

National Quality and Safety Goals – 2021

الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصحية - 2021

أهداف المستشفيات – Hospital Goals

NQSG.1 Emergency preparedness and effective management of outbreaks/pandemics.

Goal Requirements:

1. The hospital has a documented outbreak/pandemic preparedness and response plan, in line with national preparedness and response plans.
2. An emergency response team is formed in order to deal and respond to outbreaks/pandemics and a focal person is assigned.
3. clear and accurate internal and external communication channels are established and utilized to ensure effective coordination and response.
4. Appropriate measures for the effective management of outbreaks/pandemics are taken as available and applicable, including:
 - a. Updated evidence-based protocols related to (triaging, diagnosis, case management, infection prevention and control)
 - b. Deployment of human resources.
 - c. Training & education
 - d. Procurement of PPEs, testing equipment, and supplies, with defined alternative sources.
 - e. Alternative service delivery methods (e.g. referrals, follow up, outreach, etc.)
5. Compliance of staff, patients, and visitors with established infection prevention and control protocols is ensured.
6. Relevant staff members are oriented on their roles and responsibilities related to outbreak/pandemic preparedness and response plan.

Survey Process

Documents

- Review the outbreak/pandemic preparedness and response plan.
- Review emergency response team Terms of References.

	<ul style="list-style-type: none"> Review documentations related to staff training and education. Review established protocols. Review data related to compliance levels with established infection prevention and control protocols.
Interview	<ul style="list-style-type: none"> Interview hospital leaders on process followed to ensure the availability of staff, supplies, and alternative service delivery methods. Interview staff and ask about their roles and responsibilities with regards to outbreak/pandemic preparedness and response plan.
Observation	<ul style="list-style-type: none"> Observe availability of PPEs, essential supplies, and equipment. Observe compliance with established protocols.

الهدف الأول التأهب للطوارئ والإدارة الفعالة لتفشي الأوبئة و/أو الجوائح

متطلبات تحقيق الهدف

1. لدى المستشفى خطة موثقة للتعامل مع الجائحة والاستجابة لها، بما يتماشى مع خطط التأهب والاستجابة الوطنية
2. تم تشكيل فريق الاستجابة للطوارئ للتعامل مع حالات تفشي الأوبئة / الجائحة وتم تعيين شخص مرجعي للفريق
3. توجد قنوات اتصال داخلية وخارجية واضحة ودقيقة ويتم استخدامها لضمان التنسيق والاستجابة الفعالة
4. تم اتخاذ التدابير المناسبة للإدارة الفعالة لتفشي الأوبئة/الجائحة حسب توافرها وقابليتها للتطبيق، والتي تتضمن:
 - بروتوكولات محدثة قائمة على أدلة علمية متعلقة بـ (الفرز، والتشخيص، وإدارة الحالات، والوقاية من العدوى ومكافحتها)
 - توفير الموارد البشرية
 - التدريب والتعليم
 - توفير معدات الوقاية الشخصية وأجهزة الفحص والإمدادات اللازمة مع تحديد مصادر بديلة.
5. توجد اجراءات لمراقبة التزام الموظفين والمرضى والزائرين بتطبيق بروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها
6. يتم توجيه الموظفين المعنيين بشأن أدوارهم ومسؤولياتهم المتعلقة بخطة التأهب للفاشية / الجائحة والاستجابة لها

عملية التقييم	
مراجعة الوثائق	<ul style="list-style-type: none"> • قم بمراجعة خطة الاستعداد للتعامل مع الأوبئة/الجائحة والاستجابة لها • قم بمراجعة الشروط المرجعية لفريق الاستجابة للطوارئ • قم بمراجعة الوثائق والسجلات المتعلقة بتدريب وتثقيف العاملين • قم بمراجعة البروتوكولات المطبقة • قم بمراجعة البيانات المتعلقة بمستويات الامتثال لبروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها
مقابلة	<ul style="list-style-type: none"> • قم بمقابلة قادة المستشفى بشأن الإجراءات المتبعة لضمان توافر الموظفين والإمدادات وطرق تقديم

الخدمة البديلة	
<ul style="list-style-type: none"> • قم بمقابلة الموظفين بشأن أدوارهم ومسؤولياتهم فيما يتعلق بالتأهب للجائحة وتطبيق خطة الاستجابة 	
<ul style="list-style-type: none"> • ملاحظة توفر وسائل الحماية الشخصية، الإمدادات الأساسية، والأجهزة • ملاحظة مدى الالتزام بالبروتوكولات المعمول بها 	ملاحظة

NQSG.2: Appropriate Use of Antibiotics

Goal Requirements:

1. There is a program for antibiotics stewardship in the hospital, which addresses:
 - a. Goals and objectives
 - b. Scope
 - c. Policies and procedures for antibiotics
 - d. List of restricted antibiotics
 - e. Approval process for prescribed antibiotics
2. A committee of multidisciplinary team(s) supports the implementation of the program. The multidisciplinary team may include (infection disease physicians, nurses, pharmacist, clinical pharmacist, infection preventionist, quality improvement specialist, microbiologist, etc...)
3. An updated antibiogram guides the prescription of antibiotics to patients
4. Performance measures for improving antibiotic use are developed and monitored. Results are disseminated internally and externally to the relevant staff members/parties, as required.
5. Actions for improvement are taken, and the achieved improvements are maintained and incorporated in day to day activities and used to evaluate and improve the program.
6. The hospital participates in raising the community awareness and understanding of antimicrobial resistance through effective communication and education and training. Evidence of participation is available.

Survey Process	
Documents	<ul style="list-style-type: none"> • Review documented antibiotic stewardship program. • Review the term of reference for the multidisciplinary committee responsible for supporting the program. • Review documented and updated antibiogram, disseminated and available to physicians to guide the prescription of antibiotics to patients. • Review documented data regarding the monitoring of identified antibiotic's prescription and use, and implemented performance measure. • Review training records and material intended to increase awareness on antimicrobial resistance to the hospital's staff and community.

Interview	<ul style="list-style-type: none"> Interview committee members responsible for antibiotic stewardship on actions implemented to improve the use of antibiotics in the hospital.
Observation	NA

الهدف الثاني الاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية

متطلبات تحقيق الهدف

1. يتوفر برنامج لإدارة المضادات الحيوية في المستشفى، يتضمن:
 - أ. المقاصد والاهداف
 - ب. نطاق الخدمة
 - ت. السياسات والإجراءات فيما يخص المضادات الحيوية.
 - ث. قائمة بالمضادات الحيوية المقيدة
 - ج. عملية الموافقة على المضادات الحيوية الموصوفة
2. يتم تشكيل لجنة تتكون من فريق (فرق) متعددة التخصصات لدعم تنفيذ البرنامج. قد يشمل الفريق متعدد التخصصات (مثال: أطباء أمراض معدية، والتمريض، وصيديلي، والصيدلي السريري، واختصاصي الوقاية من العدوى، وأخصائي تحسين الجودة، وأخصائي أحياء دقيقة، الخ ...)
3. يتوفر نظام محدث لترصد مقاومة المضادات الحيوية المبني على نتائج الفحوصات المخبرية فيما يخص حساسية الميكروبات للمضادات الحيوية (antibiogram) في توجيه عملية وصف المضادات الحيوية للمرضى.
4. يتم تطوير وتنفيذ مقاييس لتحسين استخدام المضادات الحيوية. يتم تعميم نتائج تحسين الأداء على الاشخاص و /أو الأطراف المعنية داخل وخارج المستشفى، كما تقتضي الحاجة.
5. يتم اتخاذ الإجراءات التي تؤدي الى التحسين المستدام وإدراجها في الأنشطة اليومية وتستخدم في تقييم وتحسين البرنامج.
6. يشارك المستشفى في فعاليات توعوية ضمن المجتمع المحلي فيما يخص مقاومة المضادات الحيوية من خلال التواصل الفعال والتدريب. يتوفر دليل على مشاركة المستشفى.

عملية التقييم	
مراجعة الوثائق	<ul style="list-style-type: none"> • قم بمراجعة برنامج الاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية المطبق في المستشفى • قم بمراجعة الشروط المرجعية الخاصة باللجنة متعددة التخصصات المسؤولة عن دعم البرنامج. • قم بمراجعة الـ Antibiogram المحدث والمعمم على الكوادر المعنية ومن ضمنهم الأطباء • قم بمراجعة البيانات الموثقة فيما يتعلق بمراقبة نسب وصف واستخدام مضادات حيوية منتقاة، ونتائج قياس مؤشرات الأداء. • مراجعة سجلات التدريب والمواد التي تهدف إلى زيادة الوعي العاملين والمجتمع حول الاستخدام

الأمثل للمضادات والحد من المقاومة.	
<ul style="list-style-type: none"> مقابلة أعضاء اللجنة المسؤولين عن الإشراف على المضادات الحيوية بشأن الإجراءات المنفذة لتحسين استخدام المضادات الحيوية في المستشفى. 	مقابلة
<ul style="list-style-type: none"> لا ينطبق 	ملاحظة

NQSG.3 Safe working environment to health care providers

Goal Requirements:

- There is a documented occupational health and safety program available to all staff, which includes:
 - Identification of work-related risks and hazards for each employee considering (medical conditions, work related illness, and work restrictions)
 - Instituted preventive measures to reduce occupational exposure to hazards
 - Exposure management and follow up
 - Implemented measures to protect staff against violence, bullying and harassment
 - Staff awareness and training
- A process is in place to provide data on work related incidents and injuries, including those related to hazardous materials and wastes.
- Staff member's education and training on the risks within the hospital environment and their job-related risks is provided and documented.
- Mechanisms to manage occupational related illnesses are available.
- Evidence related to program implementation is available, including: periodic inspections, work related incidents and injuries reporting, and corrective and preventive actions taken.

Survey Process	
Documents	<ul style="list-style-type: none"> Review the hospital's staff health program, to verify its components. Review documentation of hazards identifications and assessment, and means to prevent them in the hospital. Review evidence of program implementation, including: (periodic inspections, incident reporting, corrective and preventive actions taken).

Interview	<ul style="list-style-type: none"> Interview hospital risk management, quality, and infection prevention programs on their contribution in the staff health and safety program development and implementation.
Observation	<ul style="list-style-type: none"> Observe while touring the facility, the precautions that have been taken to minimize or prevent work-related incidents and/or injuries, e.g., personal protective equipment.

الهدف الثالث ضمان بيئة عمل آمنة لمقدمي الرعاية الصحية

متطلبات تحقيق الهدف

1. يوجد برنامج موثق للصحة والسلامة المهنية متاح لجميع الموظفين، والذي يشمل:
 - تحديد المخاطر والمخاطر المتعلقة بالعمل لكل موظف مع مراعاة (الظروف الطبية، والأمراض المرتبطة بالعمل، وقيود العمل)
 - تدابير وقائية مقرررة للحد من التعرض المهني للمخاطر
 - التعامل مع التعرض المهني للمخاطر/الإصابات ومتابعتها
 - تدابير لحماية الموظفين من العنف والإساءة والمضايقات
 - توعية وتدريب الموظفين
2. توجد عملية لتوفير بيانات عن الحوادث والإصابات المتعلقة بالعمل، بما في ذلك تلك المتعلقة بالمواد والنفائات الخطرة.
3. يتم توفير وتوثيق تدريبات الموظفين وتثقيفهم على المخاطر داخل بيئة المستشفى والمخاطر المتعلقة بوظيفتهم
4. تتوفر آليات لإدارة الأمراض المتعلقة بالمهنة
5. توجد أدلة متعلقة بتنفيذ البرنامج، بما في ذلك: عمليات التفتيش الدورية، والإبلاغ عن الحوادث والإصابات المتعلقة بالعمل، والإجراءات التصحيحية والوقائية المتخذة.

عملية التقييم	
مراجعة الوثائق	<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة برنامج صحة العاملين بالمستشفى للتحقق من اكتمال مكوناته • مراجعة وثائق تحديد المخاطر وتقييمها، ووسائل الوقاية منها في المستشفى • مراجعة أدلة تنفيذ البرنامج، بما في ذلك: (عمليات التفتيش الدورية، والإبلاغ عن الحوادث، والإجراءات التصحيحية والوقائية المتخذة).
مقابلة	<ul style="list-style-type: none"> • مقابلة القائمين على إدارة المخاطر والجودة وبرامج الوقاية من العدوى في المستشفى حول مساهمته في تطوير وتنفيذ برنامج صحة وسلامة الموظفين.

● لاحظ أثناء التجول في المنشأة، الاحتياطات التي تم اتخاذها لتقليل أو منع الحوادث و / أو الإصابات المتعلقة بالعمل، على سبيل المثال، معدات الحماية الشخصية.	ملاحظة

Primary Healthcare Centers Goals – أهداف مراكز الرعاية الصحية الأولية

NQSG.1 Emergency preparedness and effective management of outbreaks/pandemics.

Goal Requirements:

1. The center has a documented outbreak/pandemic preparedness and response plan, in line with national preparedness and response plans.
2. An emergency response team is formed in order to deal and respond to outbreaks/pandemics and a focal person is assigned.
3. clear and accurate internal and external communication channels are established and utilized to ensure effective coordination and response.
4. Appropriate measures for the effective management of outbreak/pandemic are taken as available and applicable, including:
 - a. Updated evidence-based protocols related to (triaging, referral, infection prevention and control)
 - b. Deployment of human resources.
 - c. Training & education
 - d. Procurement of PPEs, testing equipment, and supplies, with defined alternative sources.
5. Compliance of staff, patients, and visitors with established infection prevention and control protocols is ensured.
6. Relevant staff members are oriented on their roles and responsibilities related to outbreak/pandemic preparedness and response plan.

Survey Process	
Documents	<ul style="list-style-type: none"> • Review the outbreak/pandemic preparedness and response plan. • Review emergency response team Terms of References. • Review documentations related to staff training and education. • Review established protocols. • Review data related to compliance levels with established infection prevention and control protocols.
Interview	<ul style="list-style-type: none"> • Interview center leaders on process followed to ensure the availability of staff, supplies, and alternative service delivery methods. • Interview staff and ask about their roles and responsibilities with regards to outbreak/pandemic preparedness and response plan.

Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Observe availability of PPEs, essential supplies, and equipment. • Observe compliance with established protocols.
--------------------	--

الهدف الأول التأهب للطوارئ والإدارة الفعالة لتفشي الأوبئة و/أو الجوائح

متطلبات تحقيق الهدف

7. لدى المركز خطة موثقة للتعامل مع الجائحة والاستجابة لها، بما يتماشى مع خطط التأهب والاستجابة الوطنية
8. تم تشكيل فريق الاستجابة للطوارئ للتعامل مع حالات تفشي الأوبئة / الجائحة وتم تعيين شخص مرجعي للفريق
9. توجد قنوات اتصال داخلية وخارجية واضحة ودقيقة ويتم استخدامها لضمان التنسيق والاستجابة الفعالة
10. تم اتخاذ التدابير المناسبة للإدارة الفعالة لتفشي الأوبئة/الجائحة حسب توافرها وقابليتها للتطبيق، والتي تتضمن:
 - بروتوكولات محدثة قائمة على أدلة علمية متعلقة ب (الفرز، والتشخيص، وإدارة الحالات، والوقاية من العدوى ومكافحتها)
 - توفير الموارد البشرية
 - التدريب والتعليم
 - توفير معدات الوقاية الشخصية وأجهزة الفحص والإمدادات اللازمة مع تحديد مصادر بديلة.
11. توجد اجراءات لمراقبة التزام الموظفين والمرضى والزائرين بتطبيق بروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها
12. يتم توجيه الموظفين المعنيين بشأن أدوارهم ومسؤولياتهم المتعلقة بخطة التأهب للجائحة / الجائحة والاستجابة لها

عملية التقييم	
	مراجعة الوثائق
<ul style="list-style-type: none"> • قم بمراجعة خطة الاستعداد للتعامل مع الأوبئة/الجائحة والاستجابة لها • قم بمراجعة الشروط المرجعية لفريق الاستجابة للطوارئ • قم بمراجعة الوثائق والسجلات المتعلقة بتدريب وتثقيف العاملين • قم بمراجعة البروتوكولات المطبقة • قم بمراجعة البيانات المتعلقة بمستويات الامتثال لبروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها 	
	مقابلة
<ul style="list-style-type: none"> • قم بمقابلة قادة المركز بشأن الإجراءات المتبعة لضمان توافر الموظفين والإمدادات وطرق تقديم الخدمة البديلة • قم بمقابلة الموظفين بشأن أدوارهم ومسؤولياتهم فيما يتعلق بالتأهب للجائحة وتطبيق خطة الاستجابة 	
	ملاحظة
<ul style="list-style-type: none"> • ملاحظة توفر وسائل الحماية الشخصية، الإمدادات الأساسية، والأجهزة • ملاحظة مدى الالتزام بالبروتوكولات المعمول بها 	

NQSG.2 Accessibility and continuity of the center's services to all clients are ensured.

Goal Requirements:

1. A collaborative process is followed to define barriers compromising access and continuity of care, with contribution from:(service providers, center leaders, clinical leaders, clients, community members, etc.)
2. Action plans are developed to eliminate or minimize identified barriers, including:
 - a. List of essential services (e.g. immunization, chronic medications, etc.)
 - b. List of defined barriers (e.g. geographical, environmental, structural, etc.)
 - c. Arrangements and communications with public health authorities to overcome barriers.
 - d. Alternative service delivery mechanisms (e.g. medication home-delivery, remote health counseling, hot line, online groups, etc.), as applicable.
3. Clients are informed of alternative service delivery mechanisms and how to utilize them.
4. Staff members are oriented on their roles in ensuring continuity of services and possible alternative delivery mechanisms.

Survey Process	
Documents	<ul style="list-style-type: none"> • Review procedure related to defining the barriers to access care and barriers to service continuity. • Review action plan for minimizing and overcoming access barriers • Review alternative service delivery strategies implemented to ensure the continuity of services in all circumstances.
Interview	<ul style="list-style-type: none"> • Interview the Center's leadership/leadership team and service providers and ask regarding the process they have followed to define and minimize the barriers, and ask what the main challenges they and the clients usually encounter.
Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Observe the center's physical environment and check if its support the easy access to care. e.g. emergency entrance • Observe the process of care (assessment, treatment, discharge and referral and check if its support the access to care. • Observe alternative service delivery methods, when available.

الهدف الثاني ضمان إمكانية الوصول إلى خدمات المركز واستمراريتها لجميع العملاء

متطلبات تحقيق الهدف

1. يتم اتباع عملية تعاونية لتحديد العوائق التي تعرقل الوصول إلى الرعاية واستمراريتها، بمساهمة من: (مقدمو الخدمات، وقادة المراكز، والكادر الطبي، والعملاء، وأفراد المجتمع، وما إلى ذلك)
2. يتم تطوير خطط عمل لإزالة أو تقليل الحواجز المحددة، وتتضمن:
 - قائمة الخدمات الأساسية (مثل التطعيم والأدوية المزمنة وما إلى ذلك)
 - قائمة الحواجز المحددة (على سبيل المثال، الجغرافية، والبيئية، والهيكلية، وما إلى ذلك)
 - الترتيبات والاتصالات مع سلطات الصحة العامة للتغلب على العوائق.
 - آليات تقديم الخدمة البديلة (مثل توصيل الأدوية إلى المنزل، والاستشارات الصحية عن بُعد، والخط الساخن، والمجموعات عبر الإنترنت، وما إلى ذلك)، حسب الاقتضاء.
3. يتم إبلاغ العملاء بآليات تقديم الخدمات البديلة وكيفية الاستفادة منها.
4. يتم توجيه الموظفين بشأن أدوارهم في ضمان استمرارية الخدمات وآليات تقديم الخدمة بطريق بديلة.

عملية التقييم	
مراجعة الوثائق	<ul style="list-style-type: none"> • قم بمراجعة الإجراءات المتعلقة بتحديد العوائق التي تحول دون الوصول إلى الرعاية والحواجز التي تحول دون استمرارية الخدمة • قم بمراجعة خطة العمل المعدة لتقليل والتغلب على حواجز الوصول • قم بمراجعة استراتيجيات تقديم الخدمات البديلة المطبقة لضمان استمرارية الخدمات في جميع الظروف
مقابلة	<ul style="list-style-type: none"> • قم بمقابلة فريق قيادة المركز ومقدمي الخدمات واسأل عن العملية التي اتبعوها لتحديد العوائق وتقليلها
ملاحظة	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبة البيئة المادية للمركز والتحقق مما إذا كان دعمها يسهل الوصول إلى الرعاية. على سبيل المثال مدخل الطوارئ • ملاحظة طرق تقديم الخدمة البديلة.

NQSG.3 Safe working environment to all staff members.

Goal Requirements:

1. There is a documented occupational health and safety program available to all staff, which includes:
 - a. Identification of work-related risks and hazards for each employee considering (medical conditions, work related illness, and work restrictions)
 - b. Instituted preventive measures to reduce occupational exposure to hazards
 - c. Exposure management and follow up
 - d. Implemented measures to protect staff against violence, bullying and harassment
 - e. Staff awareness and training
2. A process is in place to provide data on work related incidents and injuries, including those related to hazardous materials and wastes.
3. Staff member’s education and training on their job-related risks is provided and documented.
4. Mechanisms to manage occupational related illnesses are available.
5. Evidence related to program implementation is available, including: periodic inspections, work related incidents and injuries reporting, and corrective and preventive actions taken.

Survey Process	
Documents	<ul style="list-style-type: none"> • Review the center’s staff health program, to verify its components. • Review documentation of hazards identifications and assessment, and means to prevent them in the center. • Review evidence of program implementation, including: (periodic inspections, incident reporting, corrective and preventive actions taken).
Interview	<ul style="list-style-type: none"> • Interview centers leader on the implementation of staff on occupational health and safety program
Observation	<ul style="list-style-type: none"> • Observe while touring the facility, the precautions that have been taken to minimize or prevent work-related incidents and/or injuries, e.g., personal protective equipment.

الهدف الثالث ضمان بيئة عمل آمنة لمقدمي الرعاية الصحية

متطلبات تحقيق الهدف

1. يوجد برنامج موثق للصحة والسلامة المهنية متاح لجميع الموظفين، والذي يشمل:
 - تحديد المخاطر والمخاطر المتعلقة بالعمل لكل موظف مع مراعاة (الظروف الطبية، والأمراض المرتبطة بالعمل، وقيود العمل)
 - تدابير وقائية مقرررة للحد من التعرض المهني للمخاطر
 - التعامل مع التعرض المهني للمخاطر/الإصابات ومتابعتها
 - تدابير لحماية الموظفين من العنف والإساءة والمضايقات
 - توعية وتدريب الموظفين
2. توجد عملية لتوفير بيانات عن الحوادث والإصابات المتعلقة بالعمل، بما في ذلك تلك المتعلقة بالمواد والنفائات الخطرة.
3. يتم توفير وتوثيق تدريبات الموظفين وتثقيفهم على المخاطر داخل بيئة المركز والمخاطر المتعلقة بوظيفتهم
4. تتوفر آليات لإدارة الأمراض المتعلقة بالمهنة
5. توجد أدلة متعلقة بتنفيذ البرنامج، بما في ذلك: عمليات التفتيش الدورية، والإبلاغ عن الحوادث والإصابات المتعلقة بالعمل، والإجراءات التصحيحية والوقائية المتخذة.

عملية التقييم	
مراجعة الوثائق	<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة برنامج صحة العاملين بالمستشفى للتحقق من اكتمال مكوناته • مراجعة وثائق تحديد المخاطر وتقييمها، ووسائل الوقاية منها في المركز • مراجعة أدلة تنفيذ البرنامج، بما في ذلك: (عمليات التفتيش الدورية، والإبلاغ عن الحوادث، والإجراءات التصحيحية والوقائية المتخذة).
مقابلة	<ul style="list-style-type: none"> • مقابلة القائمين على إدارة المخاطر والجودة وبرامج الوقاية من العدوى في المركز حول مساهمته في تطوير وتنفيذ برنامج صحة وسلامة الموظفين.
ملاحظة	<ul style="list-style-type: none"> • لاحظ أثناء التجول في المنشأة، الاحتياطات التي تم اتخاذها لتقليل أو منع الحوادث و / أو الإصابات المتعلقة بالعمل، على سبيل المثال، معدات الحماية الشخصية.