



عنوان دوره آموزشی:

آشنایی با دستورالعمل ها ، بخشنامه ها و سنجه های اعتبار بخشی در حوزه مددکاری

مرداد ۹۹



گروه هدف

مددکاران بهداشتی و درمانی معاونت درمان، مراکز آموزشی درمانی، بیمارستانها و شبکه های بهداشت و درمان

اهداف آموزشی

ارتقاء سطح دانش، نگرش و مهارت فراگیران در زمینه آشنایی با دستورالعمل، بخشنامه ها و سنجه ها و اعتباربخشی

مدت دوره: ۱۸ ساعت

روش و نحوه اجرای آموزش: کتابخوانی

نحوه ارزشیابی: آزمون چهار گزینه‌ای

سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از مهمترین نیازها و اساسی ترین حقوق مردم به رسمیت شناخته شده است. خوشبختانه در برنامه تحول نظام سلامت این مهم به عنوان یکی از اولویت های اصلی در دستور کار قرار گرفته است. در این میان، بی تردید فراهم نمودن مراقبتهای با کیفیت و ایمن یکی از مهمترین وظایف متولیان امر به شمار می رود.

اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین و شناخته شده ترین روشهای ارزیابی نظام مند مراکز ارائه خدمات سلامت، زمینه پیوند مدیریت ارشد با ارائه خدمات پزشکی با کیفیت و ایمن را به شیوه ای علمی فراهم می آورد در راستای دستیابی به این اهداف متعالی، علاوه بر استاندارد های مدون، انجام ارزیابی صحیح و دقیق با استفاده از ارزیابان حرفه ای و دارای دانش و تجربه کافی ضروری است.

در راستای پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی ملی سال ۱۳۹۸ (ویرایش چهارم)، وظایف گسترده و مهم مددکاران اجتماعی در حوزه های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. لذا در اینجا با نحوه پیاده سازی استانداردها و گام های اجرایی آشنا خواهیم شد.

فصل اول: آشنایی با حرفه مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی در بیمارستان یکی از قدیمی ترین حوزه های مددکاری اجتماعی در ایران بشمار می رود. برای مدتها متخصصین حوزه سلامت تنها به بعد جسمانی سلامت توجه داشتند و ابعاد دیگر آن به کلی مورد غفلت واقع می شد. سازمان بهداشت جهانی سلامت را به صورت چند بعدی مورد توجه قرار داده است، اما در ایران توجه به این ابعاد با تأخیر انجام گرفته است. حضور مددکاران اجتماعی در حوزه بهداشت و درمان عاملی مؤثر برای ارائه مداخلات چند بعدی به مراجعه کنندگان خواهد بود. مددکاری اجتماعی در بیمارستان به عنوان یک حوزه مهم فعالیت مددکاران اجتماعی از سالها قبل مورد توجه قرار گرفته و وظایف متعددی برای مددکاران اجتماعی در بیمارستانها برشمرده شده است. در همین راستا تحقیقات مختلفی به بررسی نقش مددکاران اجتماعی در مراقبت های بهداشتی پرداخته اند.

مقابله با مشکلات رفتاری، مداخله در بحران، سازماندهی جلسات خانواده و حمایت یابی، برنامه ریزی برای ترخیص، ارزیابی روانی و اجتماعی، آموزش، حمایت، مشاوره، مداخله در بحران و امداد رسانی جامعه ای از جمله نقش های مددکاران اجتماعی در بیمارستان است.

مددکاری چیست؟

مددکاری اجتماعی حرفه ای است مبتنی بر دانش، اصول، ارزشها، مهارتها و روشها که هدف از آن کمک به افراد، گروه ها و جامعه است تا بتوانند با تکیه بر توانایی ها و استفاده از منابع موجود برای حل مشکل و یا رفع نیاز خود اقدام کرده و به استقلال نسبی و رضایت خاطر دست یابند و پس از آن بتوانند تأثیرگذار نیز باشند.

سیستم ها یا شبکه های حمایتی پیرامون محیط زیست اجتماعی

چرا افراد، خانواده ها و گروه ها به مددکار رجوع می کنند؟ و مددکار چه می کند؟ در جوامع امروزی و عمدتاً در شهرها، افراد برای داشتن یک زندگی موفق و رضایت بخش نیازمند وابستگی و بهرمندی از شبکه های حمایتی یا سیستم های مختلف موجود در محیط زیست اجتماعی اند.

سیستم ها یا شبکه های حمایتی پیرامون افراد را به سه دسته عمده می توان تقسیم بندی کرد:

۱. سیستمهای طبیعی یا غیر رسمی، مانند شبکه یا سیستم خانواده، حلقه دوستان و آشنایان، همکاران، و

...

۲. سیستمها یا شبکه های رسمی، مانند گروههای اجتماعی فعال و رسمی در جامعه، اتحادیه های

کارگری، اتاق های بازرگانی، و غیره که افراد می توانند به دلخواه و یا اجبار عضو این شبکه باشند.

۳. سیستم ها یا شبکه های اجتماعی، نظیر بیمارستان ها، مدارس، سازمان تامین اجتماعی، و غیره

افراد به دلایل متفاوتی گاه از بهرمندی از این شبکه ها یا سیستم های اجتماعی محروم می شوند و

گاهی نیز کارکرد و ساختار این شبکه‌ها مختل و آشفته می‌شود و بنابراین، کسان زیادی از وابستگی به آنها ناتوان می‌شوند.

بطور کلی، افرادی که دچار مشکل هستند، شاید نتوانند از سیستم‌های کمک‌کننده به دلایل زیر برخوردار شوند: ممکن است برخی سیستم‌ها یا شبکه‌های مفید و ارزشمند در زندگی آنها اصلاً وجود نداشته باشند و یا در صورت وجود، شایستگی و کارایی لازم را برای برطرف کردن مشکلات خاص آنها نداشته باشند.

بعنوان مثال، برخی از افراد مسن ممکن است فامیل یا بستگان نزدیک نداشته باشند و یا حتی همسایگان خوب و خیری درجوارشان نباشد. بنابراین، می‌توان گفت که چنین افرادی فاقد آن نوع از سیستم‌ها یا شبکه‌های رسمی و غیر رسمی در زندگی هستند.

کسان بسیار زیادی ممکن است از وجود و خاصیت وجودی این سیستم‌های کمک‌کننده بی‌خبر باشند، و یا بدلایلی، مایل به استفاده از این شبکه‌ها نباشند. بعنوان مثال، کودکی که مورد سوء استفاده و آزار والدین قرار دارد، ممکن است نداند که برای دریافت کمک به کجا مراجعه کند، و یا از مراجعه به پلیس و سایر نهادهای کمک‌رسان هراس داشته باشد که مبادا او را از والدینش جدا کنند، چرا که در هر حال آنها را دوست دارد.

گاهی ممکن است سیستم‌های کمک‌کننده و یا شبکه‌های حمایتی مختلف با یکدیگر در تضاد باشند و یا در کار یکدیگر مداخله و کارشکنی کنند، مثلاً شاید راهکارهای ارائه شده توسط فامیل و یا شبکه دوستان در تضاد با راهکارهای قانونی و نهادهای اجتماعی باشند.

با توجه به آنچه بیان شد، مددکار اجتماعی سعی می‌کند عواملی را که در تعامل بین مددجویان و محیط زیست پیرامونشان ایجاد مشکل می‌کنند را کشف و شناسایی کند و به مددجو کمک کند که درک درستی از علل و عوامل تولید کننده مشکل پیدا کرده و با کمک مددکار بتواند راه‌های برون رفت از آن مشکل را شناخته و در جهت حل و یا رفع مشکل خود اقدام نماید. مددکاران اجتماعی بر حسب شرایط و موقعیت‌های مختلف مددجویان، نقش‌های متفاوتی را از قبیل: مداخله‌گری، مدافعه یا دفاع از حقوق فرد، تسهیل، واسطه، رابطه، فراهم‌کننده امکانات، مشاوره، ایفا می‌کنند. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ سلامتی را چنین تعریف کرد: وضعیتی ناشی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی که منظور از آن صرفاً نبود بیماری یا ضایعه نیست.

جایگاه حرفه مددکاری اجتماعی

امروزه مفهوم سلامت تنها مباحث درمانی را در بر نمی گیرد، بلکه تمام عرصه های اجتماعی، روانی، معنوی و اقتصادی را در می نوردد و در تمام ابعاد زندگی انسان مصداق و معنی پیدا می کند. نگاه همه جانبه به موضوع سلامت یک ضرورت انکارناپذیر و اولویت مبین است. در سالهای اخیر تغییر پارادایمی نسبت به تفکرات پیرامون سلامت مشاهده می شود. پارادایم قدیم بر بیماری تأکید می کرد درحالیکه پارادایم جدید بر سلامت، عملکرد و بهزیستی (آسایش) تأکید می کند.

مفهوم سازی مدل سلامت

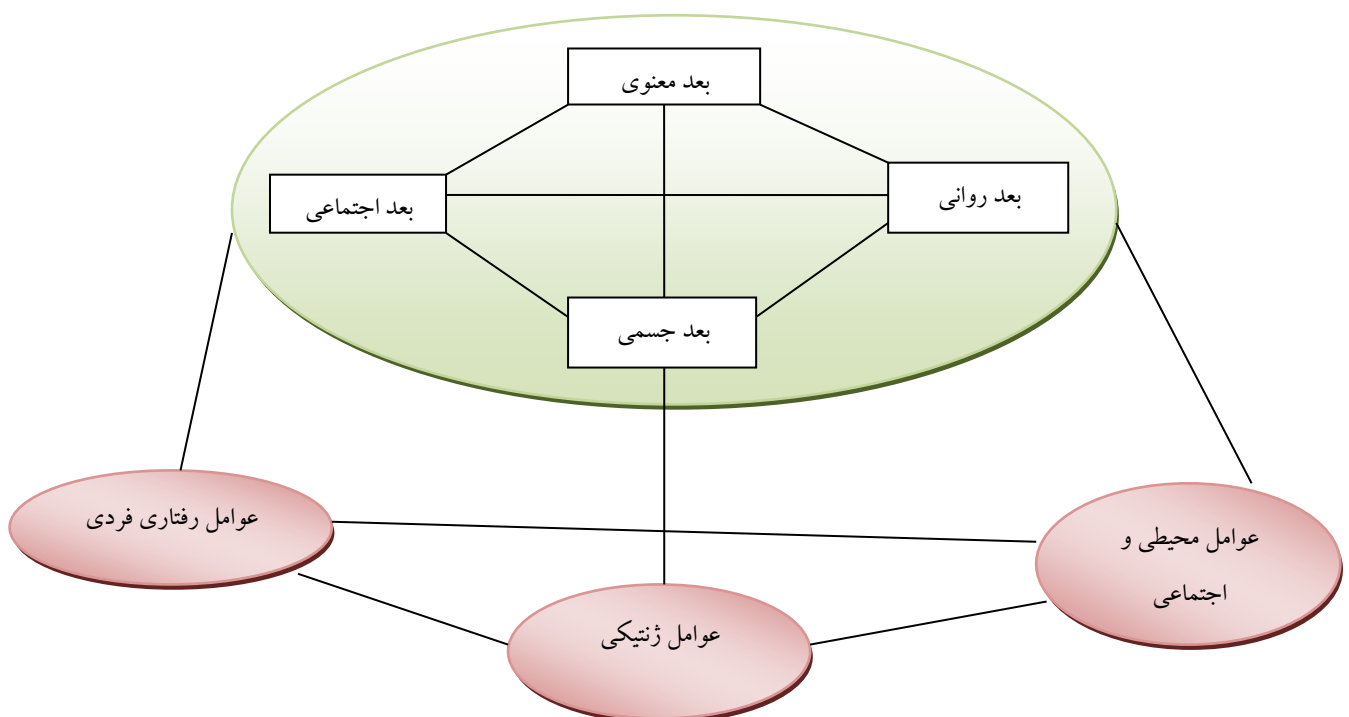
به طور کلی چهار مدل اصلی برای مفهوم سازی سلامت ارائه شده است:

جدول شماره ۱: مدل های سلامت

تعریف	مدل
فقدان بیماری یا ناتوانی	مدل پزشکی
رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و نقص.	مدل سازمان بهداشت جهانی
ارتقاء سلامت و پیشرفت به سوی عملکرد، انرژی و آسایش بالاتر و انسجام ذهن، جسم و روان	مدل آسایش
سازگاری و تطابق با محیط های فیزیکی و اجتماعی - تعادلی فارغ از درد بی مورد، ناراحتی یا ناتوانی	مدل محیطی

از سوی دیگر، ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند:

شکل شماره یک: اثرات متقابل ابعاد سلامت



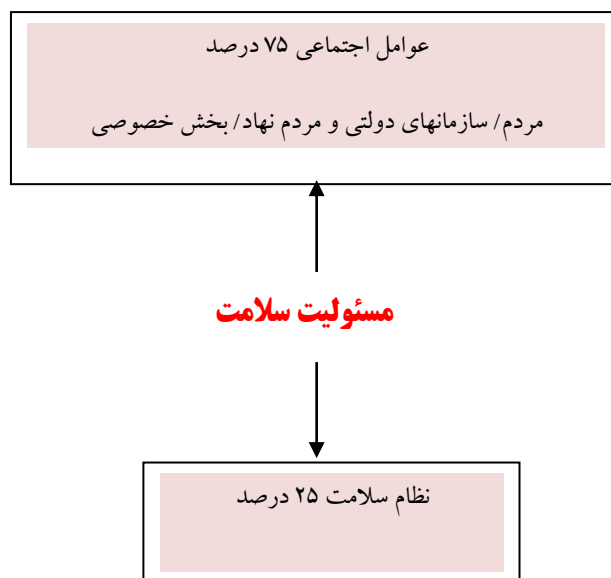
عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) به شرایط اجتماعی که انسانها در طول چرخه حیات شان در آن زندگی و کار می کنند توجه دارد. این مهم بر این تاکید دارد که مسئولیت تأمین سلامت افراد جامعه تنها برعهده بخش درمانی نمی باشد و بخشهای مختلفی همچون مردم، خانواده، جوامع، جامعه مدنی، کشورها و سازمانهای بین المللی می بایست در دستیابی SDH مشارکت داشته باشند، در جوامع بین الملل به رسمیت شناخته شده است. عوامل مؤثر بر سلامت، هم در درون شخص و هم در بیرون از او قرار دارند. این عوامل برهم اثر می کنند و از این تعامل ممکن است سلامت، ارتقاء یا کاهش یابد.

شکل شماره دو: مولفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت



بطور کلی مطالعات نشان می دهند 75 درصد مسئولیت سلامت مربوط به عوامل خارج از سیستم بهداشت و درمان است.

شکل شماره سه:



در این میان مددکاران اجتماعی، بعنوان نیروهای متخصص و آموزش دیده، مسبوق ترین گروه در سیستم بهداشت و درمان کشور هستند که بر روی مولفه های اجتماعی سلامت متمرکز بوده و هستند و در حال حاضر با بیش از 1000 نیرو در سیستم بهداشت و درمان کشور مشغول ارائه خدمت به بیماران هستند. در کشورهای توسعه یافته سالهاست، سیاستگذاران حوزه سلامت ضمن اشراف به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت به این مهم پی برده اند که مددکاران اجتماعی بهترین انتخاب برای ایجاد ارتباط بین ارکان گوناگون نظام بهداشت درمان در سطوح مختلف هستند. و در این راستا گام های موثری در ظرفیت سازی و توسعه خدمات مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت برداشته و توانسته اند در بستری یکپارچه به افزایش بهره وری و کاهش اتلاف هزینه، انرژی و زمان در ارائه خدمات نظام سلامت کمک نمایند.

مددکاری اجتماعی با تمرکز بر مشارکت اجتماعی، توانمندسازی، تقویت مسیولیت اجتماعی و عدالت اجتماعی و توجه به تفاوت ها، نگاهی همه جانبه به مقوله اجتماعی شدن نظام سلامت دارد و می توان با ظرفیت سازی، تقویت مهارتها و توانمندیها و نیز اتخاذ رویکردهای نوین در حوزه مددکاری اجتماعی به توسعه سبک زندگی سالم و ارتقای رضایتمندی گیرندگان خدمت کمک نمود.

خدمات مددکاری اجتماعی بهداشتی - درمانی

بر اساس یک نوع تقسیم بندی خدمات مددکاری اجتماعی بهداشتی - درمانی را میتوان در دو دسته کلی جای داد:

۱. حمایت های اجتماعی - روانی

۲. حمایت های اقتصادی

از گذشته تا به امروز به ویژه در محیط بیمارستان های جنرال مددکاران اجتماعی بسیار درگیر بعد اقتصادی بیمار و حمایت مادی از وی بوده و هستند. البته ممکن است بسیاری از مراجعین به دلیل مشکلات اقتصادی به مددکار اجتماعی بهداشتی - درمانی مراجعه نمایند، اما این مراجعه فرصت را برای مددکار اجتماعی ایجاد می کند که مسائل اجتماعی - روانی و فرهنگی مبتلا به وی را شناسایی کرده و خودکفایی، قادرسازی، کاهش احتمال بازگشت مجدد وی به بیمارستان کمک نماید. به طور ویژه مددکار اجتماعی بیمارستانی رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی به فعالیت دارد.

رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی مددکاری اجتماعی دیدگاه متعادل دقیقی فراهم می کند، که کلیت فرد را در محیطش در نظر می گیرد و به مددکاران اجتماعی کمک میکند تا نیازهای فرد را از منظر چند بعدی بررسی و ارزیابی کنند (برکمن والند، ۱۹۹۷: ۱۴۳). رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی سه جنبه عملکرد بیمار را که باهم همپوشانی دارند در نظر می گیرد. "زیستی" به ابعاد زیستی و پزشکی سلامت و تندرستی بیمار اشاره می کند، "روانی" به خود ارزشی، عزت نفس و منابع عاطفی بیمار تا آنجایی که به شرایط پزشکی ارتباط دارند اشاره می کند، "اجتماعی" به محیط اجتماعی که بیمار را فراگرفته و بر او تاثیر میگذارد اشاره دارد. این رویکرد اقتضا می کند مددکار اجتماعی هر یک از این حیطه ها را بررسی و ارزیابی نماید تا درک و شناخت کاملی از بیمار بدست آورد (راک 2002). این رویکرد از فعالیت همچنین به بینش کل نگر اشاره می کند،

زیرا به دنبال فراگیری تصویری کامل از فرد است و فرد را در زمینه ای قرار می دهد که مداخله مددکاری اجتماعی را شکل می دهد.

حرفه مددکاری اجتماعی با اتکا به دیدگاه های زیستی - روانی و اجتماعی و نظریه فرد در محیط و همچنین با تمرکز بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت می تواند به ارتقا سلامت و کاهش هزینه های درمانی کمک کند.

تعاریف مددکاری اجتماعی

الف) گروه های هدف مددکاری اجتماعی:

شامل کلیه ی افرادی است که خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت می کنند یا به این خدمات نیازمند هستند و عبارتند از بیماران بی بضاعت و تحت پوشش سازمان های حمایتی، کودکان، زنان باردار ، افراد ناتوان و معلول، سالمندان، بیماران پیوندی، بیماران روانی، معلولان جسمی و ذهنی، محکومین یا مجرمین بیمار، افراد دارای اختلال مصرف مواد، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه، نوزادان رها شده یا نوزادان متولد شده از ازدواج های غیر ثبتي با هويت نامعلوم پدر یا پدر غير ایرانی، جمعیت های در معرض خطر (کودک آزاری، خشونت علیه زنان، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، اختلال سایکوتیک، بی خانمانی، بیماری خاص، صعب العلاج، مادران پرخطر، بیماران غیر ایرانی فاقد مدرک، بیماران ایرانی فاقد بیمه دارای مدرک، اتباع بیگانه، بیماران تصادفی و مصدومان ناشی از ضرب و شتم)

ب) بیمارستان :

کلیه ی مراکز آموزشی درمانی، بیمارستان های دولتی و خصوصی و خیریه ای تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی هستند.

ج) مددکار اجتماعی :

کلیه ی افرادی که در واحدهای مددکاری اجتماعی بیمارستان ها مشغول به ارائه خدمت به بیماران هستند. (د) مجهول الهویه:

به افرادی اطلاق می شود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند:

اول، فرد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی ارائه ی خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و نگهداری وی به بهزیستی واگذار گردیده است.

دوم، نوزاد مجهول الهویه که در بیمارستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقبا تحت پوشش بهزیستی قرار می گیرند.

سوم، فرد فاقد اسناد هویتی (ایرانی و غیر ایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقل و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدارک مستند جهت شناسایی ندارد.

ه) آسیب دیده:

فردی است که به دلیل شرایط ناشی از بیماری جسمی و روانی، کهولت سن و وجود مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ناتوان و قادر به پاسخگویی به نیازهایش نمی باشد و این شرایط منجر به تضعیف کارکردهای وی شده است.

ت) آسیب پذیر:

افرادی هستند بین افراد اجتماع که خطر ابتلا به یک آسیب اجتماعی یا معلولیت در آن ها از حداقل آنچه در حوزه های سلامت محسوب می شود، بیشتر و عوامل محافظ در برابر آسیب اجتماعی یا معلولیت در آن ها کمتر از آحاد جامعه است (دفتر مطالعه، پژوهش و نظارت راهبردی سازمان بهزیستی کشور)

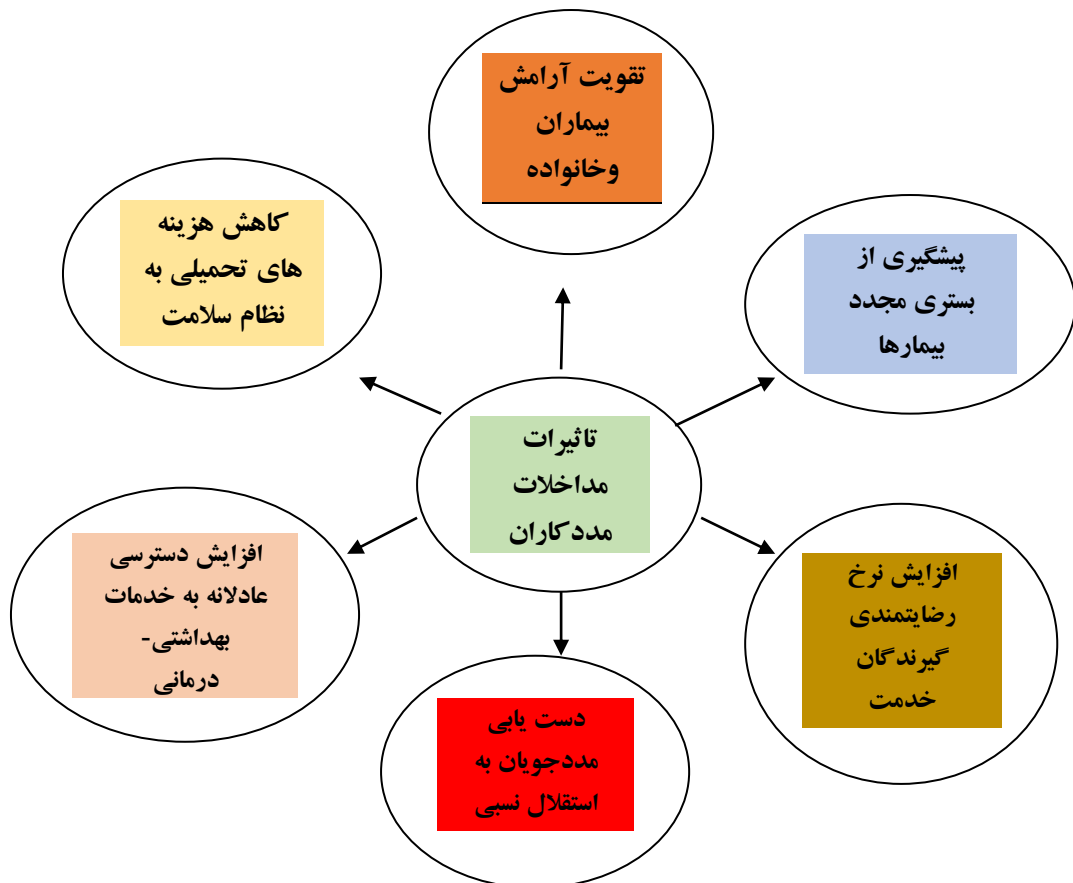
در تقسیم بندی دیگر گروه های آسیب پذیر و آسیب دیده در سه دسته کلی زیر قرار می گیرند:

۱. به لحاظ جسمی: سالمندان، معلولین جسمی و حرکتی، بیماران خاص، زنان باردار، بیماران تروما
۲. به لحاظ ذهنی و روانی: معلولین ذهنی، بیماران اعصاب و روان، بیماران اقدام به خودکشی
۳. به لحاظ اجتماعی: معتادین، محکومین و مجرمین بیمار، افراد بی سرپرست، بد سرپرست و مجهول الهویه، نوزادان رها شده، افراد مبتلا به اختلال پس از سانحه، بیماران خشونت دیده افراد آسیب دیده و آسیب پذیر دارای مشکلات عدیده ای در جامعه می باشند از جمله از دست دادن شغل، مشکلات اقتصادی، کمبود عزت نفس و اعتماد به نفس، افسردگی، ازدست دادن استقلال فرد، کاهش مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، کاهش سرمایه ی اجتماعی، مشکلات خانوادگی و ... که منجر به تضعیف کارکردها و عملکردهای فرد در محیط خانواده، کار و اجتماع و در رابطه با دیگران می باشند. یکی دیگر از مسایل و نیازهای مشترک بین گروههای آسیب پذیر نیاز به مراجعه به بیمارستان ها جهت درمان می باشد. لذا با توجه به چند وجهی بودن نیازها و مشکلات بیماران آسیب پذیر نیاز به رویکرد و فعالیت تیمی ضروری می باشد.

اعضای تیم می تواند شامل پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، فیزیوتراپ ها، روانپزشکان، متخصصان تغذیه و سایر متخصصانی باشد که به ارائه خدمات تیمی و بین رشته ای در مراکز درمانی می پردازند. کارکردهای این تیمها شامل ارزیابی مشترک از مشکلات و نیازهای بیمار، تبادل اطلاعات مرتبط، آموزش تیمی کارکنان، طراحی برنامه های مداخله ای، تصمیم گیری اخلاقی، محول کردن وظایف، مسیولیتها و ارزیابی پیامدها است. این نوع تشریک مساعی برای موفقیت، نیازمند درجه بالایی از همکاری و مشارکت است، هر شرکت کننده می داند که دانش و مهارتی برای ارائه خدمت دارد و این دانش و مهارت در تصمیم گیری درباره بیمار از طرف دیگران تشخیص داده می شود.

تأثیرات مداخلات مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی

- افزایش دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی - درمانی (بخصوص گروه های آسیب دیده و آسیب پذیر)
- کاهش مدت زمان بستری و پیشگیری از بستری مجدد بخصوص بیمارهای مزمن (از طریق ترخیص ایمن، پیگیری پس از ترخیص، آموزش در حیطه های فردی و اجتماعی به بیمار و مراقبین وی)
- کاهش هزینه های تحمیلی به نظام سلامت (افزایش ضریب اشغال تخت، استفاده از مشارکتهای مردمی و ...)
- افزایش نرخ رضایتمندی گیرندگان خدمت
- کاهش استرس ها، تنش ها، احساسات منفی و تقویت آرامش خانواده بیمار
- دست یابی مددجویان به استقلال نسبی (از طریق تمرکز بر نقاط قوت و افزایش توانمندی در تطابق با شرایط ایجاد شده پس از بروز بیماری)



وظایف مددکار اجتماعی در مراکز درمانی و بیمارستانها

ارزیابی

- ارزیابی روانی - اجتماعی بیمار و مراقبین آنها ، ارزیابی جهت شناخت و الویت بندی نیازهای بیمار
- ارزیابی جهت شناخت ظرفیت ها و منابع بالقوه بیمار جهت تدوین برنامه حمایتی

مشاوره

- مشاوره و مداخلات درمانی هدفمند با هدف کمک به بیماران / خانواده / مراقبان برای پذیرش در بستری در بیمارستان
- مشاوره و مداخلات درمانی هدفمند به منظور تطابق در تشخیص ، تروما ، تغییر نقش احتمالی ، پاسخ عاطفی / اجتماعی به بیماری و درمان
- میانجیگری و حل و فصل اختلافات

مداخله در بحران

- حمایت از افراد آسیب پذیر / در معرض بحران برای جهت یابی و پاسخ به نیازها و خواسته های خود در سیستم بیمارستان
- خدمات ارائه شده به بخش های اورژانس به دلیل آسیب های ناشی از آسیب دیدگی ناگهانی یا مرگ و میر و بحران های اساسی (از جمله بلایای طبیعی)

مدیریت مورد و هماهنگی کننده خدمات چند رشته ای:

- مدیریت مورد و هماهنگی خدمات داخلی و خارجی برای خدمات بهداشتی و درمانی
- ارجاع به سایر خدمات
- برقراری ارتباط و درک در مورد مراقبت های بعد از بیمارستان در بین بیماران، خانواده ، سرپرستان و اعضای تیم مراقبت های بهداشتی
- تقویت ارتباط و همکاری بین اعضای تیم مراقبت های بهداشتی
- هماهنگی ترخیص بیمار و استمرار برنامه ریزی مراقبت

آموزش

- کمک به بیماران و خانواده ها / مراقبان در برقراری ارتباط با اعضای تیم های مراقبت های بهداشتی ، درک اطلاعات پزشکی و برنامه ریزی مراقبت های پیشرفته
- آموزش گروهی به بیماران
- آموزش کارکنان بیمارستان در زمینه شرایط و نیازهای روانشناختی بیمار

سیاستگذاری، برنامه ریزی

- مشارکت در تدوین سیاست ، طراحی برنامه های عملیاتی بیمارستان
- برنامه ریزی و پیگیری پس از ترخیص
- پیشگیری از بستری مجدد از طریق برنامه ریزی دقیق ترخیص و پرداختن به تعیین کننده های مهم اجتماعی
- شامل ایجاد شبکه های قوی، حمایتی و اجتماعی و دسترسی به منابع مناسب

استحقاق سنجی و حمایت مالی از بیماران نیازمند

- برنامه ریزی جهت حمایت مالی از بیماران واجد شرایط

انتظارات از مدیران و روسای بیمارستان ها

- فراهم نمودن بسترهای لازم برای اجرای فعالیت های مددکاران اجتماعی(در اختیار قراردادن منابع و ظرفیت های مرتبط بیمارستان در راستای انجام و تقویت مداخلات مددکاری اجتماعی، استفاده از نظرات و مشارکت مددکاران اجتماعی در تصمیم گیری و تصمیم سازی مرکز، ایجاد بسترهای برای مشارکت همکاری درون و برون بخشی و...)
- حمایت از مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی برای بیماران
- برگزاری جلسات با مددکاران اجتماعی مراکز درمانی به منظور شناسایی موانع و مشکلات این واحد در ارائه خدمات به بیماران
- حمایت از شرح وظایف مددکاران اجتماعی در مراکز و عدم تحمیل وظایف غیر مرتبط به واحدهای مددکاری اجتماعی
- عدم بکارگیری مددکاران اجتماعی در سایر بخش های بیمارستان
- تقویت انگیزه و قدردانی از خدمات مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی

فصل دوم: استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم در حوزه

خدمات مددکاری اجتماعی

مقدمه:

در دوره چهارم اعتباربخشی 19 محور به عنوان مؤلفه های اصلی شناسایی شده اند که مشتمل بر 110 استاندارد و 514 سنجه به تفکیک 214 سنجه در سطح یک، 214 سنجه در سطح دو و 86 سنجه در سطح سه است. این مجموعه از استانداردها با توجه به شرایط بومی و به روز رسانی اولویت ها در نظام سلامت بازنگری و به شرایط و عملکرد واقعی بیمارستان ها نزدیک تر شده است. در اعتباربخشی پیش رو ارتقاء کیفیت و ایمنی بیمار بر اساس مدیریت بهینه منابع، بیش از پیش مد نظر قرار گرفته است همچنین ضمن صیانت از ارزش های کیفی در ویرایش سوم و دوره های قبل، در این دوره تعداد بیشتری از استانداردها متوجه نتایج و پیامدها هستند موفقیت بیمارستانها همچنان در گرو کارگروهی و توجه هرچه بیشتر به مدیریت دانش است. اغلب سنجه های نیازمند هزینه در پیش نیازهای ایمنی و یا برای بیمارستان های برتر و عالی جانمایی شده اند.

محورهای 19 گانه ویرایش چهارم استانداردهای اعتباربخشی



سنجه های اعتبار بخشی در سه سطح طبقه بندی می شوند:

- سنجه های سطح یک : اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان
- سنجه های سطح دو: امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستانها
- سنجه های سطح سه: امکان تحقق پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانها

سنجه های سطح سه صرفا در بیمارستان های درجه یک، یک برتر و عالی ملاک رتبه بندی است

سنجه های مربوط به حوزه مددکاری اجتماعی و گام های اجرایی

الف 3 - 9 - 1 - جذب منابع مالی / سرمایه ای از ممل مشارکتهای مردمی / موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط صورت می پذیرد. **سطح دو**

لازم است ابتدا مقدار منابع مالی خیرین/مشارکتهای مردمی و سهم آنها در تامین سرمایه/تولید درآمد بیمارستان در طی چند سال اخیر شناسایی شده و برای سال های بعدی هدف گذاری شود. اعتبارات مناسب و زمانبندی شده برای برنامه های توسعه ای بیمارستان که به تصویب مراجع بالادست ذیصلاح رسیده باشد، تهیه می شود. برنامه های مصوب و زمانبندی تامین مالی بر حسب سلايق خیرین شهرستانی/استانی به ایشان اعلام شده و تقاضای همکاری میگردد. تمامی رخدادهای مالی در سامانه حسابداری درج شده و مدیر مالی گزارشهای تفسیری و تحلیلی فصلی در تامین و مصرف اعتبارات به مجمع خیرین و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه می کند. همچنین لازم است فهرست هزینه های انجام شده و گزارش نهایی در خصوص ترخیص بیمار که ممهور به مهر حسابداری بیمارستان می باشد را تهیه و در پرونده درج شود. برگزاری جلسات منظم با خیرین و موسسات خیریه در بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان صورت پذیرد. همچنین بکارگیری کارشناسان مددکاری اجتماعی مجرب برای جذب همکاری خیرین توصیه می شود.

الف 2 - 5 - 5 - ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرمهای ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت میپذیرد. **سطح یک**

فرمهای ابلاغی در خصوص خدمات مددکاری شامل فرم ارزیابی تخصصی مددکار اجتماعی و فرم مدیریت مورد مددکار اجتماعی بدون تغییر در پرونده بستری بیمار موجود است.

ب * 2 - 4 - 1 - بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود. سطح دو

منظور از بیماران /مراجعی آسیب پذیر در این سنجه افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک /فیزیکی /روانی /اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران سالمند، روانپزشکی /اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی /شنوایی /حرکتی /گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعی /بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی ، افراد بیخانمان و از این گروه بیماران /مراجعی هستند. که حمایت و اقدامات مدیریتی توسط مددکاری اجتماعی را می طلبد.

ب * 1 - 12 - 1 - ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می شود. سطح یک

شناسایی بیماران /مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

ب * 2 - 2 - 2 - فرایندهای اورژانس پس از تریاژ تا تعیین تکلیف، به نحوی برنامه ریزی شده که اختلال / تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمی شود. سطح یک

هماهنگی با واحد مددکاری در خصوص بیماران بدحال /بیهوش /مجهول الهویه بدون همراه و حضور مددکار جهت هماهنگی اقدامات بیمار

یکی از مهمترین بخشهای بیمارستان که عملکرد آن تاثیر فراوانی بر عملکرد سایر بخشهای بیمارستان و رضایت بیماران دارد، بخش اورژانس است. عملکرد اصلی بخش اورژانس، پذیرش، تثبیت وضعیت و ارائه خدمات درمانی به بیمارانی است که در شرایط مختلف و وضعیت های اضطراری و غیر اضطراری، شخصاً یا به طرق مختلف به این واحد مراجعه می کنند. هدف اصلی سیستم اورژانس انجام سریع و دقیق اقدامات درمانی صحیح به جای تلاش برای رسیدن به تشخیص دقیق میباشد؛ چرا که همواره اقدامات اولیه درمانی در بیمار اورژانس اولویت دارد و اگر بیماری در لحظات اول و ابتدای ورود به بیمارستان به خوبی بررسی و درمان نشود، شاید وجود بخش های فوق تخصصی خیلی پیشرفته نیز در ساعات و روزهای بعد نتوانند در کمک به بیمار خیلی موثر باشد. سرعت ارائه خدمات در مراکز درمانی به خصوص در اورژانس، در جهت کاستن از مرگ و میر و معلولیتها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و برای دستیابی به این هدف، اولین گام تریاژ صحیح و جامع بیمار میباشد.

نگاهی به تاریخچه شکل گیری تریاژ نشان می دهد واژه تریاژ نخستین بار در سال ۱۸۰۰ میلادی توسط یکی از پزشکان ارتش ناپلئون جهت مشخص کردن اولویت بندی و نحوه درمان افراد زخمی در جنگ بکار برده شد. حدود ۶۲ سال بعد پرستاری بنام کالرا بارتون که کار هماهنگی مراقبت از بیماران و افراد آسیب دیده در خلال

جنگ ایالات متحده را بر عهده داشت، روند تریاژ و انتقال سربازان به بیمارستان های موقت در خانه ها و کلیساهای خارج از صحنه جنگ را سازماندهی نمود. طی جنگ کره و ویتنام، پیشرفت های زیادی در زمینه سیستم های اولویت بندی مراقبت از بیماران صورت گرفت. به طوری که سربازان زخمی در محل جنگ و در زمان وقوع صدمه، ظرف مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه تحت درمان قرار می گرفتند و در نهایت برای جراحی با هلیکوپتر به بیمارستان منتقل می شدند. کاهش زمان الزم برای دریافت مراقبتهای حیاتی و اولویت بندی ارائه خدمات در کنار پیشرفت در زمینه روشهای تشخیصی درمانی، مرگ و میر مصدومین را تا حد قابل ملاحظه ای کاهش داد. در دهه ۱۹۵۰ برای اولین بار در آمریکا تریاژ به عنوان پاسخی برای حل مشکل ازدحام در بخش اورژانس بیمارستانها مطرح گردید. در این زمان بخشهای اورژانس تامین کننده مراقبتهای اولیه پزشکی در زمان تعطیلی مطب پزشکان بودند. تعداد بیماران بخشهای اورژانس به مرور افزایش پیدا کرد و این افزایش عمدتاً به دلیل مراجعه بیماران با سطوح مختلف مشکلات بدون هیچ گونه اولویت بندی در میزان نیاز به خدمات اورژانسی بود. به این ترتیب بخشهای اورژانس به شیوه ای برای اولویت بندی و شناسایی بیماران نیازمند به اقدامات فوری احتیاج پیدا کردند و این امر باعث شد فرایند تریاژ که به طور موثری در ارتش به کار برده شده بود به سیستم ارائه مراقبتهای بهداشتی معرفی شود. تامسون و داینس در سال ۱۹۸۲ سه سیستم تریاژ بر اساس هفت ویژگی: فرد تریاژکننده، معیارهای ارزیابی اولیه، نحوه دسته بندی بیماران، تعیین تکلیف بیماران، مستندسازی اطلاعات، ارزیابی مجدد بیمار بعد از تریاژ اولیه و امکان انجام اقدامات اولیه تشخیصی و درمانی برای بیمار طراحی کردند. این سیستم ها شامل سیستم راهنمای مراجعین، کنترل نقطه ای و تریاژ جامع بود. از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی کشورهای متعددی به طراحی و ارائه سیستم های تریاژ پرداختند تا اینکه در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰، سیستم های پنج سطحی تریاژ ایجاد و معرفی شدند.

در حال حاضر کالج پزشکان اورژانس آمریکا بر حمایت از سیستم های پنج سطحی تریاژ تأکید دارد و بر این باور است که کیفیت مراقبت از بیمار به دنبال اجرای یک روش طبقه بندی دقیق و استاندارد شده ارتقاء خواهد یافت. از حدود اواسط دهه ۸۰ شمسی نیز تریاژ به شیوه پنج سطحی بر اساس سیستم شاخص شدت اورژانسی بودن مورد اقبال عمومی سیستم بهداشتی کشور قرار گرفته و در نهایت دستورالعمل اجرا و اصول راه اندازی سامانه تریاژ بیمارستانی در بخش های اورژانس توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بهار سال ۱۳۹۰ به کلیه بیمارستانها ابلاغ گردیده است.

تریاز مناسب باعث افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران، افزایش رضایتمندی، کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران، کاهش موارد مرگ و میر، افزایش راندمان و کارایی بخش های اورژانس به موازات کاهش هزینه های مربوطه می شود. آنچه در حال حاضر در بخش های اورژانس بیمارستان های کشور مورد توجه قرار می گیرد انجام اقدامات در جهت رفع مشکلات و آسیب های فیزیکی است و بعد روانی- اجتماعی بیماری نادیده گرفته شده است. در حالی که مددکاران اجتماعی با ارزیابی شدت مشکلات روانی- اجتماعی، جستجوی فاکتورهای منجر به تشخیص، تدوین و فرموله کردن تشخیص و در نهایت از بین بردن پریشانی، نقش موثری در کاهش این مشکلات دارند.

مراحل تریاژ در مددکاری:

۱. تریاژ:

مددکار اجتماعی باید تریاژ بیماران در اورژانس را بلافاصله پس از تریاژ تیم پزشکی آغاز نماید. حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای تریاژ بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی ۱۰ دقیقه است. (ارزیابی سریع)

تریاز بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی باید برای کلیه بیمارانی که وارد اورژانس می شوند، انجام گیرد.

۲. مرور ارزیابی تیم پزشکی:

بلافاصله پس از تکمیل تریاژ تیم پزشکی، مددکار اجتماعی باید نسبت به کسب اطلاعات در مورد شرایط پزشکی بیمار بر اساس گزارش مکتوب و شفاهی تیم پزشکی اقدام نماید. بسیار اهمیت دارد که در مراحل بعدی تریاژ مددکار اجتماعی از پرسیدن سئوالات تکراری که تیم پزشکی قبلا اطلاعات مربوط به آنها را ثبت کرده اند، خودداری نماید.

۳. جمع آوری اطلاعات بر اساس چک لیست:

لازم است مددکار اجتماعی برای کسب اطلاعات در مورد شرایط روانی-اجتماعی بیمار با خود بیمار و یا همراهانش مصاحبه مختصر انجام دهد.

مددکار اجتماعی بر اساس طیف نمرات تعیین شده ذیل ماتریس شماره یک اولویت ارائه خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی به هر یک از بیماران را تعیین می کند.

امتیاز	گروه های دارای اولویت	امتیاز	شدت بیماری / آسیب بر اساس (سیستم ESI بر اساس تریاژ پرستار)	امتیاز	پوشش بیمه ای	امتیاز	حضور همراه مؤثر
۱۵	کودک آزاری	۵	فاقد پاسخ دهی (سطح یک)	۵	تبعه غیر ایرانی فاقد بیمه	۵	فاقد همراه مؤثر است
۱۵	خشونت علیه زنان	۴	وضعیت پرخطر (سطح دو)	۴	فرد ایرانی فاقد مدارک هویتی	۴	اطلاعات دارد، می تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد
۱۵	خشونت علیه سالمندان	۳	تعداد تسهیلات مورد نیاز: دو یا بیشتر (سطح سه)	۳	تبعه غیر ایرانی دارای بیمه	۳	اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست
۱۵	خشونت علیه معلولین	۲	تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار)	۲	فرد ایرانی دارای مدارک هویتی بدون بیمه	۲	اطلاعات ندارد، مشارکت می کند و می تواند رضایت قانونی بدهد
۱۵	اقدام به خودکشی	۱	عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج)	۱	فرد ایرانی دارای بیمه	۱	همراه مؤثر حضور دارد
۱۵	اختلال سایکوتیک						
۱۵	بی خانمانی و مجهول الهویه بودن						
۱۵	بیماری خاص و صعب العالج						
۱۶	مادران باردار پرخطر						
۱۷	نزاع و درگیری (ضرب و جرح)						

3 تا 6 اولویت چهارم - 7 تا 9 اولویت سوم - 10 تا 14 اولویت دوم - 15 و بالاتر اولویت اول

۴. تهیه گزارش تریاژ:

گزارش تریاژ را بلافاصله پس از انجام آن در فرم های مرتبط وارد کنید. هرگز ثبت گزارش تریاژ را به تعویق نیندازید. در صورتی که علاوه بر چک لیست مربوط به تریاژ لازم دیدید نکاتی در مورد وضعیت بیمار و یا خانواده اش شرح داده شود، به طور مختصر در پایان فرم، نکات مورد نظرتان را ثبت کنید. لازم است گزارش تریاژ در سیستم HIS نیز ثبت شود. ثبت اطلاعات باید در خصوص بیمارانی صورت گیرد که پرونده پزشکی در اورژانس برای آنها تشکیل شده و اطلاعات اولیه مربوط به آنها در سیستم HIS موجود می باشد.

ج 2 - 1 - 1 - خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روشهای از پیش تعیین شده با بیمار / ولی قانونی در میان گذاشته میشود. سطح دو

کمیته اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس، دستورالعملی مدون در خصوص روشهای اطلاع رسانی خبرنگار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی تدوین نماید. همچنین افراد /مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار /قیم قانونی وی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آنها برنامه ریزی لازم به عمل آید.

ج 1 - 5 - 1 - مددکار اجتماعی نیازهای مددجویان را شناسایی و برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه های حمایتی دارد- سطح دو

- تدوین خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار
 - آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش
 - عملکرد کارکنان منطبق با خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان.
- حداقل های مورد انتظار در خط مشی و روش مددکاری شامل موارد ذیل است
۱. نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی
 ۲. ملاک ها و روشهای ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی
 ۳. تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی
 ۴. نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخشهای مختلف بیمارستان
 ۵. نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان
 ۶. شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری
 ۷. نحوه هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آنها برای حمایت از مددجویان
 ۸. نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه
 ۹. نحوه و محدوده حمایتهای مالی از مددجویان نیازمند
 ۱۰. نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روشها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار

ج 2 - 5 - 1 - جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه مددجویان برنامه ریزی و انجام میشود. سطح دو

ایجاد بانک اطلاعات مراکز /موسسات خیریه و اشخاص حقیقی و حقوقی خیر و سایر سازمانها و سامانه های حمایتی از مددجویان

برنامه ریزی در خصوص شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی و مالی از مددجویان

بیمارستان با برنامه ریزی های معین راههای شناسایی، آشناسازی و جلب حمایت خیرین داوطلب جهت تامین هزینه بیماران بی بضاعت را فراهم می نماید.

ج 3 - 5 - 1 -مددکاری و حمایت از مددجویان در صورت لزوم و در موارد خاص پس از ترخیص از بیمارستان برنامه ریزی و ادامه مییابد . سطح سه

- تعیین ملاک هایی برای شناسایی بیماران نیازمند به حمایت های مددکاری پس از ترخیص
- برنامه ریزی جهت پیگیری و اطمینان از ادامه روند درمان در موارد خاص و بیماران نیازمند پس از ترخیص

بیمارستان طی برنامه ای مشخص شناسایی بیماران دارای ناتوانایی های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی /تشخیصی/توانبخشی را از طریق تلفنی/حضور در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی های مددجویان را پیگیری می نماید . همچنین هماهنگی لازم در ارجاع بیماران بی خانمان یا بدسرپرست به مراجع حمایتی در بهزیستی به عمل آورده و از انجام اقدامات تا مرحله اخذ خدمات توسط مددجو اطمینان حاصل می نماید. وجود واحد ارائه خدمات در منزل، در بیمارستان و تامین مالی از سوی خیرین یا مدیریت بیمارستان می تواند به تداوم خدمت رسانی به بیماران نیازمند پس از ترخیص کمک نماید.

در جمع بندی کلی استانداردهای اعتباربخشی نقش مددکار اجتماعی به دو دسته تقسیم می شود:

۱. نقش های غیر مستقیم (Indirect care roles)

- a. پژوهشگری در عرصه بهداشت و درمان
- b. همکاری و عضویت در تیم درمان و کمیته های بیمارستانی
- c. مستندسازی
- d. جذب منابع مالی

۲. نقش مستقیم (Direct care roles)

- a. حمایت مالی - رفاهی - روانی - اجتماعی
- b. آموزش دهنده
- c. رابط
- d. ارائه دهنده خدمت
- e. راهنما و مشاور
- f. برنامه ریز ترخیص و پیگیری پس از ترخیص
- g. ارزیابی و استحقاق سنجی
- h. مداخله در بحران
- i. مدافع مراجعین و سیستم

**فصل سه: پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی
مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی**

نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی

- مددکاری اجتماعی برای شناسایی سریع و به موقع گروه های آسیب پذیر از دو فرآیند راند و تریاژ استفاده کند
- تریاژ در اورژانس بیمارستان انجام شده و براساس اولویت کسب شده، برنامه ی مداخله ای تهیه و تنظیم می شود
- افراد نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی، از طریق مدیریت مرکز، پزشکان، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، واحد های ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات به صورت تلفنی، یا حضوری در فرآیند راند به مددکار اجتماعی معرفی می شوند
- فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری اجتماعی تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخش های بیمارستان قرار می گیرد
- تمامی موارد ارجاعی از بخش ها در سیستم HIS ثبت می شوند و مددکار اجتماعی جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار حاضر می شود
- مددکار اجتماعی بیمارستان به عنوان عضو اصلی تیم ارائه ی حمایت های روانی اجتماعی پس از وقوع بحران می باشد، که در فلوچارت مدیریت بحران (HEIS) در بلایا و فوریت های با همین عنوان قرار گرفته است مددکار اجتماعی تمامی بیماران در معرض خطر و آسیب دیده را که به حمایت و پشتیبانی نیاز دارند شناسایی کرده و متناسب با نوع مشکل برنامه ی حمایتی ویژه آن گروه را ارائه می کند در صورت لزوم از تکنیک های آرام سازی و کاهش استرس برای بیماران و همراهان آنها و پروتکل مداخله در بحران جهت ارائه ی خبرهای ناگوار استفاده می کند فهرستی از بیماران مجهول الهویه و فاقد همراه تهیه کرده و در اختیار فرمانده حادثه قرار می دهد.

مفهوم راند مددکاری اجتماعی:

منظور مراجعه منظم مددکار اجتماعی به بالین همه بیماران بستری در بیمارستان و ارزیابی و پایش کوتاه مدت وضعیت روانی اجتماعی بیماران است.

زمان اجرای راند:

زمان راند مددکاری اجتماعی در بخش اورژانس:

راند مددکاری اجتماعی در بخش اورژانس باید در هر ۲۴ ساعت حداقل دو بار (راند صبحگاهی و عصرگاهی) انجام گیرد.

زمان راند مددکاری اجتماعی در سایر بخش ها:

راند مددکاری اجتماعی در سایر بخش ها باید در هر ۲۴ ساعت یک بار (ترجیحاً راند صبحگاهی) انجام گیرد.

مدت اجرای راند مددکاری اجتماعی:

مدت اجرای راند برای بیماران تازه وارد:

مددکار اجتماعی باید راند برای بیماران تازه وارد را حداکثر ظرف ۱۰ دقیقه انجام دهد. در صورتی که بیمار نیاز به خدمات بیشتر یا ارزیابی دقیق تری داشته باشد، لازم است زمان دیگری خارج از ساعت راند برای وی تعیین شود.

مدت اجرای راند برای بیمارانی که حداقل یکبار در راندهای قبلی ارزیابی شده اند:

مددکار اجتماعی باید راند برای بیمارانی که که حداقل یکبار در راندهای قبلی ارزیابی شده اند را حداکثر ظرف ۵ دقیقه انجام دهد. در صورتی که بیمار نیاز به خدمات بیشتر یا ارزیابی دقیق تری داشته باشد، لازم است زمان دیگری خارج از ساعت راند برای وی تعیین شود.

مراحل راند مددکاری اجتماعی:

۱. استخراج لیست بیماران تازه وارد
۲. مرور گزارشهای تیم درمان (کتبی و شفاهی)
۳. مصاحبه کوتاه مدت با بیمار و همراه وی
۴. تنظیم زمان مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی با بیمار و یا همراه وی
۵. تهیه گزارش راند مددکاری اجتماعی

اختلال در فرایند راند

در صورتی که راند مددکاری اجتماعی به دلایلی نظیر نامناسب بودن شرایط بیمار (به عنوان مثال در شرایطی که بیمار سطح هوشیاری پایینی دارد)، عدم حضور بیمار در بخش و سایر شرایط اورژانسی (به عنوان مثال در صورتی که در طول راند، مددکار اجتماعی برای مورد دارای فوریت فراخوانده شود) متوقف یا مختل شود، انجام راند را به زمان دیگری موکول کنید. لازم است در اولین فرصت مناسب راند انجام شود و گزارش های مربوطه ثبت شوند.

ملاکها و روشهای ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی

- مددکار اجتماعی به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند بررسی مستندات در دسترس (از جمله مطالعه پرونده قبلی)، مشاهده، مصاحبه و بازدید منزل استفاده نماید این ارزیابی با هدف جمع آوری و تحلیل اطلاعات در مورد وضعیت روانی اجتماعی و اقتصادی بیماران نیازمند به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی انجام می گیرد. مددکار اجتماعی به منظور تعیین وضعیت مراجعین مراکز درمانی اقدام به استحقاق سنجی می کند.
- استحقاق سنجی فرآیندی است که در راستای تحقق عدالت اجتماعی و براساس ارزیابی تخصصی مددکار اجتماعی به روشهای حرفه ای، شایستگی مراجع در دریافت میزان و نوع حمایت اقتصادی، مورد سنجش قرار گرفته و از منابع اجتماعی -اقتصادی موجود جهت حمایت اقتصادی مناسب از مراجعین اقدام شود. مددکار اجتماعی بر اساس شاخص های امتیاز دهی و اولویت بندی آنها با استفاده از مجموعه روشهای آزمون وسع شامل مصاحبه (تکمیل پرسشنامه ها وچک لیست ها)، مشاهده، بررسی پرونده، استعلام از سامانه های موجود، بازدید از منزل یا محل کار، نسبت به ارزیابی روانی -اجتماعی و اقتصادی بیمار مراجعه کننده اقدام می نماید
- مددکار اجتماعی در راند روزانه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را مورد ارزیابی تخصصی قرار می دهد.
- مددکار اجتماعی پرونده ی پزشکی بیمار را مطالعه نموده و در صورت لزوم با پزشک و پرستار بیمار نیز صحبت می کند و اطلاعات مورد نیاز را از آنان کسب می نماید.
- در صورت لزوم، جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیمار، پیگیری های برون و درون سازمانی انجام می شود
- مددکار اجتماعی بایستی پس از جمع آوری اطلاعات فرم هایی که به منظور ارزیابی وضعیت بیمار وجود دارد را تکمیل نموده و به عنوان مستندات در پرونده ی بیمار بایگانی کند.
- هر مددکار اجتماعی بنا به تجربه و دانش حرفه ای خود از معیارهای مشخصی جهت سنجش استحقاق بیماران استفاده می کند که ممکن است به صورت چک لیست یا فرم های مدون در این واحد وجود داشته باشد تمامی این معیارها در چارچوب دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان می باشد
- -به استناد سنجه ی ج-2 - 5 - 1 لازم است مددکار اجتماعی برنامه ای جهت انجام حداقل پیگیری پس از ترخیص برای بیمارانی که به این خدمت نیازمندند در نظر بگیرد پیگیری ها از طریق تلفن و در صورت نیاز بازدید از منزل، انجام می شود

تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی

- بخشی از معیارهای شناسایی مددجویان از طریق دستورالعمل‌های مشخص در قالب حمایت از بیماران نیازمند، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران اعصاب و روان، بیماران خاص، سوختگی، مجهول‌الهویه و نوزاد رها شده به واحدهای مددکاری ابلاغ شده است و مددکاران اجتماعی موظفند در چارچوب تعیین شده نسبت به خدمت‌رسانی برای این بیماران اقدام نمایند
- هر مددکار اجتماعی با توجه به شرایط فرهنگی و بومی که در آن زندگی می‌کند معیارهای مبتنی بر واقعیت را برای شناسایی بیماران نیازمند دارد که بر گرفته از تجارب کاری و شخصی وی می‌باشد از آنجا که مددکاران اجتماعی افراد حرفه‌ای و آموزش‌دیده‌ای هستند بخش مهمی از ارزیابی‌ها با تکیه بر دانش حرفه‌ای و تجارب فردی و قضاوت‌های حرفه‌ای صورت می‌گیرد
- مراجعین واحد مددکاری اجتماعی از طریق ارجاع درون‌بخشی (به صورت تلفنی یا ثبت در سامانه اطلاعاتی بیمارستان) و یا ارجاع از نهادها و موسسات دولتی و خصوصی، در فرآیند راند و تریاژ و یا به صورت خود معرف شناسایی می‌شوند
- فرم‌های طراحی شده در پروتکل‌های پایه خدمات مددکاری اجتماعی جهت ارزیابی وضعیت اجتماعی، اقتصادی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند و با استناد به این فرم‌ها، شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی انجام می‌شود مددکار اجتماعی پیش از ارائه‌ی هرگونه حمایت، از طریق مصاحبه‌های حرفه‌ای بیمار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد اما بیمارستان در راستای حفظ اسرار و حریم شخصی بیماران و خانواده‌شان و به منظور ارزیابی صحیح و ارائه‌ی خدمات مناسب، شرایط محیطی را برای مددکار اجتماعی فراهم آورد.
- مسئولیت برر سی صحت‌نیازمندی بیمار بر عهده‌ی مددکار اجتماعی می‌باشد و سایر پرسنل درمانی و اداری بیمارستان شایستگی مداخله در تصمیمات حرفه‌ای در حوزه‌ی احراز نیازمندی بیماران را ندارند.

نحوه اطلاع‌رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخش‌های

مختلف بیمارستان

- مددکار اجتماعی موظف است فهرستی از گروه‌های هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخشها و مدیر پرستاری قرار دهد
- مددکار اجتماعی در راندهای روزانه، کمیته‌های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروه‌ها را با کارکنان بالینی مرور می‌کند همچنین می‌تواند از آموزش‌های درون بیمارستانی برای آگاه‌سازی پرسنل استفاده نماید
- مددکار اجتماعی در قالب مکاتبات اداری، کلیه‌ی پرسنل بیمارستان را از گروه‌های هدف و معیارهای نیازمندی (به صورت کلی) آگاه می‌کند.

- مددکار اجتماعی فرآیند خدمت رسانی را به طور شفاف در قالب فلوجارت ترسیم کرده و در اتاق خود و سایر بخش های مرتبط در معرض دید مراجعه کنندگان و همراهان قرار می دهد.

نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکاری اجتماعی برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان

- کلیه ی بخش های بیمارستان جهت ارجاع بیمار نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی با ورود به پرونده ی بالینی بیمار در سامانه ی HIS و همچنین از طریق تماس تلفنی و یا در فرآیند راند مراتب نیازمندی و شرح خدمت مورد نیاز را به مددکار اجتماعی بیمارستان اطلاع دهند.
- مددکار اجتماعی از طریق گزارش گیری از سامانه ی مورد نظر و بررسی پذیرش های جدید، گزارش مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود
- لازم است مددکار اجتماعی فرم های ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد را که از طریق HIS به ایشان معرفی شده اند و یا به روش های مختلف شناسایی نموده است، تکمیل کرده و در پرونده ی بالینی بیمار ثبت نماید در صورتی که فرم های مذکور در سامانه اطلاعات بیمارستان نیز بارگذاری شده باشند، این فرم ها به صورت الکترونیکی نیز برای بیماران دریافت کننده ی خدمات تکمیل شوند
- به استناد سنجه ی ج 3 - 5 - 1 - ترخیص ایمن بیماران شامل شناسایی بیماران /مددجو یا آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص می باشد و شامل کلیه ی بیماران نیازمندی است که در فرآیند تریاژ، راند و ارزیابی های تخصصی شناسایی شده اند و اهداف مداخله ای برای آنها تعیین می شود برنامه ی مداخله شامل یکی از موارد حمایت یابی درون و برون سازمانی، ارجاع، مداخله در بحران، آموزش فردی و گروهی و مشاوره باشد، لازم است مددکار اجتماعی میزان دستیابی به اهداف را تعیین کرده و اختتام مداخله را مشخص کند و کلیه اقدامات صورت گرفته برای بیمار آسیب پذیر را در فرم های ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد درج نماید.

مفهوم مدیریت مورد:

مدیریت مورد پایه:

منظور فرایندی است که شامل موردیابی، ارزیابی، تشخیص مشکل، برنامه ریزی، اجرا، پایش و اختتام می باشد.

مدیر مورد:

در این پروتکل مددکار اجتماعی به عنوان مدیر مورد در نظر گرفته شده است.

تیم مدیریت مورد:

منظور تیمی است متشکل از مددکاراجتماعی، پزشک و پرستار که خدمات مدیریت مورد پایه را برای بیماران طراحی و اجرا می کنند. این تیم با هماهنگی مددکار اجتماعی به طور منظم برای پیشبرد فرایند درمان بیمار تشکیل جلسه می دهد.

شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری اجتماعی

- مددکار اجتماعی کلیه ی اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در قالب فایل اکسل، جمع بندی کرده و آمار و اطلاعات استخراج شده را هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید نتایج حاصل از این آمارگیری باعث شناسایی بیماری های شایع و نیازهای بومی منطقه ی محل خدمت می شود
- لازم است مددکار اجتماعی این نیازها (پیشگیری، درمانی، توانبخشی) را اولویت بندی کرده و براساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی های لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی های درون و برون سازمانی انجام دهد
- مددکار اجتماعی می تواند در راستای رفع نیازهای شناسایی شده از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و موسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید
- بخشی از نیازهای شناسایی شده از طریق خدمات سایر مراکز بهداشتی و درمانی و در قالب برنامه های پیشگیرانه ی خانه های بهداشت قابل برطرف شدن هستند در این زمینه مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکاتبات اداری این نیازها را به مراکز مربوطه اطلاع رسانی کند
- ارزیابی وضعیت و تعیین اولویت های محدوده تحت پوشش دانشگاه از نظر گروه های شایع که نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی دارند (مثل گروه های آسیب پذیر منطقه) بر اساس شاخص هایی مانند شیوع مشکل، شدت مشکل، منابع و امکانات موجود و بررسی اثرگذاری مداخله بر عهده ی کارشناس مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه مربوطه می باشد. کارشناس مربوطه موظف است گزارش های دوره ای از مددکاران اجتماعی واحدهای تابعه را جمع آوری کرده و جلسات دوره ای به منظور شناسایی راه کارهای عملیاتی و ارائه ی اقدامات اصلاحی با کارشناسان مددکاری اجتماعی برگزار نماید و گزارشهای اجمالی را به مقام بالاتر ارسال نماید
- لازم است مددکار اجتماعی کلیه ی مستندات مربوط به پیگیری ها و مکاتبات صورت گرفته را بایگانی نموده و در کمیته های بیمارستانی مطرح و مصوبات لازم را پیگیری نماید

نحوه هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آنها برای حمایت از مددجویان

- مددکار اجتماعی می بایست بانک اطلاعاتی به روز که حاوی نام و مشخصات، وظایف و نوع خدمات ارائه ای توسط نهادها، سازمان ها، موسسات مرتبط با بیمارستان و مشخصات فرد پاسخگو در سازمان مورد نظر را تهیه کند آدرس و شماره تلفن های تماس از مواردی است که باید در این بانک اطلاعاتی وجود داشته باشد
- لازم است که مددکار اجتماعی از دستورالعمل ها و شیوه ی کار سازمان های خیریه و حمایتی آگاهی کامل داشته و از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری ارتباط مناسبی را با این سازمان ها برقرار نماید
- مددکار اجتماعی به عنوان رابط بین سازمانی می بایست اهداف این ارتباط را برای دو طرف به صورت مشخص و شفاف توضیح داده و در صورت لزوم از تفاهم نامه های بین سازمانی برای تسهیل فرآیندهای کاری استفاده نماید.
- در صورتی که برای ارائه ی خدمات بیشتر یا تکمیلی به ارجاع برون سازمانی بیماران نیاز باشد، منابع و موسسات حمایتی به گیرندگان خدمت معرفی و در صورت تمایل این کار به صورت مکتوب و با تکمیل فرم ارجاع انجام شود در این فرم مبدا و مقصد و هدف ارجاع توسط مددکار اجتماعی بیمارستان مشخص می شود و با ذکر آدرس و شماره تماس سازمان مقصد، در اختیار مراجعه کننده قرار می گیرد. کپی فرم های ارجاع در واحد مددکاری اجتماعی بایگانی شوند
- استفاده از جلسه های کاری مشترک و ارائه ی آمار و ارقامی از نتایج همکاری های صورت گرفته و بیان مشکلات احتمالی و برنامه ریزی در راستای اصلاح آن، می تواند هماهنگی های برون سازمانی را تقویت کند توصیه می شود این جلسات با هماهنگی مددکار اجتماعی بیمارستان و با هدف بهبود کیفیت ارائه ی خدمات به مراجعین نیازمند و استفاده ی حداکثری از منابع اجتماعی برگزار شود
- مددکار اجتماعی از طریق تماس تلفنی یا مصاحبه ی حضوری نسبت به پیگیری خدمات ارائه شده از سوی سازمان حمایتی مقصد اطمینان حاصل می کند و در صورت عدم خدمت رسانی مناسب، فرآیند ارجاع را اصلاح می نماید.

نحوه ارائه خدمات مددکاری اجتماعی به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه

به استناد به سنجه ی ب 2 - 4 - 1 - ضرورت دارد مددکاران اجتماعی در حمایت از بیماران آسیب پذیر موارد زیر را لحاظ نمایند:

- لازم است مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع توسط مترون، سوپروایزر، سرپرستار، مسئول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس مطلع شود
- کلیه ی بیمارانی که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت می شوند می بایست مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار گیرند
- شیوه ی ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده ی وضعیت، مطالعه ی پرونده ی بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد
- طی 24 ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان مراتب را به نیروی انتظامی (پلس ۱۱۰) اطلاع رسانی کرده تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه ی لازم را تنظیم نمایند و اقدامات لازم در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.
- مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان یا شبکه ی بهداشت و درمان انجام داده تا کلیه ی پیگیری های قانونی توسط این واحد انجام شود در صورتیکه واحد حقوقی در بیمارستان مستقر نباشد مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکاتبه مستقیم با مقام قضایی نسبت به کسب مجوزهای لازم اقدام نماید
- در مورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه ی تحت پوشش بهزیستی، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه ی درمانی بیمار از طریق نمایندگان بیمه در بیمارستان اقدام می نماید لازم است معرفی نامه بیمه ی سلامت از سوی بیمارستان صادر شده و اسناد این بیماران در قالب صندوق سایر اقشار، برای ادارات کل بیمه ی سلامت ارسال شود
- در مورد نوزادان رها شده که مجهول الهویه محسوب می شوند، لازم است به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ اطلاع داده شده و حکم قضایی در مورد سرنوشت نوزاد توسط اورژانس اجتماعی اخذ شود
- به استناد سنجه ی ج 2 - 5 - 1 در خصوص جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه های مددجویان، بیمارستان طی برنامه ای مشخص با همکاری واحد مددکاری شناسایی بیماران دارای ناتواناییهای جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی / تشخیصی / توانبخشی را از طریق تلفنی / حضوری در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی ها ی مددجویان را پیگیری می نماید.

نحوه و محدوده حمایت‌های مالی از مددجویان نیازمند

- کلیه ی حمایت های مالی از بیماران نیازمند پیرو دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان باشد و شامل بیماران نیازمند، خاص، سرطانی، سوختگی، بیماران اعصاب و روان و بیماران با نیازهای ویژه است.
- جهت مساعدت در هزینه های درمانی، مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را بررسی و گزارش آن را در فرم مدیریت مورد ثبت نماید در صورت لزوم فرم های ارزیابی تخصصی و ارزیابی روانی اجتماعی نیز برای بیماران تکمیل می شود
- مددکار اجتماعی می تواند بیماران نیازمند را از محل منابع مالی جمع آوری شده از خیرین و مشارکت های مردمی نیز مورد حمایت قرار دهد همچنین هزینه ی لازم جهت صدور بیمه ی درمانی برای بیمارانی که فاقد بیمه هستند نیز از محل همین اعتبارات تامین شود لازم است به تائید واحد حسابداری رسیده و در بانک اطلاعاتی واحد مددکاری اجتماعی ثبت و نگهداری شود
- لازم است مددکار اجتماعی در تهیه ی فهرست اقدام و وسایلی که بیماران به آن نیاز دارند با واحد های مربوطه همکاری نماید

نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روش ها به منظور بهبود مستمر خدمات

مددکار اجتماعی

- عملکرد واحد مددکاری به صورت مستقیم و از طریق عملکرد روزانه این واحد که در دفاتر و فرمهای مربوطه و یا سامانه اطلاعات الکترونیک ثبت و نگهداری می شود قابل ارزیابی است مددکار اجتماعی موظف است هر روز راند بخش را انجام داده و فرم های ارزیابی تخصصی را برای بیماران نیازمند به خدمات حرفه ای تکمیل نماید و در پرونده ی بالینی بایگانی نماید، رویت فرم های مصوب تکمیل شده و گزارش گیری از سامانه اطلاعاتی بیمارستان در ارزیابی واحد مددکاری مورد توجه قرارگیرد
- مسئولین مربوطه مانند کارشناس استانی و یا مدیریت بیمارستان می توانند از فرم ها و چک لیست های ویژه ای برای ارزیابی استفاده کنند در ارزیابی مددکاران اجتماعی باید به توانمندی های فردی و حرفه ای، ارتباطات و تعاملات درون و برون سازمانی، قابلیت های اجتماعی و خلاقیت و علاقه مندی به حرفه توجه نمود
- مقایسه ی روند کار واحد مددکاری اجتماعی و میزان دستیابی به اهداف سازمانی، رضایت مندی بخش ها، تنظیم خط مشی ها و روش های کاری منطبق بر آن، نمره ی ارزشیابی سالیانه و نمره ی کیفی واحد مددکاری اجتماعی و فرم رضایت سنجی واحدهای شکایت نیز از جمله آیتم هایی است که در روند ارزیابی باید مورد توجه قرار می گیرد

○ میزان مشارکت و حضور مددکار اجتماعی در کمیته های بیمارستانی، عملکرد مددکار در جذب خیرین و آورده های اقتصادی، برگزاری دوره ها و نشست های تخصصی، انعقاد تفاهم مشترک درون و برون سازمانی، ارائه گزارش های تحلیلی بصورت دوره ای، میزان همکاری در تیم درمان توانایی و قابلیت های مددکار اجتماعی در انتقال دانش و تجارب حرفه ای به سایر همکاران و مشارکت در آموزش های حرفه ای هم باید در ارزیابی واحدهای مددکاری اجتماعی مد نظر قرار گیرد.

منابع:

۱. موسایی، م و همکاران، بررسی عوامل و راهکارهای رعایت حقوق بیمار. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۹، ۱۰(۳۹)، ۵۵
۲. سایت <http://ltrc.sbmu.ac.ir/index>
۳. سایت <https://www.tabnak.ir/fa/news>
۴. سایت <http://www.salamatnews.com/news>
۵. ساره ابری، مددکاران اجتماعی پزشکی: نقشها و وظایف کنونی، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، سال ۸، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۸
۶. محمد سبزی خوشنامی و همکاران، دستورالعمل حمایت های روانی اجتماعی از بازماندگان و خانواده های متوفیان کووید-۱۹، ویرایش اول، ۱۳۹۹، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۷. معصومه معارف وند و همکاران، پروتکل های ششگانه مداخلات پایه مددکاری اجتماعی در بیمارستان، سال ۱۳۹۵، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۸. دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی اداره مددکاری اجتماعی، معرفی خدمات مددکاری اجتماعی در مراکز درمانی، سال ۱۳۹۸، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۹. دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی اداره مددکاری اجتماعی، پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی سنج مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی، سال ۱۳۹۸، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی