



ب-۲ مراقبت‌های حاد و اورژانس

سطح	ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>ب-۲-۱-۱ * استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نمی‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی‌های غیر اورژانسی ❖ وجود برنامه مشخص برای استفاده از تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی بدون مخدوش نمودن ارائه خدمات به بیماران در انتظار بستری بخش‌های ویژه ❖ استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای انجام جراحی غیر اورژانسی بدون هرگونه ممانعت از پذیرش بیماران بدحال از بخش اورژانس، منعی ندارد.
سطح یک	<p>ب-۲-۱-۲ * نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی بیماران در انتظار بستری در بخش‌های ویژه قبل از انتقال توسط متخصص مربوط ❖ انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل ❖ حداقل نکات مورد توجه همراه داشتن مانیטورینگ (فشارسنج و پالس اکسی متر پرتابل) اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار و حضور پرستار برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار است.
سطح یک	<p>ب-۲-۱-۳ مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد" با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش ❖ مراقبت فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد در بخش‌های ویژه و خارج از بخش‌های ویژه <p>مراقبت و مانیטورینگ شامل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (پالس اکسی متری) است. کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخص‌های عملکردی از جمله نرخ مورتالیتی و واکنش و حساسیت تیم رهبری و مدیریت به نتایج پایش این شاخص قابل ارزیابی است. بدیهی است با توجه به تفاوت بخش‌های ویژه حتی در یک بیمارستان، مقادیر مطلق نرخ مورتالیتی مد نظر این استاندارد نیست. بلکه روند این شاخص در بازه‌های زمانی در یک بخش ویژه ارزیابی می‌شود.</p> <p>در خصوص نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مراقبت‌های تکاملی نوزادان و هم آغوشی مادر و نوزادان و انجام معاینه چشم نوزادان برنامه‌ریزی و انجام شود. کیفیت مراقبت از نوزادان با استفاده از برخی شاخص‌های عملکردی قابل ارزیابی است. از جمله پایین بودن نرخ مرگ در نوزادان نیازمند تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم موید کیفیت مراقبت نوزادان پرخطر است. خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیטورینگ مداوم بیماران حاد" شامل برنامه‌های مراقبتی برای بیماران حاد در انتظار بستری بخش‌های ویژه هم می‌شود.</p>
سطح دو	<p>ب-۲-۱-۴ * اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه تعیین شده و بر اساس آن عمل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین خط مشی و روش "نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه" با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش ❖ پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش <p>این خط مشی و روش با توجه به کمبود تخت‌های ویژه در اغلب بیمارستان‌ها نقش به‌سزایی در اولویت بندی ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران حاد و بحرانی دارد. لذا مشارکت تمامی متخصصین در تدوین آن بر مبنای منابع معتبر علمی و شرایط بومی بیمارستان بسیار راه‌گشا می‌باشد. همچنین در این خط مشی و روش لازم است، نحوه اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص نوزادان در بخش‌های ویژه تبیین شود.</p>



سطح دو	ب-۱-۲-۵ جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش‌های ویژه تعریف شده است و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مشخص بودن مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران به نحوی که هیچگونه خلل/تاخیری در مراقبت‌های مستمر پزشکی نباشد ❖ انجام ویزیت‌های روزانه در سه نوبت صبح، عصر و شب توسط رهبری بالینی بیمار و مشاوره‌های تخصصی درخواست شده ❖ بررسی پاسخ بیمار به مراقبت و درمان‌های ارائه شده ❖ بازنگری مستمر برنامه مراقبت و درمان
	<p>با عنایت به ارائه مراقبت‌ها و درمان توسط جمع کثیری از پزشکان مشاور و آسیب پذیری بیمار در شرایط حاد و بحرانی هدایت بالینی بیماران در بخش‌های ویژه توسط رهبری بالینی واحد یک ضرورت اساسی است.</p> <p>➤ بخش‌های ویژه به لحاظ کیفیت مراقبت در سطوح سه گانه، سطح بندی می‌شوند</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به صورت باز ۲. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به صورت نیمه بسته/نیمه باز ۳. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به صورت بسته <p>رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه با شیوه بسته و با حضور متخصص مراقبت‌های ویژه^۱ مقیم و حداقل سه بار راند بیمار در طول شبانه روز بالاترین مرتبه کیفی خدمات به بیماران بستری در بخش‌های ویژه را تامین می‌نماید. شیوه‌های نیمه بسته حتی با حضور متخصص بیهوشی/متخصص داخلی مقیم رتبه دوم کیفیت را تامین می‌کند و رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در مراقبت‌های ویژه با شیوه باز و بدون حضور پزشک متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم/متخصص بیهوشی مقیم/متخصص داخلی مقیم، پایین‌ترین سطح کیفیت مراقبتی ارزیابی می‌شوند. تعیین مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران با توجه به حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم، شرایط بیمار، نظریه پزشک معالج برنامه‌ریزی می‌شود. در بخش‌هایی که متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم دارد طبیعتاً رهبری بالینی غالباً به عهده ایشان بوده و هدایت بالینی با روش بسته برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. لذا مدیریت مشاوره‌ها و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران با اطلاع پزشک معالج اما توسط متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم انجام می‌شود. اما در صورت صلاحدید پزشک معالج و یا عدم حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم در هدایت بالینی با شیوه نیمه بسته خواهد بود. بدیهی است تداوم رهبری بالینی توسط پزشک معالج مشروط به حداقل ویزیت روزانه و محوریت او با هماهنگی متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم در هدایت بالینی با شیوه نیمه بسته خواهد بود. بدیهی است مقیم رهبری بالینی به صورت نیمه بسته خواهد بود و با همفکری و حضور مستمر و روزانه پزشک معالج و هماهنگی و مشورت با متخصص بیهوشی مقیم برنامه‌ریزی شود. رهبری بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در بالاترین سطح کیفی بر عهده فوق تخصص نوزادان و با شیوه بسته است.</p> <p>✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.</p>
سطح دو	ب-۱-۲-۶ * تامین امکانات تشخیصی و درمانی قابل ارائه بر بالین بیماران حاد به نحوی است که ضرورتی برای انتقال بیمار به خارج از بخش نیست.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی رادیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه ❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی سونوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه ❖ امکان ارائه خدمات تشخیصی اکوکاردیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه ❖ امکان انجام دیالیز بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه
	<p>وجود دستگاه‌های همودیالیز و سایر تجهیزات تشخیصی اختصاصی برای بخش‌های ویژه کمتر از ۱۰ تخت توصیه موکد بوده اما در بخش‌های ویژه بیش از ۱۰ تخت الزامی است. همچنین استفاده از تجهیزات مناسب و پرتابل آن‌ها و ممانعت از جابجایی بیماران الزامی می‌باشد. استفاده از مشاوره نفرولوژیست/متخصص مراقبت‌های ویژه/متخصص داخلی آموزش دیده و حضور پرستار آموزش دیده جهت ارائه خدمت همودیالیز در بخش ویژه در زمان دیالیز الزامی است.</p>
سطح سه	ب-۱-۲-۷ * مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه با شرایط مشابه با بخش‌های ویژه ارائه می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاهی پزشکان و پرستاران مراقب بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه از خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" ❖ ارائه مراقبت به بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" ❖ تامین تجهیزات، امکانات و ملزومات مورد نیاز بیماران حاد برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه تا زمان انتقال به بخش ویژه ❖ استفاده از پرستار آموزش دیده بخش‌های ویژه برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه
	<p>مراقبت‌های پرستاری با شیوه مستمر و مشابه بخش‌های ویژه ارائه شود. همچنین بررسی‌های پزشکی و مراقبت‌های تجهیزاتی مشابه بخش‌های ویژه برنامه‌ریزی و حداقل در سه راند ویزیت بیماران توسط پزشک دیصلاح برنامه‌ریزی و انجام شود. در صورت بستری نمودن بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه در بخش‌های عادی/اورژانس ضمن انتقال بیمار به اتاق‌های در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیب‌های روحی به سایر بیماران در صورت موافقت همراه، در اتاق خصوصی بستری و در غیر این صورت بیمار/بیماران اتاق استقرار آن‌ها از بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شود</p>

¹ Intensivist