم وجود سياسة وخطة مكتوبة خاصة بالمستشفى تخص الانعاش بل تم اعتماد سياق عمل متعارف عليه.

جدول (١) مستوى تطبيق المعايير (محور رعاية المرضى)

تسلسل	المعايير الاساسية	الملاحظة			المقابلة			الوثائق		
		مطبق (١٠٠%)	مطبق جزئي (٥٠%)	غير مطبق (٠)	مطبق (١٠٠%)	مطبق جزئي (٥٠%)	غير مطبق (٠)	مطبق (١٠٠%)	مطبق جزئي (٥٠%)	غير مطبق (٠)
١	لدى المستشفى نظام لتحديد المرضى بشكل صحيح	✓			✓			✓		
٢	يتم تقييم المرضى الذين قد يكونون من ضحايا الاساءة او الاهمال وفقا للقوانين والانظمة الوطنية السارية			*			✓			✓

3	√																	يتم تطبيق بروتوكول عام (التحقق من الاجراءات، تحديد الموضوع، الوقت المستقطع) واتباعه باستمرار
4			√															تقدم رعاية التخدير استنادا الى ارشادات الحديثة المستندة الى الادلة في جميع المناطق التي يتم فيها التخدير
5			√															يحدد تقييم مخاطر التخدير / التسكين كون المريض مرشح امن للتخدير / التسكين العام او التخدير الشوكي
6			√															يضمن سجل التخدير / التسكين جميع جوانب التوثيق المطلوبة
7			√															تخضع الحالة الفسيولوجية بكل مريض لمراقبة مستمرة اثناء التخدير او التسكين
8			√															يخضع المريض للمراقبة اثناء فترة الانعاش اللاحق للتخدير / التسكين
9			√			√												يعمل موظفون مؤهلون في قسم الطوارئ على مدار الساعة
10	√					√												عفاقر انقاذ الحياة لرعاية الطوارئ موجودة في عربة الطوارئ ومتوفرة في جميع الاوقات
11	√					√												لدى المستشفى خطة وعملية للاستجابة لطوارئ الانعاش على مستوى المستشفى كله
المجموع																		
3	1	7	0	3	1	1	0	1										
نسبة تحقق المؤشر																		
27,3	9,1	13,6	0	0	0	0	0	0										
نسبة التحقق للمحور (وفق المؤشرات)																		
$54,6 = 300 / 163,6 = 63,6 + 50 + 50$ -1 $19,6 = 300 / 59,1 = 9,1 + 50$ -2 $25,8 = 300 / 77,3 = 27,3 + 50$ -3																		



شكل (1) مستوى تطبيق المعايير (محور رعاية المرضى)

التحليل:

من خلال النسب الظاهرة في الجدول اعلاه يتبين الاتي:

- على مستوى كل معيار:

معيار (1) تحقق مؤشر الملاحظة والمقابلة والوثائق بنسبة 100% (مطبق)

معيار (2) تحقق مؤشر المقابلة والوثائق بنسبة تطبيق 50% (مطبق جزئي) ويعود سبب تطبيق المعيار جزئيا الى عدم وجود اي سياسة او اجراءات تخص العنف الاسري لدى المستشفى.

معيار (3) تحقق مؤشر المقابلة بنسبة تطبيق 100% (مطبق) في حين تحقق مؤشر الوثائق بنسبة (0) ويعود سبب ذلك الى عدم امتلاك المستشفى بروتوكول عام.

معيار (4) و (5) و (6) و (7) و (8) تحقق مؤشر الوثائق بنسبة (100%) (مطبق).

معيار (9) تحقق مؤشر المقابلة بنسبة تطبيق (50%) (مطبق جزئي) ويعود سبب ذلك الى:

1. عدم وجود اسرة كافية تستوعب المرضى في حالات استثنائية طارئة.

2. اليات الاتصال بطبيب الطوارئ تقليدية وبطيئة.

٣. عدد الاطباء الطوارئ قليل مقارنة بالحالات التي تستقبلها المستشفى.

٤. بعد بوابة الطوارئ عن وقوف سيارات الاسعاف.

٥. عدم توفر المكان المناسب لانتظار المرافقين.

اما بالنسبة الى مؤشر الوثائق فقد حقق نسبة تطبيق (١٠٠%) (مطبق)

معيار (١٠) تحقق مؤشر الملاحظة بنسبة تطبيق (٠) (غير مطبق) ويعود سبب ذلك الى:

١- عدم تدقيق الادوية في عربة الطوارئ.

٢- عدم توفر الكثير من ادوية الطوارئ.

في حين تحقق مؤشر المقابلة بنسبة (٥٠%) ويعود سبب ذلك بأنه يتم فتح عربة الطوارئ لغير حالة استبدال الادوية التي انتهت صلاحيتها بنسبة ٦٧%.

اما مؤشر الوثائق فقد حقق نسبة (٠) وان سبب ذلك يعود الى عدم توفر سياسات واجراءات تخص صيانة عربة الطوارئ في المستشفى. معيار (١١) تحقق مؤشرا المقابلة بنسبة (١٠٠%) (مطبق) اما مؤشر الوثائق فقد حقق نسبة (٠) (غير مطبق) ويعود سبب ذلك الى عدم وجود سياسة وخطة خاصة بالمستشفى تخص الانعاش.

• على مستوى المحور:

من خلال النسب الظاهرة في الجدول اعلاه تبين الاتي:

كان تطبيق المحور بنسبة ٥٤,٦%. في حين تم تطبيق المحور بشكل جزئي بنسبة ١٩,٦% وعدم تطبيقه كان بنسبة ٢٥,٨%، وتعد نسبة ٥٤,٦% كنسبة تطبيق ضعيفة للمحور.

(المحور الرابع: الاستنتاجات والتوصيات)

اولاً: الاستنتاجات

١- عدم استخدام معايير اعتماد الصحي كمؤشرات لتطوير مستوى الأداء الصحي للمستشفيات.

٢- اعتماد مؤشرات أداء صحي من قبل وزارة الصحة تقتصر أو لا ترتقي الى معايير اعتماد صحي للمستشفيات.

٣- عدم توافر سياسات واجراءات تخص العنف الاسري.

٤- عدم امتلاك المستشفى بروتوكول عام.

٥- عدم وجود اسرة كافية تستوعب المرضى في حالات استثنائية طارئة.

٦- آليات الاتصال بطبيب الطوارئ تقليدية وبطيئة.

٧- بعد بوابة الطوارئ عن وقوف سيارات الاسعاف.

٨- عدم توافر المكان المناسب لانتظار المرافقين.

٩- عدم تدقيق الادوية في عربة الطوارئ.

١٠- عدم توافر الكثير من أدوية الطوارئ وان نظام السيطرة على كميات الادوية الغير متوافرة غير ملائم من حيث سرعة الاستجابة أو توافر الأدوية من المصدر.

ثانياً: التوصيات

١- اعتماد معايير اعتماد صحي كمؤشرات أداء لتطوير مستوى الاداء في المستشفيات.

٢- اعتماد السياسات والاجراءات التي تخص العنف الاسري.

٣- توافر بروتوكول عام للمستشفى.

٤- زيادة عدد الاسرة للمستشفى لغرض احتواء حالات الطوارئ.

٥- تطوير الية الاتصال بالاطباء لغرض الاتصال بالطبيب في حالات الطوارئ.

٦- توافر الاماكن المناسبة للانتظار للمرافقين للمرضى.

٧- توافر ادوية الطوارئ من خلال ايجاد الية تسيطر على كمية الادوية الخاصة بالطوارئ.

• المصادر

- ١- المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، السعودية، ٢٠١٥.
- ٢- النجار: فريد راغب، " ادارة الاعمال في الانظمة الصحية والطبية"، مؤسسة الوحدة للنشر والتوزيع، ١٩٧٦.
- ٣- دليل معايير الاعتماد الوطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية لصحة الاسرة ٢٠١٥.
- ٤- سالم: بسيوني، " مفهوم وهيكله برامج الاعتماد المصري"، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في ادارة المستشفيات، تقنية نظم المعلومات، المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة، ٢٠٠٤.
- ٥- عائشة: والة، " اهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون"، جامعة الجزائر، ٢٠١١.
- ٦- عبد الغفور: همام عبد الخالق، العزاوي: محمد عبد الوهاب، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، ٢٠١٢.
- ٧- عدمان: مرزوق محمد، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، اطروحة مقدمة الى كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ٢٠٠٧-٢٠٠٨.
- ٨- مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، الاردن، الطبعة الثانية، ٢٠١٣.
- ٩- منظمة الصحة العالمية: شعبة خدمات الاشراف والادارة رقم ١، مصطلحات التخطيط والمراقبة والتقييم، اذار ٢٠٠٤.
- 10- Ministry of Health, Turkey, "Standards of Accreditation in Health" Hospital Kit – v1.1 /2015, ISBN: 978-975-590-544-0
- 11- Karra, Eleni D,& Demetrios, L k., " The Evaluation an Academic Institution Using The Balanced Scorecard (Academic Scorecard)", The Case of University of Macadonia, Thessaloniki, Greece,pp (16 1), 2010, www.ssrn.com.