



إسم السياسة / سياسة التبليغ عن الحادث العرضي

رقم السياسة / الخطة : الرقم QIC -PP -02

المعنيين بالسياسية : جميع العاملين الفنيين والإداريين في المستشفى		المجموعة: تحسين الجودة وسلامة المرضى
توقيع رئيس اللجنة:	تاريخ الاعداد : 2025/5/22	إعداد: لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى
التوقيع:	تاريخ التدقيق: 2025/10/	دققت من قبل: مدير قسم الجودة
التوقيع:	تاريخ الاعتماد: 2025/10 /	اعتمد من قبل: مدير المستشفى
تاريخ المراجعة القادمة: 2027/ 10 /	الطبعة : الاولى	عدد صفحات السياسة/الخطة: (6)

الأهداف :

1. التعريف بماهية الحوادث التي يمكن أن تؤدي إلى إلحاق الضرر بالمريض أو الموظف أو الزائر أو المقاول أو المبنى أو المعدات و الية الإبلاغ عنها.
2. تحديد إجراءات الإبلاغ عن الأحداث غير العادية التي تؤثر على المرضى والموظفين والزوار والطلاب والعمال والمتطوعين في المستشفى لمساعدة الإدارة على اتخاذ القرارات المناسبة لمنع أو تقليل الضرر المرتبط بهذه الأحداث.
3. تحسين جودة رعاية المرضى وتقديم الخدمات من خلال الرصد والتعلم من الحوادث والإجراءات المتخذة.

السياسات :

1. جميع الحوادث العرضية بما يخص المريض, الزائر أو الموظف نفسه أو آخرين أو أية ممتلكات تخص المستشفى يجب أن يبلغ عنه فوراً من خلال تعبئة نموذج الحادث العرضي الخاص بذلك .
2. تتم تعبئة نموذج تقرير الحادث العرضي من قبل الشخص المعنى بالحادث وتسليمه الى مسؤول القسم أو من ينوبه لإبداء الرأي ومن ثم يرسل لقسم الجودة خلال 24 ساعة من وقوع الحادث.
3. تلتزم ادارة المستشفى بإيجاد نظام خالي من اللوم للتبليغ عن الحوادث العرضية بهدف توفير قاعدة بيانات لجميع الحوادث العرضية في المستشفى لتحليلها ودراستها والوقوف على الأسباب الجذرية المسببة للحادثة لغايات منع تكرار الحدوث.

التعريفات:

1. **Risk Index Near Miss** :_حادث ناتج عن إنحراف في تنفيذ العمليات, لم يصل المريض أو الموظف أو الزائر و لم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يسبب الأذى في المستقبل, ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة, يتم إتخاذ الاجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير المستشفى وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر
 2. **Risk Index Incident Event**:_حادث وصل المريض أو الموظف أو الزائر ولكن لم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يسبب الأذى في المستقبل , ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة , يتم إتخاذ الاجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير المستشفى وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.
 3. **Risk Index Accident Event**:_حادث تسبب بأذى مؤقت ويحتاج إلى مراقبة ومتابعة وقد يحتاج إلى نقل المريض لقسم آخر مثل العناية الحثيثة, يتم إتخاذ الاجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.
- حادث تسبب بأذى متوسط ويحتاج إلى تدائل علاجي له, يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.

Risk index Sentinel Event: .4

- حادث تسبب الأذى الكبير أو الإعاقة أو الموت للمريض يحتاج إلى تداخلات علاجية للإبقاء على حياة المريض . يحتاج إلى إبلاغ الإدارة العليا مباشرة وتحقيق معمق بالحدث لمعرفة الاسباب الجذرية وخطة تصحيحية ووقائية مفصلة , كما يتم تحديد الدروس المستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر والشركاء في العمل.

الحادث الجسيم أو عالي الخطورة (sentinel event): هو الحادث الذي ينتج عن وفاة غير متوقعة أو أضرار جسيمة ودائمة لوظيفة من وظائف الجسم وهي لا تتعلق بالمسار الطبيعي للمريض أو وضعه الصحي ومنها الحوادث التالية:

- 1- أي حالة وفاة غير متوقعة أو فقدان دائم لوظيفة في الجسد أو إعاقة وظيفية للمريض
- 2- بقاء أي أدوات داخل جسم المريض (أجسام غريبة محتجزة) بعد عملية جراحية أو الإجراءات الجراحية .
- 3- أي إجراء حدث للمريض الخطأ، الموقع الخطأ أو إجراء خاطئ
- 4- تحلل في دم المريض الناتج عن نقل الدم الخطأ للمريض أو عدم توافق الدم
- 5- خطف طفل.
- 6- إنتحار المريض داخل المستشفى.

الأدوات / النماذج :

1. نموذج التبليغ عن الحوادث العرضية
2. نموذج تحليل الجذور

الإجراءات :

1. يلتزم الشخص المعني الذي (يشاهد أو يتعرض) للحادث العرضي بالتبليغ عن الحادث من خلال تعبئة نموذج الحادث العرضي حسب التعليمات الواردة فيه بشكل كامل بحيث تكتب جميع المعلومات بخط واضح ومقروء وخلال 24ساعة من وقوع الحادث كحد أقصى .
2. يتم تقييم الحادث حسب شدته والضرر الذي أحدثه وفي حال كان الحادث قد تسبب بأذى للمصاب (وهو الشخص الذي تعرض لحادث سواء أكان مريض/ موظف / زائر) ويعرض المصاب فوراً على الطبيب المعني لتقييم وتقديم العلاج اللازم له.
3. يتم تبليغ المسؤول المباشر عن حالات وقوع حادث عرضي مباشرة أو خلال من حدوثه ويسلم النموذج إلى المسئول المباشر عن الشخص المعني بالحادث ليكمل تقييمه للحادث بحيث يحدد برأيه الأسباب التي أدت إلى حدوث الحادث ويتخذ اي إجراء مباشر للتقليل من المضاعفات والاضرار ووفق الصلاحيات المخولة اليه.
4. يرسل التقرير بعد استكمالها وتوقيعه من قبل المسؤول المباشر ورئيس القسم إلى قسم الجودة.
5. يقوم قسم الجودة بدراسة الحادث والتأكد من صحة الإجراءات المتخذة .
6. يقوم قسم الجودة بعرض الحادث على اللجنة المعنية لدراسة الأسباب واتخاذ الإجراءات اللازمة.
7. **الحادث الجسيم (sentinel event) حسب Q1.4.3:** هو الحادث الذي ينتج عن وفاة غير متوقعة أو أضرار جسيمة ودائمة لوظيفة من وظائف الجسم وهي لا تتعلق بالمسار الطبيعي للمريض أو وضعه الصحي ومنها الحوادث التالية:
 - 7.1. أي حالة وفاة غير متوقعة أو فقدان دائم لوظيفة في الجسد أو إعاقة وظيفية للمريض
 - 7.2. بقاء أي أدوات داخل جسم المريض (أجسام غريبة محتجزة) بعد عملية جراحية أو الإجراءات الجراحية .
 - 7.3. أي إجراء الجراحة للمريض الخطأ، الموقع الخطأ أو إجراء خاطئ
 - 7.4. تحلل في دم المريض الناتج عن نقل الدم الخطأ للمريض أو عدم توافق الدم
 - 7.5. خطف المولودين الجدد او تقديم المولود للعائلة الخطأ.
 - 7.6. انتحار المريض داخل المستشفى
8. في الحوادث شديدة الخطورة (sentinel incident):
 - 8.1. يتم التبليغ عن هذه الحوادث فور وقوعها وتعبئة تقرير الحادث العرضي.
 - 8.2. يتم تبليغ مدير المستشفى على الفور أو المناوب الإداري في الورديات المسائية والليلية لاتخاذ الإجراءات التصحيحية المباشرة و تقديم الدعم اللازم للمصاب / المصابين و اسرهم والبدء بدراسة الأسباب الجذرية لذلك خلال ساعتين من حدوثه.

8.3. تشكل الإدارة لجنة مؤقتة (Ad hoc Committee) من الأشخاص ذو العلاقة لدراسة الحادث والأسباب

الجزئية لحدوثه Root cause analysis

8.4. تقدم اللجنة خطة عمل للإجراءات التصحيحية للجنة الجودة خلال شهر من تشكيل اللجنة كحد أقصى.

8.5. تقوم اللجنة بكتابة تقرير عن الحادث وعرضه على لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى.

9. يقوم قسم الجودة بعرض تقرير دوري عن نسبة الحوادث العرضية كل ثلاث شهور على لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى.

10. تقوم وحدة الجودة بوضع خطط تصحيحية للحوادث الأكثر حدوثا وإدراجها ضمن خطط تحسين الجودة في المستشفى.

11. يجب التذكير دائما بأن التبليغ عن الحوادث العرضية وكتابة نموذج الحادث العرضي ليس لمعاقبة الشخص المبلغ وإنما لتصويب الوضع ومنع تكراره مستقبلا.

12. يتم تحديد مسؤوليات المعنيين بالحوادث العرضي لتشمل مايلي :-

مسؤولية الإدارة العليا :-

1. إيجاد بيئة خالية من اللوم فيما يتعلق بالتبليغ عن الحوادث العرضية

2. اتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية

مسؤولية رئيس القسم :-

1. التأكد من أن تقرير الحادث العرضي مستكمل البيانات.

2. اتخاذ أي إجراءات سريعة كفيلة بتقليل أي مخاطر محتملة الحدوث.

3. تسليم تقرير الحادث العرضي لوحدة الجودة .

مسؤولية قسم الجودة

1. تثقيف وتشجيع الكوادر على التبليغ عن الحوادث العرضية

2. استلام و تجميع الحوادث العرضية

3. عرض الحادث العرضي على الجهة المخولة باتخاذ الإجراء الوقائي أو التصحيحي.

4. دراسة الحالات المتكررة للوقوف على الأسباب ومنع حدوثها .

5. المساهمة في إجراء التحليل لأي حادث ناتج عن الأخطاء الطبية عالية الخطورة لمعرفة الأسباب الجذرية المسببة لها ومتابعة الإجراءات التصحيحية المقترحة وتقييم فاعليتها.

6. تقديم تقرير دوري لمجلس الإدارة فيما يتعلق بالحوادث العرضية في المستشفى للمساهمة في اتخاذ أي قرار متعلق بسلامة المرضى والزوار والعاملين.

المراجع :

- السياسة الداخلية لمستشفى مارينا الأهلي.

INCIDENT REPORTS RISKS INDEX

Risk index 4 sentinel:

حدث تسبب الأذى الكبير أو الإعاقة أو الموت للمريض يحتاج إلى تداخلات علاجية للإبقاء على حياة المريض . يحتاج إلى إبلاغ الإدارة العليا مباشرة وتحقيق معمق بالحدث لمعرفة الاسباب الجذرية و خطة تصحيحية ووقائية مفصلة , كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر والشركاء في العمل.

Error occurred that resulted a major patient harm / required intervention necessary to sustain life / or contributed to patient's death, and in this case the Managing Director or his deputy to be notified directly. In-depth investigation, full root cause analysis and a formal action plan will be required. Action plan must occur plus feedback to staff and lessons learned to be shared within the unit and throughout the hospital and to relevant external stakeholders.

Risk index 3 accident:

حدث تسبب بأذى متوسط ويحتاج إلى تدخل علاجي له, يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.

Error occurred that resulted a minor harm and required intervention to be done. It will be investigated by the head of the department, and it may require Root Cause-analysis to find the real cause behind the incident, and an action plan will be initiated accordingly to identify strategies to be implemented to reduce the risk of similar events from occurring in the future. Must be investigated at senior level and an action plan developed. Action must occur plus feedback to staff/patients and lessons learned to be shared within the unit and through the hospital.

Risk Index 2 accident:

حدث تسبب بأذى مؤقت ويحتاج إلى مراقبة ومتابعة وقد يحتاج إلى نقل المريض لقسم آخر مثل العناية الحثيثة, يتم إتخاذ الاجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.

Error occurred that resulted a temporary harm and required monitoring or transfer to higher level of care. They require On-spot action only, as long as they do not harm patients / visitors, but if they turn to become high volume, so here a credible Root Cause-analysis is needed to find the real cause(s) behind the incident. Formal investigation requirement to be considered although may not be necessary. Action and feedback to staff /patients to occur as necessary. Incidents to be subject of aggregate review to identify trends/problem.

Risk Index 1 incident:

حدث وصل المريض أو الموظف أو الزائر ولكن لم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يسبب الأذى في المستقبل , ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة , يتم إتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر.

Error occurred reached the patient but did not cause harm, however, it has the potential to cause significant patient harm in the future. They need Root Cause- analysis to know their causes to prevent their reoccurrence. No formal detailed investigation likely to be required, although 'closing of the loop' and feedback of staff/patients should occur as necessary. Incidents to be subject of aggregate review in order to identify trends/problem.

Risk Index 0 Near Miss:

حدث ناتج عن إنحراف في تنفيذ العمليات , لم يصل المريض أو الموظف أو الزائر و لم يتسبب بأذى ومن الممكن أن يسبب الأذى في المستقبل , ويحتاج إلى عمل تحليل لمعرفة الأسباب للمشكلة , يتم إتخاذ الإجراءات الوقائية والتصحيحية المناسبة من قبل رئيس القسم أو الدائرة. وبحالة التزايد الملحوظ في تكرار الحدث في المستقبل يتم التحقيق به من خلال مدير الدائرة وقد يحتاج إلى تحليل جذري للمشكلة وخطة تحسينية لمنع تكرار حدوثه, كما يتم تحديد الدروس مستفادة من الحدث وتعميمها على الكوادر

Any process variation that did not affect the outcome, but for which a recurrence carries a significant chance of a serious adverse outcome. No formal detailed investigation likely to be required, although 'closing of the loop' and feedback of staff/patients should occur as necessary. Incidents to be subject of aggregate review in