

مستشفى البشير

خطة سلامة المرضى المتكاملة

اعداد

وحدة الجودة

مقدمة :

مستشفى البشير ملتزم بتحسين سلامة المرضى من خلال خلق بيئة عمل تدعم نهجا استباقيا وديناميكيا للحد من خطر الضرر في النظم أو العمليات أو بيئة الرعاية.

وتوفر خطة سلامة المرضى نهجا منهجيا ومنسقا ومستمرًا للحد من الأخطاء الطبية. وتدمج هذه الخطة أولويات سلامة المرضى في تصميم وإعادة تصميم جميع عمليات ووظائف المنظمة ذات الصلة، مما يقلل من خطر الضرر في النظم أو العمليات أو بيئة الرعاية.

وسيتحقق تنفيذ هذه الخطة من خلال الأهداف التالية:

1. التعرف على المخاطر التي تؤثر على سلامة المرضى والأخطاء الطبية / الصحية والاعتراف بها مع التركيز على تحسين العمليات والأنظمة.
2. بدء الإجراءات التي تقلل من هذه المخاطر.
- 3- الإبلاغ عن النتائج والإجراءات المتخذة لتحسين العمليات والنظم.
4. التقليل من اللوم الفردي أو القصاص عن المشاركة في خطأ الرعاية الطبية / الرعاية الصحية.
5. التعلم التنظيمي حول الأخطاء الطبية / الرعاية الصحية.
6. تبادل المعرفة لإحداث تغييرات سلوكية لتقليل المخاطر على المرضى.

تنفيذ الخطة:

لجنة سلامة المرضى هي مجموعة متعددة التخصصات تشرف على تنفيذ خطة السلامة المتكاملة للمرضى والتي تشمل الطاقم الطبي وموظفي جميع الإدارات.

المبادئ التوجيهية:

- يعتمد برنامج فعال لسلامة المريض على الإبلاغ الأمثل عن الأخطاء الطبية والأحداث. وجميع الموظفين والأطباء ملزمون بالإبلاغ عن أخطاء الرعاية الطبية / الصحية المشتبه فيها والمحددة كجزء من مسؤوليتهم المهنية، وينبغي أن يفعلوا ذلك **دون الخوف** **من الانتقام.**
- أي موظف يشارك في SENTINEL EVENTS يحتاج إلى دعم من قبل مديرهم. ويشمل ذلك الحفاظ على السرية.
- تعتمد الخطة المتكاملة لسلامة المرضى مفهوم أن الأخطاء تحدث أساسا بسبب انهيار النظم والعمليات، وسوف تركز على تحسين النظم والعمليات، بدلا من تأديب المعنيين بالأخطاء والحوادث.

- سينصب التركيز على الإجراءات التصحيحية لمساعدة الموظفين بدلا من معاقبتهم إلا في الحالات التي تقرر فيها أنها تصرف غير مأمون متعمد، ويتم التعامل مع الأفعال غير الآمنة المتعمدة من خلال خطوط إدارية للسلطة ولا يتم تغطيتها من خلال العمليات المحددة في هذه الخطة.

نطاق الخطة:

نطاق الخطة المتكاملة لسلامة المرضى هو على مستوى المستشفى، ويتعين على جميع الموظفين تقديم الدعم الكامل والمشاركة في التنفيذ الكامل لهذه الخطة

الادوار والمسؤوليات:

مدير مستشفى

- الموافقة على الخطة المتكاملة لسلامة المرضى والدعم الإداري لتنفيذ الخطة.
- القيام بأنشطة سلامة المرضى من خلال جميع اللجان الطبية كما هو منصوص عليه في اللوائح ولجنة تحسين الجودة في المستشفى.

الكوادر الطبية

- مسؤولية اكتساب والحفاظ على المعرفة والمهارات التي يحتاجونها لرعاية المرضى.
- يقوم الموظفون بتثقيف المرضى وأسرهم بشأن مسؤولياتهم فيما يتعلق بالسلامة.
- يطلب من الموظفين الإبلاغ عن الأخطاء والمخاطر بمجرد تحديدها.

المرضى والأسر

- تتحمل مسؤولية تقديم معلومات دقيقة وكاملة عن الشكاوى الحالية، والأمراض السابقة، والاستشفاء، والأدوية، وغيرها من الأمور المتعلقة بصحتهم.
- مسؤولون عن الإبلاغ عن المخاطر المتصورة في رعايتهم والتغيرات غير المتوقعة في حالتهم للكادر الطبي المسؤول.
- يكون المريض والأسرة مسؤولين عن طرح الأسئلة عندما لا يفهمون ما تم إخبارهم به عن رعاية المريض أو ما يتوقع منهم القيام به.

نظم الإبلاغ:

- يعتمد برنامج شامل لسلامة المرضى على نظام إبلاغ دقيق.

- يطلب من جميع العاملين في المستشفى (الأطباء والمرضى وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية) الإبلاغ عن حوادث سلامة المرضى.
- يتم الإبلاغ عن أحداث غير عادية على شكل OVA incident form ،
- يتم الإبلاغ عن أخطاء الدواء على شكل the medication variance form ،
- يتم الإبلاغ عن السقوط على شكل fall form.

مراقبة النظم السابقة:

مؤشرات المستشفيات

يتم جمع المؤشرات التالية (100٪) من الحالات، ويتم الإبلاغ عنها كل ثلاثة أشهر كبيانات إجمالية.

1. وفيات المرضى الداخليين
2. عمليات قيصرية
3. العودة غير المجدولة إلى وحدات العناية الخاصة في غضون 48 ساعة (ICU,CCU)
4. المرضى الذين يغادرون قسم الطوارئ قبل الانتهاء من العلاج.
5. توقف الجهاز التنفسي و / أو القلب أثناء العملية الجراحية.
6. توقف الجهاز التنفسي و / أو القلب في غضون 48 ساعة من الجراحة.
7. العودة غير المجدولة للمرضى إلى غرفة العمليات.
8. النقل غير المخطط له إلى وحدة العناية المركزة.

وتشمل مصادر أخرى لإدارة البيانات ما يلي:

- فحص **Sentinel Event** اليومي: يتم فحص جميع الوفيات للأحداث الخافرة المحتملة.
- شكاوى المرضى.
- استخدام الدم ومكونات الدم.

أنواع أحداث الحد من المخاطر: التعاريف

1. **-Adverse Events** - حادث تسبب فيه الضرر لشخص يتلقى الرعاية الصحية، وهذا يشمل سوء التغذية العلاجية، والإصابات علاجية المنشأ أو غيرها من الحوادث السلبية

المرتبطة مباشرة مع الرعاية أو الخدمات التي تقدمها المستشفى للمرضى. (فعل شيء خاطئ أو عدم القيام بالشيء الصحيح).

2. **Adverse Drug Event** - أي استجابة غير متوقعة، غير مرغوب فيها لدواء. يتم الإبلاغ عن **Adverse Drug Event** للطبيب لمزيد من التقييم والعلاج عند الحاجة، ويتم الانتهاء من **Adverse Drug Event FORM** وإرسالها إلى الصيدلة.

3. **Sentinel Events** - حدوث غير متوقع تنطوي على الوفاة أو إصابة جسدية أو نفسية خطيرة (فقدان الطرف أو وظيفة) **Sentinel Events** هو واحد مما يلي:

أ. انتحار مريض

ب. رد فعل نقل الدم الانحلالي (عدم توافق المجموعة الرئيسية)

ج. جراحة مريض خاطئ أو جزء من الجسم خاطئة

4. **Near Miss** - حدث أو موقف كان يمكن أن يؤدي إلى **Adverse Events** تسبب ضرراً للمريض ولكن لم يصل إلى المريض إما عن طريق الصدفة أو من خلال التدخل في الوقت المناسب. مثال:

كاد المريض أن يعطى ادرينالين بدلاً من ليدوكائين ولكن الاختيار النهائي للممرضة اكتشفت ذلك، تم تحديد الخطأ المحتمل ليكون قرب العلاجين من نفس الموقع والتعبئة والتغليف مماثلة.

5. **Intentionally Unsafe Acts** - الأفعال غير الآمنة عمداً، هي أي أحداث التي تنتج عن عمل غير مأمون عمداً كما أنها تتعلق بالمرضى. وهي أحداث تتجم عن أعمال إجرامية.

أ. عمل غير آمن عمداً.

ب. أي فعل يتعلق بأي تعاطي للمواد المخدرة.

ج. قانون يتعلق بالممارسين / الموظفين ذوي الإعاقة.

د. فعل ينطوي على إساءة استخدام مزعوم أو مشتبه به للمريض.

6. **Patient Abuse** - المريض هو نوع من **Intentionally Unsafe Acts** ويشمل أفعال ضد المريض التي تنطوي على الإساءة الجسدية أو النفسية أو اللفظية.

تحليل الأدوات:

1. **Root Cause Analysis (RCA)** - هو عملية تحليل لتحديد الأساس أو مساهمة العوامل السببية التي تكمن وراء الاختلافات في الأداء المرتبطة ب **Adverse Events**.. يتم تدريب فريق إدارة المخاطر على تحليل (RCA) ويتضمن أولئك الذين لديهم دراية بالعملية التي شاركت في الحدث.

2. Failure Mode and Effect Analysis- (FMEA) تتطلب المعايير الدولية إجراء عملية واحدة على الأقل (1) عالية المخاطر لتقييم المخاطر الاستباقية كل عام. ويستند هذا الاختيار، جزئياً، على المعلومات التي تحدد Sentinel Events الأكثر تواتراً.

أهداف سلامة المرضى

وقد اختارت لجنة سلامة المريض أهداف سلامة المريض التالية للتنفيذ:

1. تنفيذ عملية لمنع استخدام الاختصارات المحظورة المعروفة.
2. التخلص من الأخطاء المتعلقة بموقع العملية الجراحية، والمريض، والعملية الخاطئة.
4. تقليل الأخطاء الدوائية.
5. الوقاية من السقوط.

الأهداف التعليمية:

1. تطوير برنامج تثقيفي حول كيفية تقليل الأخطاء الطبية، وأهمية الإبلاغ عن الأخطاء الطبية، وتحسين الجودة بهدف خلق بيئة أكثر أمناً للمرضى والزوار والموظفين.
2. توفير التعليم لجميع الموظفين فيما يتعلق بدورهم في الإبلاغ عن Adverse events and near misses and the value of root cause analysis.
3. اختيار الموظفين المتعلمين حول كيفية إجراء تحليل Root Cause Analysis.

التكامل مع هيكل المستشفى:

- تقدم لجنة سلامة المرضى تقارير عن إنجازاتها إلى مدير المستشفى وإلى لجنة تحسين الجودة بالمستشفى.
- لجنة تحسين جودة المستشفى - توفر الرقابة لتحسين العمليات والوظائف بهدف تقليل المخاطر على المرضى والزوار والموظفين والوفاء بالمعايير الدولية.
- يتم إرسال التقارير من لجنة الجودة إلى إدارة المستشفى.

REFERENCES:

JCAHO(2003)<http://www.jcaho.org>

VHA (2000) Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety.<http://www.aha.org>

Corrigan K.L. & Donaldson M (2000) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err is human: Building a Safer health system Washington DC:National Academy Press.

Alleman, R. (2002) The leapfrog group. Synergy. 27.

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001) Crossing the quality chasm. Washing DC: National Academy Press

American Society for Healthcare Risk Management (2001) Perspective on Disclosure of Unanticipated Outcome Information. Ashrm.org.

American Board Quality Assurance and Utilization Review Physicians (CARE PROGRAM) Scoring a facility on their Risk Management Program. Abqaurp.org

Veterans Health Care Administration (2002) VHA National Patient Safety Improvement Handbook.