

QPI.04			رقم المعيار
نظام الإبلاغ عن الحوادث			عنوان السياسة
الأول	رقم الاصدار	2024/10/1	تاريخ الاصدار
PP/ECC.QPI.04	كود السياسة	2024/10/15	تاريخ التفعيل
10	عدد الصفحات	2027/10/14	تاريخ المراجعة

❖ السياسة:

- يلتزم مركز عناية العيون Eye Care بسياسة واضحة للإبلاغ عن أي حدث يمثل تغييرا عما هو متوقع وقد يؤثر سلبا على سلامة المرضى أو العاملين وذلك من أجل المساعدة في التحسين المستمر للأداء وتشمل ما يلي:
- قائمة الحوادث والأخطاء الوشيكة والأحداث الضارة والأخطاء الجسيمة التي يمكن الإبلاغ عنها.
- عملية إدارة الحوادث وتشمل كيف ومتى يتم الإبلاغ ومن يقوم بالإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها.
- الحوادث التي تتطلب إخطار الإدارة على الفور.
- تصنيف الحوادث وتحليلها ورفع التقارير عنها.
- دواعي إجراء تحليل مكثف (التحليل الجذري للأسباب) وكيفية عمله .
- كيفية تواصل المركز مع المرضى حول الأحداث الضارة التي يتأثرون بها.

❖ الغرض:

- تقديم طريقة منظمة وموحدة في المركز لتعريف الأخطاء ورفع تقارير عنها.
- توفير أداة للكشف المبكر عن الأخطاء والوقاية منها.
- تحديد مسؤوليات جميع الأفراد المشاركين في عملية الإبلاغ عن الحوادث للتعامل الصحيح معها.

❖ التعريفات :

- حدوث واقعة: هي أي واقعة تحدث بالمركز لا تتماشى مع الرعاية الروتينية للمريض أو مع التشغيل الروتيني للمركز وقد هددت أو فرضت تأثير سلبي على أي فرد أو تلف مرافق المركز أو مواردها.
- حدث جسيم (Sentinel event) : هو حدث غير متوقع ينطوي على وفاة أو إصابة جسدية أو نفسية خطيرة والإصابات الخطيرة تشمل على وجه التحديد فقدان أحد أطراف أو وظائف الجسم.
- الأحداث السلبية (Adverse event): أي حادث وقع بالفعل في المركز (لا يمثل الرعاية الروتينية للمرضي) سبب في التأثير سلباً علي حياة مريض أو زائر أو العاملين بالمركز ويشتمل أيضا علي فقد أو فساد في ممتلكات المركز أو أي حدث قد يؤدي إلى رفع دعوى قضائية علي المستشفى أو يؤثر علي سمعتها.

- حدث قريب (Near miss) : هو حادث غير مخطط له لديه القدرة علي إحداث ضرر تم اعتراضه في الوقت المناسب أو بالصدفة نتج عن ذلك عدم حدوث ضرر للأشخاص .
- تحليل السبب الجذري (Root cause analysis) : هي عملية لتحديد العوامل الأساسية أو السببيه التي يقوم عليها الاختلاف في الأداء بما في ذلك حدوث حدث جسيم .
- الاتجاه (trend) : هو تغير تدريجي نحو اتجاه معين (صعودا أو هبوطا) لعملية أو ناتج معين لمجموعة بيانات بمرور الوقت ويظهر كسلسلة متتابعة من البيانات اتخذت اتجاهها محدد
- الإجراء التصحيحي: الإجراء/ التوصية التي اتخذها مدير الجودة والمختصين بالأمر لمنع تكرار حدوث واقعة بناء على تحليل الأسباب الجذرية.
- المكتشف: الموظف الذي اكتشف حدوث الواقعة ويقوم بالإجراء الفوري (إذا لزم الأمر)
- الإجراء الفوري: الإجراء الذي اتخذته مكتشف الواقعة والأخرون لمنع حدوث الواقعة أو تقليص الآثار غير المرغوبة نتيجة حدوث الواقعة

❖ الإجراءات :

قواعد عامة :

- تقع المسؤولية علي جميع العاملين للإبلاغ الفوري عن تفاصيل أي واقعة قد تؤثر سلباً علي المريض/الزوار/العاملين/مباني المركز أو موارده أو سمعته.
- يجب كتابة و استكمال التقرير بواسطة الشخص المكتشف أو الشاهد للواقعة أو الشخص المشارك في الواقعة.
- يجب كتابة التقرير بعد اكتشاف الحادث و خلال العمل (حيث لاتزال تتذكر تفاصيل الواقعة – ولاتزال الادلة في مكان الواقعة – و يمكن اتخاذ الاجراءات التصحيحية لحماية آخرين) و تقديمه إلي المشرف المتواجد .
- يستخدم هذا التقرير لوصف و توضيح الحقائق المتعلقة بالحادث و لا يستخدم لتوجيه أي لوم أو اتهامات لشخص معين من الفريق المشارك بالواقعة.
- لا يتم كتابة اسم المتسبب في حدوث الواقعة .
- يجب ألا يوضع التقرير في السجل الطبي أو ملف الموظف
- لا يتم عمل نسخة إضافية من تقارير الإبلاغ عن واقعة و يحفظ الاصل في قسم الجودة .
- يجب عدم مناقشة محتوى التقارير او تفاصيل الواقعة مع اي من المريض او الزائرين او زملاء العمل فيما عدا توضيح الحقائق مع الشخص المصرح له بتحليل الحادث
- يفضل استخدام قلم أزرق أو إسود في كتابة التقرير و تجنب استخدام القلم الرصاص.
- يجب الكتابة بخط واضح باللغة العربية
- في حالة رفع تقرير ابلاغ عن واقعة الكتروني يتم مسح الكود الخاص بالموقع و الموزع بالاقسام و رفع التقرير .

1 ش دمشق - ميدان سوارس - المعادى - م: 01066602662/3/4-01000015004

1 Dimask St., off Sawaris Square , Maadi – Cairo, Egypt– fax : 23580687

23580687/ف

mob : 01066602662/3/4 - 01000015004

www.eyecare-center.com

قائمة الحوادث والأخطاء القريبة والأحداث الضاره والأحداث الجسيمه التي يمكن الإبلاغ عنها :

➤ أولا : الأحداث الضارة (Adverse events) :

- حدوث خطأ في رعاية المريض مثل (تقييم المريض - خطة رعايه المريض - التسليم والتسلم -) وأثر في رعاية المريض
- حدوث خطأ في إدارة الدواء (أثناء التخزين- الوصف - التحضير - الإعطاء - المتابعة -) ووصل أثره للمريض .
- أحداث لها علاقة بأمان و سلامة المريض مثل :
 - حدوث خطأ في تعريف المريض لم يتم تداركه .
 - حدوث قرح فراش للمريض .
 - حدوث إصابة للمريض نتيجة التقييد الخاطئ .
 - حدوث سقوط للمريض .
 - انفكك احد الوصلات او التركيب الخطأ
- أحداث جراحية مثل :
 - تواجد المريض في العمليات بالاكسسوارات
 - تواجد المريض في العمليات بدون تحضير
 - تواجد المريض العمليات بدون ملف طبي
 - عدم إجراء الوقت المستقطع TimeOut
 - عد خاطئ للأدوات
- حدوث عطل مفاجيء في مرافق المركز (الكهرباء - المولد - المياه -) أثر سلبا على المريض .
- حدوث خطأ في التوثيق بالملف الطبي أثر سلبا على المريض
- حدوث عطل مفاجيء في جهاز طبي أثر سلبا على المريض

➤ ثانيا : قائمة الأحداث الضارة الهامة (Significant event)

- الاختلاف الكبير بين تشخيص ما قبل العملية وبعد العملية ومن ذلك نتائج الباثولوجيا الجراحية
- الأحداث الخطيرة التي تحدث نتيجة التخدير أو التهذئة و التي تسبب ضرر أو التي لها القدرة على إحداث ضرر
- التفاعلات الدوائية الضارة المهمة التي تسبب ضرر للمريض أو يحتمل أن تسبب ضرر للمريض
- أخطاء دوائية خطيرة تؤدي الى ضرر للمريض او لها القدرة على احداث ذلك
- حدوث جلطة رئوية أو جلطة وريدية عميقة نتيجة عدم تقييم المريض بطريقة صحيحة أو عدم اتباع البروتوكول الوقائي لمنع حدوث الجلطات .
- هروب و محاولة هروب مريض .

➤ ثالثا: الأخطاء القريبة (near miss) :

أى خطأ من الأخطاء السابقة حدث ولكن لم يصل ضرره للمريض (تم اكتشافه في الوقت المناسب) مثال: إنقاذ مريض كان على وشك السقوط قبل سقوطه بالفعل.

➤ رابعا: الأحداث الغير متوقعة ذات الدلالة (sentinel events) :

- حدوث وفاة غير متوقعة (بطريقة لا علاقة لها بالمسار الطبيعي لمرض المريض أو حالته).
- حالات الخطأ في العمليات الجراحية (المريض الخطأ- المكان الخطأ- الإجراء الخطأ)
- ترك (غير مقصود) لجسم غريب داخل المريض بعد اجراء الجراحة أو الإجراء التداخلي
- حدوث وفاة غير متوقعة أو أذى بدني خطير لمريض أو موظف أو زائر (فقد طرف أو عضو او فقدان دائم ل احد وظائف الجسم).
- خطف
- اغتصاب
- انتحار أو محاولة انتحار
- عنف أدى إلى وفاة او فقد دائم لوظيفة من وظائف الجسم

➤ عملية إدارة الحوادث

(كيف يتم كتابة التقرير- متى يتم الإبلاغ - من الذى يقوم بالإبلاغ عن الحوادث والتحقيق فيها) :

- يقوم مكتشف الواقعة فور اكتشافها بالتدخل السريع لمنع الضرر(بالإجراء الصحيح و التوقيت المناسب).
- يقوم مكتشف الواقعة بطلب المساعدة من أحد العاملين بحسب طبيعة الخطأ للتصحيح الفوري للواقعة (طبيب - ممرضة - فني صيانة أجهزة طبية - عامل نظافةالخ)
- يقوم الطبيب في حالة حدوث اصابة و الحاجة الى متابعة طبية باتخاذ الاجراءات الطبية اللازمة لإسعاف المصاب.
- يقوم الطبيب بتسجيل نتيجة الفحص الطبي و الرعاية الطبية المطلوبة (في حالة حدوث إصابة) في تقرير الإبلاغ عن واقعة ورقي /الكروني .
- يقوم مكتشف الواقعة بعد اتخاذ الاجراءات التصحيحية بكتابة تقرير ابلاغ عن واقعة قبل نهاية نوباتجية العمل بتوثيق :
 - بيانات الشخص المكتشف للواقعة (اختيارى) .
 - معلومات عن الشخص المصاب والقسم الموجود به (إذا كان مريض يتم كتابة اسم المريض ورقم الملف - إذا كان موظف يتم كتابة الاسم بالكامل والوظيفه - اذا كان زائرا يتم كتابة الاسم والعنوان ورقم الهاتف إن أمكن) .
 - مكان الواقعة.
 - وصف الواقعة
 - الإجراءات الفورية التي تم اتخاذها مباشرة بعد حدوث الواقعة لتفادي الاضرار

- تاريخ و ساعة الواقعة .
- تاريخ و ساعة كتابة التقرير .
- يقوم مكتشف الواقعة بإبلاغ المشرف المسئول (مسئولة القسم – رئيسة التمريض – رئيس القسم) للتأكد من إتخاذ الاجراء الصحيح .
- يقوم المشرف المسئول بملئ الجزء الخاص به في اقرار الابلاغ عن واقعة بتوثيق الاجراء التصحيحي والاجراء الوقائي المقترح لمنع تكرار الخطأ.

➤ الإطار الزمني لكتابة التقارير :
يقوم مكتشف الواقعة بتسليم التقرير إلى قسم الجودة خلال 24 ساعة (بحد أقصى) من اكتشاف الواقعة واستكمال البنود التالية في التقرير.

- التحري عن الوقائع ومتى يتم ذلك ومن يقوم به :
- يقوم مدير الجودة (أو من يكلفه من قسم الجودة) بعد وصول التقرير إلى قسم الجودة بالمركز بمراجعة ما يلي :
 - أولاً : تصنيف هذه الحادثة من حيث نوع الخطأ (خاص برعاية المريض-خاص بإدارة الدواء- سلامة وأمان المريض- خطأ في التواصل - خطأ في التسجيل والتوثيق - خاص بالسلامة البيئية – خاص بالأجهزة - خاص بمكافحة العدوى-سلوك غير مناسب-المرافق-احداث متعلقة بالعاملين)
 - ثانياً : من حيث كونها (خطأ قريب – واقعة - حدث جسيم) كما يقوم بتحديد القسم المعنى (خاص بالسلامة البيئية – خاص بالعمليات – خاصة بسلامة وأمان المريض-...الخ) للرجوع اليه.
- يقوم مدير الجودة (أو من يكلفه من قسم الجودة) بالرجوع الي رئيس القسم الذي وقعت فيه الحادثة والشخص أو الأشخاص مكتشفي الحادثة لمعرفة الأسباب التي أدت الي الحادثة ووضع التوصيات لعدم تكرار هذه الحادثة مرة أخرى ويتم ذلك خلال 48 ساعة من وصول التقرير إلى قسم الجودة.
- يتأكد مدير الجودة من وضع خطة تصحيحية بمشاركة القسم أو الأقسام المعنية لضمان تنفيذ التوصيات حسب تصنيف الحادثة ورئيس القسم التي حدثت فيه الحادثة .
- تشمل الخطة التصحيحية التوصيات ومن المسئول عن تنفيذ كل توصية والإطار الزمني للتنفيذ والموارد المطلوبة.
- يقوم مدير الجودة (أو من يكلفه من قسم الجودة) بمتابعة تنفيذ الخطة التصحيحية الموضوعة ورفع تقرير عنها لمناقشتها في اجتماع لجنة الجودة.

➤ الحوادث التي تتطلب إخطار الإدارة على الفور:

- جميع الأحداث الهامة significant event
- جميع الأحداث الجسيمة sentinel even

- يقوم مدير الجودة عند ورود تقرير إبلاغ عن واقعة (أحداث غير متوقعة) إلى قسم الجودة يحتوى على حدث هام ضار / حدث جسيم بإبلاغ مدير المركز فوراً و يتم عمل تحليل جذرى ومكثف (RCA) للأسباب الرئيسية وذلك طبقاً لسياسة التعامل مع الأحداث الهامة (Significant event) وسياسة التعامل مع الأحداث الجسيمة (sentinel events)

➤ تصنيف الحوادث وتحليلها ورفع التقارير عن النتائج:

- التصنيف:
- يقوم قسم الجودة بتصنيف الحوادث كالتالى:
- من حيث نوع الخطأ (خاص برعاية المريض - خاص بإدارة الدواء - سلامة وامان المريض - خطأ فى التواصل - خطأ فى التسجيل والتوثيق - خاص بالسلامة البيئية - خاص بالأجهزة - خاص بمكافحة العدوى - سلوك غير مناسب-المرافق - أحداث متعلقة بالعاملين)
- من حيث الفئة الى (حادث - خطأ وشيك - حدث ضارهام - حادث جسيم)
- من حيث مستوى الخطورة (بسيط - متوسط - خطير - على الخطورة)
- التحليل:
- يقوم قسم الجودة بإجراء تحليل مفصل للأحداث المبلغة شهرياً.
- يقوم قسم الجودة بتقديم تقرير بذلك إلى مدير المركز و لجنة (تحسين الاداء وسلامة المريض وإدارة المخاطر) بمعدل ربع سنوى.

➤ يشتمل التحليل الشهرى على:

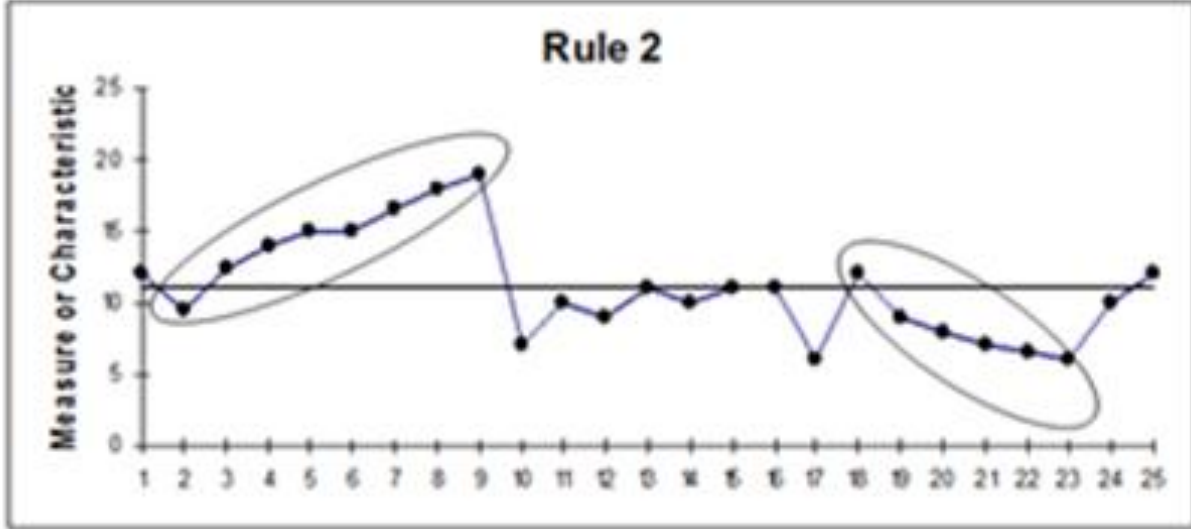
- إجمالى عدد تقارير الإبلاغ عن واقعة وتصنيفها
- أعلى نسبة تصنيفاً من حيث نوع الخطأ
- أعلى نسبة تصنيفاً من حيث الفئة : (حدث ضار - خطأ وشيك- حدث ضارهام - حادث جسيم)
- أعلى نسبة تصنيفاً من حيث مستوى الخطورة : (بسيط- متوسط - خطير - على الخطورة)
- أعلى نسبة تبليغ عن الأحداث
- أعلى قسم مسؤول عن الرد عن تقارير الإبلاغ عن واقعة

➤ تحليل الاتجاهات (trend analysis)

- يقوم قسم الجودة بمراقبة الاتجاهات الهامة فى الحوادث التى تحدث فى المركز (TRENDS) و يتم تمثيلها بيانياً
- يعتبر هناك تغير فى الاتجاهات (TREND) عند وجود خمس نقاط متتابعة جميعها تتجه لأعلى أو جميعها يتجه لاسفل كما هو موضح بالشكل التالى:

Rule 2: TREND

A trend is five or more consecutive points all going up or all going down. If two successive points have the same value, only the first counts towards the trend – like values do not count towards or break a trend. Ignore the second point and continue counting with the next point on the chart.



- يقوم قسم الجودة بتحليل الاتجاهات trend analysis عند وجود تغير لخمس قيم متتابة صعوداً أو هبوطاً لأي من الأحداث عن طريق عمل تحليل مكثف جذري RCA.

➤ رفع تقارير عن النتائج:

- يقوم مدير الجودة برفع تقرير شهري الى أعضاء لجنة الجودة
- يقوم مدير الجودة بإبلاغ مدير المركز فوراً في حالة الأحداث الهامة والجسيمة.

دواعي وكيفية إجراء تحليل مكثف للأحداث

➤ أولاً : دواعي إجراء تحليل مكثف للأحداث :

- الأحداث الهامة
- الحوادث الجسيمة (SENTINEL EVENTS)
- الخطأ الوشيك Near miss الذي في حالة حدوثه كان سيتسبب في ضرر جسيم (مثل مريض خطأ أدخل غرفة العمليات لإجراء عملية بدلاً من مريض آخر وتم اكتشافه قبل أو اثناء التايم اوت)
- عند حدوث تغير في الاتجاهات TRENDS
- يمكن إجراء تحليل مكثف لأي حدث آخر بخلاف ماسبق بناء على طلب من مدير المركز.

- ثانيا: كيفية إجراء التحليل المكثف :
- عن طريق عمل تحليل للأسباب الجذرية للمشكلة (RCA) كما يلي:
 - يقوم مدير الجودة باتخاذ الاجراءات اللازمة لعمل تحليل جذري للواقعة وذلك عن طريق مايلي:
 - تشكيل فريق متابعة وتحليل الاحداث الجسيمة (مشكل من رئيس القسم الذي حدثت به الواقعة- الشخص مكتشف /المشارك بالواقعة -ممرضة من القسم - عضو جودة)
 - يقوم الفريق السابق بالانتقال لموقع الحادث بالمركز لفهم الحادث وتحديد العوامل الأساسية التي تكمن وراء وقوع هذا الحدث.
 - يقوم الفريق برسم خريطة التدفق (FLOW CHART) للحادث الذي وقع
 - يقوم الفريق برسم خريطة التدفق التي كان من المفترض ان تتم (الصورة المثلى للعملية)
 - يقوم الفريق بتحديد الفجوة بين ماتم حدوثه وما كان من المفترض حدوثه
 - يقوم الفريق بعمل عصف ذهني لتحديد جميع الأسباب الممكنة التي أدت لوقوع الحادث عن طريق عمل مخطط هيكل السمكة (fish bone) والسؤال بطريقة الخمسة لماذا؟ (5whys?)
 - ينتهي الفريق من التحليل خلال أسبوع من تشكيل الفريق.
- عند تحليل الأسباب الجذرية يجب أن يراعي الخصائص التالية :
- يركز التحليل في المقام الأول على النظام والعمليات ، وليس على الأداء الفردي
 - التحليل يحدد التغييرات التي يمكن إدخالها في النظم والعمليات (إما من خلال إعادة تصميم أو تطوير نظم جديدة أو عمليات جديدة) التي من شأنها أن تقلل من مخاطر مثل هذه الأحداث في المستقبل
 - أن يكون التحليل دقيق وموثق و مشتملا على العوامل التالية :
 - العوامل البشرية
 - النظام والعمليات الأساسية
 - الموارد المتاحة
 - البيئة المحيطة
 - المعدات والاجهزة
 - إذا وجد تحليل السبب الجذري أن الحادث الجسيم كان نتيجة لأداء أحد أعضاء الفريق الطبي وله امتيازات اكلينيكية فيتم إدارة الإجراء التصحيحي من خلال مدير المركز.
 - اذا وجد تحليل السبب الجذري ان الحادث الجسيم كان نتيجة لأداء أحد أعضاء الفريق الطبي ليس له امتيازات اكلينيكية أو أحد العاملين بالمركز من خارج الفريق الطبي فيتم إدارة الإجراء التصحيحي من خلال رئيس القسم المعنى.
 - إذا وجد تحليل السبب الجذري أن الحادث الجسيم كان نتيجة لخلل بالنظام أو عملية معينة بالمركز فيتم ادارة الاجراء التصحيحي من خلال عمل مشروع تحسين لوضع خطة تصحيحية وتنفيذها في خلال إطار زمني لا يتعدى شهر.
 - يراعى أثناء وضع الخطة أن يتم تحديد المسئول عن التنفيذ والمراقبة والاختبار التجريبي ، ويكون لها إطار زمني محدد .

- يجب مشاركة إدارة المركز والأفراد الأكثر مشاركة في العمليات والنظم المتعلقة بالحدث في تطبيق الخطة التصحيحية.

➤ الإطار الزمني:

- يجب تحليل الأسباب الجذرية ووضع الخطة التصحيحية خلال 15 يوم من وقوع الحدث.
- يجب تطبيق الخطة التصحيحية في مدة لا تزيد عن 30 يوم
- يتم متابعة تنفيذ الخطة التصحيحية والاستمرارية في تنفيذها عن طريق لجنة الجودة بالمركز.

➤ نشر ثقافة الإبلاغ عن واقعة:

- يقوم قسم الجودة بتدريب العاملين بالمركز على ثقافة سلامة المرضى و عدم اللوم والعقاب , الاحداث الواجب الإبلاغ عنها , كيفية الإبلاغ عن واقعة و التعامل معها و دور مكتشف الواقعة و دور قسم الجودة في تحليل الاخطاء و وضع الاجراءات التصحيحية و التركيز على الانظمة و ليس الاشخاص , تحليل الاحداث الجسيمة و ادوات الجودة و طرق حل المشكلات.

➤ كيفية تواصل المركز مع المرضى حول الأحداث الضارة التي يتأثرون بها:

- في حالة حدوث ضرر للمريض يقوم المتسبب في الخطأ (طبيب - صيدلى - تمريض -.....) مع مسئول رضاء المرضى مع ممثل للإدارة بالاعتراف والإفصاح والاعتذار للمريض عن الخطأ الذى تم وأنه تم اتخاذ كافة الاجراءات التصحيحية
- في حالة الأخطاء الوشيكة NEAR MISS لا يتم إخطار المريض .

❖ المسئول:

- مدير المركز
- رؤساء الاقسام
- جميع العاملين
- قسم الجودة.
- أعضاء لجنة الجودة.

❖ المرفقات:

- نموذج تقرير عن واقعة (OVR)
- قائمة الأحداث الواجب الإبلاغ عنها

❖ الاختصارات:

- ECC= Eye Care Center
- PP= Policy & Procedure

- QPI = Quality Performance Improvement
- OVR = Occurrence Variance Report
- RCA = Root Cause Analysis
- GAHAR= General Authority for Healthcare Accreditation and Regulation

❖ المراجع :

- معايير اعتماد المراكز الطبية المتخصصة و جراحات اليوم الواحد GAHAR 2022
- WHO PATIENT SAFETY CURRIVULUM GUIDE, MULTI-PROFESSIONAL edition,2011

التاريخ	التوقيع	الوظيفة	
		عضو فريق الجودة	الإعداد
		مدير الجودة	المراجعة
		مدير المركز	الاعتماد