

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى

ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث

The importance of incident reporting in the health sector in protecting patients and caregivers and preventing accidents

بوظيفة حمو، محبر الوقاية والأرغوميا، جامعة الجزائر 2

تاريخ الإرسال: 2022 / 11 / 10. تاريخ القبول: 2022 / 11 / 17. تاريخ النشر: 2022 / 12 / 11.

ملخص:

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية، WHO 2019، إلى أن هناك 421 مليون حالة دخول إلى المستشفى في العالم سنويًا، وحوالي 42.7 مليون واقعة ضارة (adverse events)، تحدث للمرضى أثناء هذا الاستشفاء. وباستخدام تقديرات متحفظة، تظهر أحدث البيانات أن ضرر المريض هو السبب الرئيسي الرابع عشر (14) للمرض والوفيات في جميع أنحاء العالم. كما تظهر نفس التقديرات إلى أنه في البلدان ذات الدخل المرتفع، يتضرر ما يصل إلى 1 من كل 10 مرضى أثناء تلقي الرعاية في المستشفى (مايكل وآخرون، 2017، Michel et al.). قد يحدث الضرر بسبب مجموعة من الوقائع أو الوقائع السلبية، غير أنه يمكن تفادي ما يقرب من 50٪ منها. ففي دراسة عن تكرار الوقائع الضارة وإمكانية الوقاية منها في 26 دولة منخفضة ومتوسطة الدخل، كان معدل الوقائع الضارة حوالي 8٪، منها 83٪ كان من الممكن منعها و30٪ أدت إلى الوفاة. علما بأن ما يقرب من ثلثي جميع الوقائع الضارة تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وهناك كذلك عواقب وخسائر اقتصادية لمنظمات الرعاية الصحية ناتجة عن الأخطاء الطبية والتمريضية، حيث يتم إهدار أكثر من 15٪، من الإنفاق الصحي على تكاليف العلاج الإضافي في المستشفى، والتقاضى، والعواقب الأخرى للوقائع الضارة ونقص الجودة (منظمة الصحة العالمية، WHO 2019).

عموما، لقد أبرز الباحثون منذ التسعينات الحاجة إلى جمع المعلومات وإعادة تصميم أنظمة المستشفيات لتقليل الأخطاء في الرعاية الصحية. منذ ذلك الحين، تم تطوير العديد من الاستراتيجيات والأدوات لتحديد وتقليل الأخطاء ولكي يكون الإبلاغ عن الوقائع أكثر موثوقية، يجب على كل من الأطباء والممرضات على وجه الخصوص تقديم تقرير تمثيلي عن الأخطاء التي تحدث في المستشفيات (ليب، 1994، Leape). ذلك أن هناك احتمال لارتكاب الكثير من المهنيين لأخطاء من حين لآخر

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو

خاصة بالنسبة لبعض المهن المعقدة مثل الرعاية الصحية (كليري وآخرون، 2018، Cleary et al.)، ومع ذلك يبقى أن التعلم من هذه الأخطاء يمثل خطوة أساسية في تحسين جودة الرعاية وتعزيز سلامة المرضى (إليس وأبوت، 2019، Ellis & Abbott).

تشير الدلائل إلى أن معظم المنظمات لا تزال تكافح لتبني بيئة خالية من اللوم والذنب، مما يجعل العمل المستمر لتحقيق مثل هذه البيئة ضرورة بغية خلق ثقافة تركز على التعلم من الأخطاء الوشيكة أو السلبية بدلاً من التركيز على "اللوم والعار" و"العقاب اللاحق" للاستفادة من فوائد نظام إبلاغ وطني طوعي وسري للوقائع السلبية أو الوشيكة (ستكلوفي وآخرون، 2017، Sutcliffe et al.). غير أن الأمر قد لا يكون هيناً في ظل عدم التحديد الدقيق لما يمكن اعتباره أو تسجيله كواقعة ناهيك عن وجود بعض معوقات للتبليغ عن الوقائع إلى جانب الحاجة إلى توفير الوسائل والأدوات المنهجية المناسبة لتفعيل هذه العملية. لذلك جاءت هذه المقالة للكشف عن مفهوم الواقعة وأهمية الإبلاغ عنها لحماية المرضى والوقاية من الحوادث بالإضافة إلى طرح مختلف العوائق وصعوبات التبليغ عن الوقائع وكيفية التعامل معها وتبسيطها إلى جانب التعرض لمختلف الصعوبات كما هو الحال لبناء الوسائل والأدوات المنهجية المتداولة أو المستعملة في عملية تحقيق فعالية ونجاعة أفضل لتسجيل الوقائع.

Abstract :

The World Health Organization, 2019 WHO, estimates that there are 421 million hospitalisations worldwide annually, and approximately 42.7 million adverse events, which occur to patients during such hospitalisation. Using conservative estimates, the latest data show that patient harm is the 14th leading cause of illness and death worldwide. The same estimates show that in high-income countries, as many as 1 in 10 patients is harmed during hospital care (Michel et al., 2017). Damage may be caused by a combination of incidents or negative incidents, but approximately 50% of them can be avoided. In a study of the frequency and preventability of adverse events in 26 low- and middle-income countries, the rate of adverse events was about 8%, of which 83% were preventable and 30% led to death. Note that approximately two-thirds of all adverse events occur in low- and middle-income countries. There are also consequences and economic losses for health care organisations resulting from medical and nursing errors, where more than 15% of health spending is wasted on the costs of additional treatment in hospital, litigation, and other consequences of adverse events and lack of quality (WHO, 2019).

Since the 1990s researchers have highlighted the need to collect information and redesign hospital systems to reduce errors in healthcare. Since then, various strategies and tools have been developed to identify and reduce errors and for the reporting of incidents to be more reliable, both physicians and nurses in particular must provide a representative report of errors occurring in hospitals (Leape, 1994). There is a potential for many professionals to make mistakes from time to time, especially for some complex professions

such as health care (Cleary et al.; 2018), yet learning from these mistakes remains an essential step in improving the quality of care and enhancing the safety and care for patients care (Ellis & Abbott, 2019).

Evidence suggests that most organisations still struggle to embrace an environment free of blame and guilt, making continuous work to achieve such an environment a necessity in order to create a culture that focuses on learning from near-miss or negative rather than on "blame and shame" and "post-punishment" to benefit from advantage of a voluntary and confidential national reporting system of adverse or impending incidents (Sutcliffe et al.; 2017). However, the matter may not be easy in light of the lack of precise definition of what can be considered or recorded as an incident, not to mention the existence of some obstacles to report the incidents, in addition to the need to provide the appropriate methodological means and tools to activate this process. Therefore, this article came to reveal the concept of the incident and the importance of reporting it to protect patients and prevent accidents. In addition to presenting the various obstacles and difficulties in reporting the facts, how to deal with them and simplifying them, to exposure various difficulties, as is the case for building the methodological means and tools circulated or used in the process of achieving better effectiveness and efficiency to record the incidents.

1. مقدمة:

كل بني آدم خطاء حيث يرتكب البشر الأخطاء في جميع مجالات العمل. يمكن التقليل من هذه الأخطاء أو حتى القضاء عليها تماما من خلال تصميم أنظمة تجعل من الصعب على الأشخاص فعل الشيء الخطأ وتسهل عليهم فعل الشيء الصحيح. يتم الإبلاغ عن 1.4 مليون واقعة ضارة (adverse events)، كل عام في المملكة المتحدة البريطانية، منها 75٪ من قطاع الرعاية في المستشفيات. ترى لجنة جودة الرعاية الصحية في أمريكا في كتابها "كل إنسان خطاء، To Err Is Human" (كوهن وآخرون 2000، Kohn et al.)، أن الأخطاء جزء لا مفر منه من الممارسة الطبية. وقد أصبحت هذه الأخطاء تشكل أحد التهديدات الرئيسية المستمرة لسلامة المرضى (شارد، Chard, 2010، Biffu et al., 2016). قد يحدث الضرر بسبب مجموعة من الوقائع أو الوقائع السلبية، غير أنه يمكن تفادي ما يقرب من 50٪ منها. ففي دراسة عن تكرار الوقائع الضارة وإمكانية الوقاية منها في 26 دولة منخفضة ومتوسطة الدخل، كان معدل الوقائع الضارة حوالي 8٪، منها 83٪ كان من الممكن تفاديها و30٪ أدت إلى الوفاة. علما بأن ما يقرب من ثلثي جميع الوقائع الضارة تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (منظمة الصحة العالمية، WHO 2019). وليس هذا فحسب، بل هناك كذلك عواقب وخسائر اقتصادية لمنظمات الرعاية الصحية ناتجة عن

الأخطاء الطبية والتمريضية، حيث يتم إهدار أكثر من 15 %، من الإنفاق الصحي على تكاليف العلاج الإضافي في المستشفى، والتقاضى، والعواقب الأخرى للوقائع الضارة ونقص الجودة. فمثلا تقدر الحكومة البريطانية تكاليف الإقامة الطويلة في المستشفى بسبب الوقائع الضارة أكثر من 2 مليار جنيه إسترليني سنويًا (قسم الصحة، 2000). وعلى العكس من ذلك، فإن الاستثمار في الوقاية لتخفيض الوقائع الخاصة بسلامة المرضى يمكن أن يؤدي إلى اقتصاد أموال كبيرة، زيادة على حصول المرضى على نتائج أفضل. ففي الولايات المتحدة وحدها، أدت التحسينات المركزة على السلامة إلى توفير ما يقدر بنحو 28 مليار دولار أمريكي في مستشفيات الرعاية الطبية بين عامي 2010 و2015 (منظمة الصحة العالمية، WHO 2019).

وقد تم التوصل إلى أن الطريقة الرئيسية لتحسين السلامة والممارسات الطبية الجيدة في قطاع الصحة بريطانيا تتمثل في خلق ثقافة مفتوحة بين الموظفين: "حيث يمكن قبول الأخطاء أو فشل الخدمة والإبلاغ عنها ومناقشتها دون خوف من الانتقام" (باراتش وسمول، 2000، Barach & Small). لقد كسر كتاب كوهن وآخرون، (2000)، Kohn et al.، مفهوم "كل ابن آدم خطأ، To Err Is Human" حاجز الصمت الذي أحاط بالأخطاء الطبية ونتائجها - ولكن ليس بتوجيه أصابع الاتهام إلى محترفي الرعاية الصحية الذين يرتكبون أخطاء خارجة عن نطاقهم، فالإنسان بطبعة خطأ. يحدد هذا الكتاب أجندة وطنية - ذات انعكاسات حكومية ومحلية لتقليل الأخطاء الطبية وتحسين سلامة المرضى من خلال تصميم نظام صحي أكثر أمانًا. ولعل أحسن طريقة لحماية المرضى وتجنب الأخطاء والحوادث والتعلم منها في مجال الرعاية الصحية تتمثل في ضرورة تبني نظام الإبلاغ السليم عن الوقائع (Incidents). حيث وجد أن الإبلاغ عن الوقائع يعد من الطرق الرئيسية لرصد الأخطاء لمنع تكرارها (هوانغ وآخرون، 2012، Hwang et al.). الأمر الذي يجعل كل فرد يواجه تحديًا للقيام بالأشياء بشكل أفضل أو بشكل مختلف في منصبه بمجرد تحديد ما إذا كان يجب توفير المزيد من الوقت أو المال أو الأشخاص أو المواد للتخفيف من المخاطر. للأسف لا يحتاج المرء إلى البحث كثيرا عن أمثلة للوقائع في مجال الرعاية الصحية فمن السهل العثور على أمثلة متعددة ومتكررة وربما معروفة عند الجميع كما يمكن أن يتضرر مقدمو الرعاية في المستشفى أيضًا. على سبيل المثال، إذا لم يقيم الطبيب بغسل يديه بشكل صحيح قبل خياطة

الجرح، فقد يصاب الجرح بالعدوى. ويمكن أن يكون هناك خلط بين بيانات المريض عندما يكون لمريضين نفس الاسم الأول والأخير أو تزويد المريض بدم مغاير لفصيلة دمه. ناهيك عن إعطاء جرعة خاطئة، أو إعطاء الدواء للمريض الخطأ، أو حذف الجرعة. علما بأن هذه الأخيرة تعد أكثر الوقائع التي يتم الإبلاغ عنها في مجال الرعاية الصحية (هوفالد، 2022). (Hooiveld, 2022).

وقد وجد للأسف الشديد أن الوقائع الضارة (Adverse incidents)، منتشرة نسبيا حيث ذكر دوفريس وآخرون (2008)، de Vries et al;، من خلال مراجعتهم لأكثر من 74000 بيانات مريض عن حدوث وقائع ضارة بنسبة 9.2%، مع 6%، كانت قاتلة والغريب في الأمر أن 43.5%، اعتبروا أنه كان يمكن الوقاية منها. غير أن مراجعة سجل الحالة بأثر رجعي هي طريقة مرهقة ومكلفة لتحديد الوقائع السلبية. وهناك حاجة إلى طرق أكثر كفاءة للفحص الأولي وطرق أكثر قوة لمراجعة السجلات المعاصرة لتمكين المديرين الطبيين ورؤساء الوحدات السريرية من تقييم جودة الرعاية الصحية. هذا من جهة، ومن جهة أخرى، فإنه نادراً ما يتم توثيق الأخطاء الوشيكة (near misses)، في السجلات الطبية، إلا أنها تحدث بشكل متكرر أكثر من الوقائع الضارة وتقدم دروساً قيمة في آليات التعافي دون العواقب الضارة لحدث ضار (نيل وولوشيناويتش، 2003، Woloshynowych Neale &، باراتش وسمول، 2000، Barach & Small، وزارة الصحة البريطانية، 2000 Department of Health). عموماً، لقد أبرز الباحثون منذ التسعينات الحاجة إلى جمع المعلومات وإعادة تصميم أنظمة المستشفيات لتقليل الأخطاء في الرعاية الصحية. منذ ذلك الحين، تم تطوير العديد من الاستراتيجيات والأدوات لتحديد وتقليل الأخطاء. ولكي يكون الإبلاغ عن الوقائع أكثر موثوقية، يجب على كل من الأطباء والمرضات على وجه الخصوص تقديم تقرير تمثيلي عن الأخطاء التي تحدث في المستشفيات (ليب، 1994، Leape). ذلك أن هناك احتمال ارتكاب الكثير من المهنيين لأخطاء من حين لآخر خاصة بالنسبة لبعض المهن المعقدة مثل الرعاية الصحية (كليري وآخرون، 2018، Cleary et al.)، ومع ذلك يبقى أن التعلم من هذه الأخطاء يمثل خطوة أساسية في تحسين جودة الرعاية وتعزيز سلامة المرضى (إليس وأبوت، 2019). (Ellis & Abbott, 2019).

وعليه يجب التأكيد لمقدمي الخدمة والموظفين أنه لا يوجد شيء أكثر أهمية من

وجهة نظرهم لمساعدة المنظمة على التعلم من الأخطاء في تصميم النظام الحالي، إلى جانب طمأنة الموظفين أن معظم الأخطاء ناتجة عن أنظمة معيبة، وليس بسبب الإهمال الفردي. الأمر الذي يتطلب نهجًا منظمًا من أعلى إلى أسفل يشتمل مباشرة على الإدارة العليا في جهود سلامة المرضى. غير أن الأمر قد لا يكون هينا في ظل عدم التحديد الدقيق لما يمكن اعتباره أو تسجيله كواقعة ناهيك عن وجود بعض المعوقات للإبلاغ عن الوقائع إلى جانب الحاجة إلى توفير الوسائل والأدوات المنهجية المناسبة لتفعيل هذه العملية. لذلك جاءت هذه المقالة للكشف عن مفهوم الواقعة وأهمية الإبلاغ عنها لحماية المرضى والوقاية من الحوادث بالإضافة إلى طرح مختلف معوقات التبليغ عن الوقائع وكيفية التعامل معها وتبسيطها إلى جانب التعرض لمختلف الوسائل والأدوات المنهجية المتداولة أو المستعملة في عملية تحقيق فعالية ونجاعة أفضل لتسجيل الوقائع.

2. مفهوم الواقعة وأهمية الإبلاغ عنها:

1.2. تعريف الواقعة في الرعاية الصحية:

تعرف الواقعة (Incident)، في الرعاية الصحية على أنها: حدث غير مقصود أو غير متوقع أدى إلى إلحاق الضرر بالمريض أو مقدم الرعاية - أو كليهما. كما تُعرف المنظمة الصحة العالمية، WHO, 2019، الواقعة (incident)، على أنها "أي انحراف عن الرعاية المعتادة التي تنطوي على خطر الضرر أو التسبب في إصابة المريض، وتشمل الأخطاء (errors)، والوقائع الضارة (adverse events)، التي يمكن الوقاية منها والمخاطر (hazards)". ويعرفها ميشال وآخرون، (2017) Michel et al.؛ على أنها: "واقعة أو ظرف كان من الممكن أن يؤدي أو نتج عنه ضرر لمريض والذي لا ينبغي تكراره مرة أخرى" وعادة ما تحدث الوقائع أو الأخطاء لأسباب مختلفة ومتعددة، مثل عيوب تصميم النسق، ونقص الإشراف الإداري، وسوء التدريب، وعدم الامتثال للقواعد، ونقص الاتصال.. الخ. حيث توصل ميشال وآخرون، (2017) Miche et al.؛ إلى أن الوقائع كانت مرتبطة في كثير من الأحيان بتنظيم الرعاية الصحية بثلاث مرات أكثر من ارتباطها بمعرفة ومهارات المهنيين الصحيين، وخاصة بسير العمل في مكاتب الممارسين العاميين والتواصل بين مقدمي الرعاية والمرضى. كما أظهرت الإحصاءات العلمية أن أربعة أشخاص من كل 10 بالغين قد مروا بتجربة الأخطاء الطبية، إما شخصيًا أو في رعاية شخص قريب منهم، وفقًا لمعهد تحسين

الواقعة الضارة (adverse incident)، هي حدث يسبب أو يحدث أن يسبب آثارًا غير متوقعة أو غير مرغوب فيها تشمل سلامة المرضى والموظفين والمستخدمين وغيرهم من الأشخاص. وقد لا تكون أهمية الواقعة دائمًا واضحة، ويمكن أن تختلف أنواع الوقائع من بالغة الخطورة (وفاة أو إصابة خطيرة)، إلى الوقائع التي تبدو بسيطة. فغالبًا ما تؤدي معظم الأخطاء إلى ضرر بسيط أو حتى عدم حدوث أي ضرر، ولكنها قد تمثل علامات تحذير مبكرة لفشل النظام مع احتمال التسبب في ضرر جسيم أو الوفاة. يبقى أن الإبلاغ عن الوقائع الضارة (Adverse incident reporting)، هو الطريقة الرئيسية التي يمكن لموظفي القطاع الصحي من خلالها إثارة المخاوف بشأن سلامة المرضى والمخاطر وإحداث تغييرات في النظام (وزارة الصحة البريطانية، 2000 Department of Health)، وقد أصبح هناك فهم متزايد بأنه غالبًا ما تتسبب عوامل متعددة في النسق في حدوث وقائع أو أخطاء. ونتيجة لذلك، فإن توثيق وتحليل أسبابها يعد أمرًا بالغ الأهمية، مما يوفر للمستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية دروسًا قيمة حول كيفية تحسين وسلامة المرضى ومقدمي الرعاية. عمومًا، يمكن تعريف الواقعة على أنها: "كل خلل غير مألوف أو غير منظر يطرأ على سيرورة تنفيذ أحد المهام الطبية سواء كان بمثابة تحذير بسيط لوقوع حادث وشيك أو أدى بالفعل إلى ضرر ذو عواقب بسيطة أو خطيرة سواء كان ذلك ناتج عن تهاون أو سوء تقدير أو نقص تفكير أو خلل على مستوى التصميم والتنظيم".

2.2. أهمية الإبلاغ عن الوقائع في الرعاية الصحية:

يشير الإبلاغ عن الوقائع في الرعاية الصحية إلى جمع بيانات بهدف تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية، حيث أن وجود نظام فعال للإبلاغ عن الوقائع في المؤسسة يزيد بشكل كبير من سلامة المرضى (فام وآخرون، 2010، Pham et al.)، إذا تم إجراؤه بشكل جيد، فهو يحدد أسس السلامة ويوجه تطوير التدخلات للتخفيف من المخاطر، وبالتالي تقليل الضرر. وعادة ما تساعد تقارير الوقائع الموظفين على تحديد وتغيير العوامل الفردية أو على مستوى النظام التي تساهم في الأخطاء الطبية. الطاقم الطبي مثل مديري الممرضات، أو الممرضات في الخطوط الأمامية، أو الصيدالدة، أو الأطباء الذين يشاركون بشكل مباشر في الواقعة الضارة أو يلاحظونها أو الإجراءات التي أدت إليها، يقدمون غالبية تقارير الوقائع.

ووفقاً للجنة المشتركة في الولايات المتحدة، تقدم الممرضات أكبر عدد من تقارير الوقائع، ولكن من الناحية المثالية، يجب أن تزود المؤسسة بألية تتيح لأي شخص مثل طاقم العمل، أو المريض، أو العائلة، أو الزائر، الإبلاغ عن الواقعة. أما على المستوى التنظيمي، يمكن للإبلاغ عن الواقعة أن يعزز الشفافية الداخلية ويزرع ثقافة التحسين المستمر عندما يشجعه مديرو التمريض والقادة الآخرون.

عموماً، يساعد التعرف على سبب حدوث الوقائع بالمؤسسة على إجراء تحسينات لمنع حدوثها مرة أخرى. وحتى في حالة وجود نظام لتسجيل تقارير الوقائع ومتابعتها، واستمرار حدوث وقائع الرعاية الصحية، فهذا لا يعني بالضرورة أن مقدمي الخدمة غير مؤهلين أو لديهم نوايا سيئة. بل يعني أن هناك مجالاً للتحسين وفرصاً لخلق بيئة رعاية صحية أكثر أماناً لجميع المشاركين. فمثلاً إذا تم تعطيل السجل الصحي الإلكتروني للمستشفى بسبب فيروس، ولا يمكن لأي شخص داخل المؤسسة الوصول إلى معلومات المريض. الأمر الذي قد يؤدي إلى تأخر علاجات المريض حتى يتم التحقيق في المشكلة وحلها. فإن تحليل مثل هذه الواقعة قد يؤدي إلى قيام المنظمة بإنشاء إجراء تعطل حتى يعرف جميع الموظفين كيفية المضي قدماً بكفاءة، في حالة حدوث خرق أمني مرة أخرى. وبالتالي البحث لإيجاد حل أو أكثر لهذا المشكل المتوقع أو الذي قد يتكرر.

كما تقدم عملية تسجيل الوقائع وتحليلها ومتابعتها خدمة في غاية الأهمية للرفعي سلامة المريض وتفادي المخاطر والحوادث والأزمات التي تهدد سلامة المرضى ومقدمو الرعاية الصحية. وذلك من خلال القيام بما يسمى بإدارة الوقائع لتتحول إلى عملية تحليل الوقائع وتحديد الأسباب. حيث تستلزم إدارة الوقائع أكثر من مجرد ملء تقرير الواقعة لتتبع الوقائع ومنع حدوثها مرة أخرى. إذ أن إدارة الوقائع تتعلق بشكل متزايد بمعالجة البيانات لتحسين الجودة التي تؤثر على التعويض. كذلك يمكن أن تساعد التكنولوجيا المؤسسات في جمع البيانات وإدارتها لتحديد الأسباب الجذرية وتحسين الجودة وسلامة المرضى في نهاية المطاف. وتمثل إحدى الإستراتيجيات لزيادة عدد المشاركين في الرعاية الصحية للإبلاغ عن الوقائع في استخدام نظام رقمي لإدارة الوقائع يجعل الإبلاغ من الهاتف الذكي أو أي جهاز آخر أمراً سهلاً. ذلك أن التعلم من هذه الأخطاء يظل يمثل خطوة أساسية في تحسين جودة الرعاية وتعزيز سلامة المرضى (إليس وأبوت، 2019، Ellis & Abbott).

2.2.2. أهمية الإبلاغ عن الوقائع بالنسبة لمقدمي الرعاية الصحية:

عند تشجيع القوى العاملة على الإبلاغ عن الوقائع والأحداث، من المهم بالطبع إبراز كيفية تحسين العملية لجودة رعاية المرضى وسلامة جميع مقدمي الرعاية الصحية على مستوى عالٍ. حيث يرغب غالبية الأطباء وموظفي الرعاية الصحية في التعلم وقبول التعليمات حول طرق التحسين بسهولة. هذا صحيح سواء كانت الواقعة تتعلق بهم، أو بزميل لهم، أو موظف في جزء آخر من المنظمة. التحذير هو أن الإبلاغ عن الوقائع والتعلم اللاحق يجب تعزيزه في بيئة خالية من اللوم والعار. وبعد تأثير الوقائع السلبية على العاملين في مجال الرعاية الصحية أحد الاعتبارات المهمة بالنسبة للموظفين الذين غالبًا ما يوصفون بأنهم "الضحايا الثانويون" للأحداث السلبية (وو وستاكلبارغ، 2012، Wu & Steckelberg). وغالبًا ما يتم إبراز الفوائد المهنية للإبلاغ عن الوقائع للموظفين أثناء القيام بالإعداد والتدريب، والتي يمكن ذكر بعضها فيما يلي:

1. أولئك الأقرب إلى جانب السرير ويتفاعلون مع المرضى في أغلب الأحيان يكون لديهم أفضل فكرة عما إذا كانت الأمور تسير أو تعمل بالفعل أم لا. الموظفون الذين يتحدثون عندما يرون ظروفًا غير آمنة أو عدم كفاءة بمهدون الطريق لتحسين ظروف العمل لهم ولزملائهم.
2. غالبًا ما يكون الموظفون في أفضل وضع لتحديد ثم الإبلاغ عن الوقائع التي تنتج عن أعباء العمل المرهقة وجدولة المناوبات وغيرها من قضايا إدارة القوى العاملة التي يمكن تصحيحها لإفادة الجميع.
3. موظفو الرعاية الصحية - والأطباء السريريون الذين يعملون كجزء من فريق الرعاية الصحية المتمحورة حول المريض على وجه الخصوص مسؤولون بشكل متبادل عن الرعاية المقدمة للمريض. يعكس عمل الفرد عمل الجميع، والإبلاغ عن الوقائع والأحداث هو الشيء الصحيح الذي ينبغي القيام به.
4. يُظهر الإبلاغ عن الوقائع التزام الموظف الفردي بوضع الرعاية التي تتمحور حول المريض أو التي تتمحور حول الشخص أولاً، بدلاً من مجرد اتباع البروتوكولات.
5. التدريب المستمر في مجال السلامة وتخفيف المخاطر مطلوب من العديد من المتخصصين في الرعاية الصحية للحصول على الترخيص والاعتماد. لا يوجد مكان أفضل لإظهار اهتمامهم بالتحسين أفضل من المستوى الشخصي ومستوى الفريق.

6. كسب عادة للإبلاغ عن واقعة مباشرة بعد وقوع الواقعة يضمن أن الفرد "يقدمها بشكل صحيح"، خاصة وأن التفاصيل لا تزال حديثة، وبالتالي يكون لها أثر أكبر.
7. يوفر إعداد التقارير مداخلات للنقاش مع كبار الموظفين حول المواقف غير الآمنة ويظهر أن الموظف متفطن لجهود التحسين المستمر، والتي ستعكس بشكل إيجابي في مراجعة ومناقشة التعويضات.

2.2.2. أهمية الإبلاغ عن الوقائع بالنسبة لمسيري مؤسسة الرعاية الصحية:

يعمل الإبلاغ عن الوقائع على تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية على مستوى المؤسسة والمنشأة / الموقع والإدارات أيضًا. يعد نظام الإبلاغ عن الوقائع أحد أسس الممارسة الآمنة داخل المنظمة، حيث أن وجود نظام فعال للإبلاغ عن الوقائع في المؤسسة يزيد بشكل كبير من سلامة المرضى ويساعد أيضًا في تحديد المخاطر المحتملة وتنبه الموظفين إلى حالات فشل النظام المحتملة في المؤسسة (فام وآخرون، 2010، Pham et al.;). كما يمكن المنظمة من التعلم من أخطاء الماضي (ستافروبولو وآخرون، 2015، Stavropoulou et al.;). عموماً تتضمن بعض الفوائد الأساسية ما يلي:

1. تحسين السلامة لجميع المشاركين في الرعاية الصحية.
2. المساعدة في تحديد الأسباب الجذرية.
3. ترقية السياسات والإجراءات.
4. تحسين إدارة المخاطر السريرية.
5. المساعدة في تسهيل التحسين المستمر للجودة.
6. تعزيز التعلم المستمر.
7. جمع بيانات مفيدة لتحليل الصورة المكبرة.
8. المساهمة في تقليل التكاليف.

2.3. تصنيف الوقائع: Classification of Incidents

يمكن تصنيف العديد من الوقائع التي تشمل المرضى والمتخصصين في الرعاية الصحية إلى عدة أصناف وأنواع تبعاً لصفات أو أسباب ومواقف مختلفة ومتنوعة وحسب أغراض أو أهداف معينة تحددها المؤسسة وهو ما قد يظهر في دليل تسجيل الواقعة الذي تعتمد عليه أو تتبناه. وغالباً ما يتم تصنيف الوقائع تبعاً لدرجة الخطورة كما هو الحال بالنسبة

منظمة الصحة العالمية (WHO) التي تصنف وقائع الرعاية الصحية وفقاً لمستويات الخطورة (أي خفيفة، أو متوسطة، أو شديدة، أو وفاة) بناءً على شدة الأعراض أو فقدان الوظيفة، ومدة الأعراض، أو التدخلات المطلوبة نتيجة للواقعة. قد تختار المنظمات أيضاً تصنيف شدة وقائع الرعاية الصحية بناءً على تمديد فترة الإقامة بالإضافة إلى الضغط النفسي المرتبط بواقعة سلامة المريض والذي غالباً ما يكون له تأثير أكبر من أي ضرر جسدي. وهناك أيضاً أنواع إضافية من وقائع سلامة المرضى التي قد تتبعها بعض المنظمات مثل قرب واقعة (أي واقعة رعاية صحية لم تصل إلى المريض أو مقدم الرعاية وبالتالي لم ينتج عنها أي ضرر)، وواقعة عدم وجود ضرر. كما يمكن تصنيف العديد من الوقائع حسب دور كل فرد بالمؤسسة كالوقائع المتعلقة بالمسائل الإدارية والوقائع المتعلقة بفحص المريض والوقائع المتعلقة بعلاجه والوقائع المتعلقة بتقديم الأدوية والوقائع المتعلقة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية والوقائع المتعلقة بالاتصالات الداخلية... الخ. ويمكن تصنيف الوقائع إلى وقائع ضارة والتي تشير إلى إصابة غير مقصودة ناتجة عن الإدارة الطبية، الهفوات/الأخطاء التي هي نتيجة التهاون أو الإهمال، والأخطاء الوشيكة التي هي أخطاء دون واقعة ضارة لاحقة، ونتائج سيئة هي نتائج غير مرغوب فيها بسبب مخلفات وعواقب المرض (منظمة الصحة العالمية، 2005، WHO).

وقد قدم ميشال وآخرون، (2017)، Miche et al.; عدة أمثلة موجزة عن

تقارير لوقائع سلامة المرضى منها ما يلي:

1. خطأ في الممارسة وأنظمة الرعاية الصحية: "تبلغ سكرتيرة المكتب الطبيب العام أن إحدى مرضاه (82 عاماً)، والتي تعيش في دار لرعاية المسنين، أصيبت بكسر في عنق عظمة الفخذ. وأعطته رقم الهاتف للاتصال بزوجة المريضة الذي لا يزال يعيش في المنزل. لكن بسبب وجود مريضة أخرى في العيادة تحمل اسماً مشابهاً، اتصل الطبيب بالخطأ بزوجة هذه المريضة الأخيرة، الذي شعر بضيق شديد من المكالمة".
2. خطأ في التحقيق: "تم علاج مريض يبلغ من العمر 47 عاماً من سرطان القولون قبل عامين. نظرًا لانشغاله بمشكلة أعراض القلب والأوعية الدموية الحادة خلال العام الماضي، فقد نسي الطبيب العام إجراء الفحص ربع السنوي اللازم لمراقبة السرطان. أدى ذلك إلى زيادة خطر التأخير التشخيصي في اكتشاف تكرار الإصابة بالسرطان".
3. خطأ في الدواء: "في نهاية استشارة مريض معروف، طلبت زوجته المرافقة له، البالغة من

- العمر 61 عامًا، من الطبيب فحص أذنها المؤلمة. بسبب التهاب الأذن الخارجية، قرر الطبيب العام أن يصف علاج الكينولون المحلي لكنه نسي كتابة "قطرات أذن". كما كان المريض عرضة لالتهاب الأوتار اتصل به الصيدلي مرة أخرى للتحقق من الوصفة الطبية."
4. **خطأ في العلاج (غير الدوائي):** "أثناء التطعيم ضد المكورات الرئوية لطفل يبلغ من العمر عامين، تحرك بشكل غير متوقع مما أدى إلى إزاحة طرف الإبرة، وتشير التقديرات إلى أن نصف جرعة اللقاح لم يتم إعطاؤها بشكل صحيح. مما أدى إلى خطر عدم كفاية حماية اللقاح."
5. **خطأ في إدارة رعاية المرضى:** "كانت مريضة تبلغ من العمر 86 عامًا تعاني من ارتفاع ضغط الدم. وصف الطبيب خطأً جرعة من الأدوية الخافضة للضغط كانت عالية جدًا بالنسبة للمريضة. وقد أدى ذلك إلى إصابة المريضة ببطء القلب والسقوط مع صدمة الرأس العكسية."

3. **معوقات الإبلاغ عن الوقائع في الرعاية الصحية: Barriers to Incident Reporting in Healthcare**

على الرغم من أنه أصبح يُنظر إلى تطبيقات الإبلاغ عن الوقائع على أنها تقدم رؤى قيمة عن الوقائع الوشيكة التي يمكن أن تهدد السلامة في المستقبل. كما يمكن استخدامها لاستنباط معلومات عن "الدروس المستفادة" ولتكون بمثابة تبادل لأفضل الممارسات، إلا أنه يجب معالجة الحواجز الهامة قبل أن يتم تطبيق أنظمة الإبلاغ عن الوقائع بنجاح. حيث لا يزال عدم الإبلاغ عن الأخطاء في الرعاية الصحية شائعًا في العديد من البلدان بما في ذلك المملكة المتحدة والولايات المتحدة والصين (لي، 2017، Lee؛ غاو وآخرون، 2019، Gao et al.؛ موتاز، 2021، Moataz et al.). كما أن ممارسات الإبلاغ السيئة من قبل الأطباء وحقيقة أنهم لم يحددوا الحواجز الثقافية بقدر ما هي الحواجز التنظيمية التي تحول دون تقديم التقارير ربما تعكس الاعتقاد الراسخ السائد في الطب بأن الأطباء السيئين فقط هم من يرتكبون الأخطاء (باراتش وسمول، 2000، Barach & Small).

وقد وجد الدواس وآخرون، (2014، Alduais et al.)، أن العوائق الأكثر شيوعًا التي تمنع مقدمي الرعاية الصحية من الإبلاغ عن الأخطاء الطبية هي: 1. الخوف من اللوم. 2. الخوف من العقاب. 3. صعوبة ملء الاستمارة. 4. عدم معرفة ما يجب الإبلاغ عنه. 5.

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو
عدم كفاية الإبلاغ عن الأخطاء الطبية. 6. عدم وجود إجراءات للإبلاغ عن الأخطاء
الطبية. كما قام بانخار وآخرون، (2017) Banakhar et al.; بتعديل وتطبيق نفس
الاستبيان الذي أعده الدواس وآخرون، (2014)، حيث توصلوا إلى أن هناك عدة عوائق
للإبلاغ عن الوقائع؛ لكن ضيق الوقت وتعقيد الأعمال كانا العائنين الرئيسيين للإبلاغ عن
الوقائع داخل وحدات المستشفى وخاصة بالنسبة للممرضات اللواتي لديهن 11-20 سنة خبرة.

ويمكن أن تكون هناك حواجز تنظيمية وثقافية قوية تمنع الموظفين من الكشف عن
معلومات عن أصدقائهم وزملائهم. وقد يرتبط هذا التأثير بوضوح بمخاوف المساهمين المحتملين
من أنه سيتم اعتبارهم "المبلغين عن المخالفات" إما من قبل زملائهم أو من قبل أولئك الذين
يديرون النظام. بل وحتى عند عدم ذكر أسمائهم، فقد يكون المجهول قد قدموا ردوداً أكثر
قبولاً اجتماعياً خوفاً من تحديد الهوية، وهو ما قد يفسر سبب عدم الإبلاغ عن الحواجز
الثقافية باعتبارها رادعاً مهمماً للإبلاغ (جونسون، 2003). وليس هذا فحسب، بل قد يرجع
الأمر كذلك إلى نقص الوعي لدى مقدمي الرعاية الصحية بخصوص أهمية الإبلاغ عن الوقائع
(المنتاري ولويس، 2012، Almutary & Lewis؛ توباقي ستوارت، 2013، Tobaiqy &
Stewart؛ عبد الخليل وآخرون، 2022، Abukhalil et al.). كما وجد سماح وآخرون
(2020) SAMAH et al.؛ في دراستهم عن عوائق الإبلاغ واقترح حلول لها لدى 250
ممرضة بمصر بأن العوائق تمثلت في كل من: ضيق الوقت وعدم وجود تغذية رجعية
(feedback)، واعتبار التقارير مؤشرات على عدم الكفاءة وثقافة العار واللوم، الشعور بعدم
الجدوى ونقص التعليم. كما اقترحت نفس الممرضات حلولاً لتذليل العوائق من خلال تامين
التقارير وتوفير مسارات التقارير والتغذية الرجعية ومرئية التغييرات والتدريب والتعليم. كما
يوصي الباحثون بأنه يجب على مسؤولي المستشفى إدخال أنظمة المكافآت وتحسين أنظمة
الإبلاغ عن الوقائع من خلال تضمين مجموعة متنوعة من قنوات الإبلاغ وضمان عدم
الكشف عن هوية المراسل وخلق ثقافة سلامة قوية داخل المستشفى. عموماً يمكن التطرق
لأهم العوائق أو العوامل التي تمنع مقدمي الرعاية الصحية من الإبلاغ عن الوقائع فيما يلي:

1.3.1. ثقافة اللوم والعار: Blame and shame culture

كان يُنظر إلى ثقافة اللوم والعار والخوف من الانتقام بما في ذلك فقدان الوظيفة أو
فقدان الترخيص، على أنها أكبر العوامل التي تمنع مقدمي الرعاية الصحية من الإبلاغ عن

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو

الوقائع. حيث وجد بأن الخوف من العواقب السلبية هو العائق الأكثر ذكراً للإبلاغ عن وقائع التمريض (موتاز، 2021؛ Moataz et al; 2021). كما توصل المنتاري ولويس، (2012)، Almutary & Lewis، إلى أن 63% من الممرضات أبدن تحوفهن من القيام بالإبلاغ عن أخطاء إدارة الدواء. وقد تمثلت عوائق الإبلاغ الرئيسية بالنسبة لهن في الخوف من الإبلاغ وكذا تلقى ردود أفعال سلبية من إدارة التمريض، إلى جانب نقص الوعي فيما يخص عملية الإبلاغ في حد ذاتها، ناهيك عن العملية البيروقراطية التي تمر بها عملية الإبلاغ عن الوقائع.

وفي نفس السياق توصل بيروفي وآخرون (2016؛ Peyrovi et al.; 2016)، إلى أن هناك أربعة عوائق رئيسية أمام الإبلاغ عن الأخطاء من قبل الممرضات العاملات في وحدات الرعاية الحرجة الإيرانية: (أ) الحفاظ على السمعة المهنية ومنع وصمة العار؛ (ب) الخوف من العواقب والعقاب والمشاكل القانونية وسوء السلوك التنظيمي؛ (ج) الشعور بعدم الأمان وتوجيه أصابع الاتهام إلى الممرضات ونقص الدعم الإداري و(د) عدم التحقيق في السبب الجذري للخطأ. وعليه يجب أن يكون هناك إحساس أقل باللوم، وشعور مشترك بالثقة والتعلم والمساءلة أيضاً (دكار، 2018، Dekker)، مما يسمح للأشخاص بالمشاركة بشكل أكبر وأن يصبحوا جزءاً من الحل بدلاً من الخوف على حياتهم المهنية. لقد خضت بعض مؤسسات الرعاية الصحية خطوات واسعة في الابتعاد عن مثل هذه المواقف من خلال تبني مبادرات "الثقافة العادلة" أو "السلامة 2"، أو غيرها من المبادرات بنجاح. هدفهم هو طمأنة الموظفين أن معظم الأخطاء ناتجة عن أنظمة معيبة، وليس بسبب الإهمال الفردي. لسوء الحظ، تشير الدلائل إلى أن معظم المنظمات لا تزال تكافح لتبني بيئة خالية من اللوم والذنب، مما يجعل العمل المستمر لتحقيق مثل هذه البيئة ضرورة ملحة. حيث يعتبر كل ذلك جزءاً من الطريق نحو جعل مؤسسات الرعاية الصحية مؤسسات عالية الموثوقية (ستكلوفي وآخرون، 2017؛ Sutcliffe et al.).

2.3. القلق بشأن التدايعات القانونية: Worry over legal consequences

الخوف من الانتقام القانوني بسبب واقعة تم الإبلاغ عنها أمر شائع بين العديد من مقدمي الرعاية الصحية والموظفين. ويعد الخوف من العواقب القانونية أو الاجتماعية والانشغال الشديد بها من العوائق الكبيرة التي تحول دون الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية (عبد الخليل وآخرون، 2022؛ Abukhalil et al.; 2022). كما توصل الشيت وآخرون، (2021)، Esheteet al.; إلى أن من أهم عوائق الإبلاغ عن الوقائع تتمثل في الخوف من العقوبات

الإدارية، والخوف من العقوبة القانونية، ونقص التغذية الراجعة، والبيئة غير الداعمة، والاعتقاد بأن تقديم التقارير إلى الزملاء كان أسهل. بل وقد توجه له تهمة إفشاء السر المهني. لذا يجب توضيح الأمور والتخلص من الخوف من خلال التثقيف والتوعية بشأن ما يتم فعله بالبيانات المبلغ عنها. كما يجب تصميم نموذج تقرير الواقعة الموحد بشكل صحيح، مع ذكر الحقائق، ولا ينبغي أن يثير مخاوف بشأن كيفية استخدامه، في حالة حدوث إجراء قانوني. بل وقد يتم تبرئة الشخص الذي كان قد قام بعملية الإبلاغ عن الوقائع من المسؤولية في حالة وقوع حادث جسدي أو مادي له صلة بالوقائع التي تم الإبلاغ عنها ولم تؤخذ بعين الاعتبار من طرف الجهات المختصة. الأكثر من هذا هو أن الموظف قد لا يبلغ عن واقعة كان هو نفسه ضحية لها بإخفاء إصابته حتى يتجنب المضايقات المحتملة من الإدارة أو التأديب المحتمل الذي يرتبط أحياناً بالإبلاغ عن مثل هذه الإصابات (جونسون، 2003، Johnson).

3.3. تكرار التقارير وعدم الثقة في المتابعة: **Repeated reports and No trust in follow-up**

يسمح نظام الإبلاغ عن الوقائع لكل من الموظفين والإدارة أن يكونوا متزامنين فيما يتعلق بالتحسينات التي يجب تحديدها أو لولاياتها، بمجرد تحديد المخاطر داخل المنظمة. الأمر الذي يجعل كل موظف يواجه تحدياً للقيام بالأشياء بشكل أفضل أو بشكل مختلف في إدارته بمجرد تحديد ما إذا كان يجب توفير المزيد من الوقت أو المال أو الأشخاص أو المواد للتخفيف من المخاطر. لكن هذا لا يمكن أن يحدث في حالة وجود فشل في التصرف وسط أنماط من المخاطر المتكررة. وعليه يجب أن تكون التقارير عن الوقائع المتكررة بمثابة خطوط حمراء. ذلك أنه يمكن للموظفين الذين يستمرون في الإبلاغ عن نفس الوقائع أو وقائع مماثلة أن يصابوا بالإحباط، مما يزيد من خطر عدم الإبلاغ عنها في المستقبل (هوفالد، 2021، Hooiveld).

كما توصل إيفانز وآخرون (Evans et al.; 2006)، من خلال تطبيق استبيان حول تقارير الواقعة الضارة أرسل إلى 263 طبيباً و799 ممرضاً يعملون في المستشفيات الأسترالية، أن 57.7% من الأطباء و61.8% من الممرضات قالوا بأن نقص التغذية الرجعية يمثل عائقاً رئيسياً في تقارير الواقعة الضارة، مما يدل على أهميتها في مستقبل تقارير الواقعة الضارة (كينغستون وبخرون، 2004، Kingston et al.). وقد ثبت أيضاً أن التغذية الرجعية هي أحد العوامل الحاسمة للنجاح في تحسين أنظمة تقارير الواقعة الضارة، لأنها تسهل العمل في

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو الوقت المناسب للتقارير، وتطمئن المراسلين بأنه يتم التعامل مع مخاوفهم وتعزز الامتثال لنظام الإبلاغ عن الواقعة الضارة (بان وآخرون، 2009، Benn et al.;). الأكثر من هذا أنه يمكن أن يشكل عدم توافر نماذج التقرير عائقاً رئيسياً يحول دون الإبلاغ (توباقي وستوارت، 2013، Tobaiqy & Stewart).

4.3.4. قلة التشجيع: Lack of encouragement

هناك ضرورة ملحة للقيام بمراجعة بعض الأسباب الواسعة النطاق التي تمنع مقدمي الخدمة والموظفين من الإبلاغ عن الوقائع. حيث تختلف الأمور من مؤسسة إلى أخرى حتى عبر أنظمة الرعاية الصحية المتكاملة، مع وجود العديد من العوامل التي تعمل كحواجز أمام الإبلاغ. كما هو الحال مثلاً لنوع القيادة وثقافتها ومواقفها من السلامة وهيكل الإدارات وفرق تقديم الرعاية، وغيرها من الأسباب الأخرى للإبلاغ أو عدم الإبلاغ. وبالتالي فإن الوضع بمؤسسة ما قد يختلف تماماً عما هي عليه الأمور السائدة بمؤسسة أخرى بخصوص سلامة المريض ومقدمي الخدمة الصحية. عموماً لقد تم تحديد الافتقار إلى ردود الفعل الفعالة والتحفيز وانتشار ثقافة اللوم كعوائق لعدم الإبلاغ عن الوقائع (لي، 2017، Lee؛ غاو وآخرون، 2019، Gao et al.؛ موتاز، 2021، Moataz et al.).

تؤدي الأساليب الحديثة للمساءلة المشتركة لتحسين جودة الرعاية الصحية دوراً للجميع في إحداث تغيير إيجابي. بالإضافة إلى الاستعداد الأساسي لجميع الأطراف للانفتاح والصراحة، حيث يتطلب الأمر نهجاً منظماً من أعلى إلى أسفل يشتمل مباشرة على الإدارة العليا في جهود سلامة المرضى. على سبيل المثال، فإن تواصل مديري الجودة وكبار القادة مع مقدمي الرعاية بجانب السرير حول كيفية توفير جهودهم اليومية تشكل الأساس لمبادرات التحسين التنظيمي. حيث تعزز هذه الفرص التعلم ثنائي الاتجاه، وتعزز الفهم، وتزيد من ثقة الموظفين في معرفة أن جهودهم في إعداد التقارير مهمة. شريطة ألا يقتصر إعداد التقارير على التحدث علناً أو الشفافية حول الأخطاء أو الانفتاح في الاتصال، ولا يتعلق بملء نموذج؛ بل يتعلق الأمر باتخاذ الخطوة الأولى في إصلاح المشكلة المطروحة والتعلم منها لتجنب تكرارها، ويمكن أن يساعد الإبلاغ الطوعي حقاً في تحديد نقاط الضعف في أنظمة الرعاية الصحية (فينسان، 2011، Vincent). وليس هذا فحسب، بل يبقى الإبلاغ عن الوقائع لا قيمة له إذا لم يتم تحليل البيانات المبلغ عنها بشكل مناسب من قبل أفراد مؤهلين (ولاس، 2010،

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو

(Wallace). إن تشجيع الأطباء والموظفين وإرشادهم حول كيفية ووقت تقديم تقارير الوقائع هو الخطوة الأولى لضمان أن فريق الرعاية الصحية بأكمله يسير في نفس الاتجاه نحو رعاية أكثر أماناً. ويعتبر كل من مدير تحسين الجودة ورئيس التمريض والمرضى مسؤولين عن الاستفادة من تحسين الجودة وفرص سلامة المرضى في مؤسسة الرعاية الصحية.

5.3..5. نقص التدريب وعدم وضوح نظام الإبلاغ: Lack of training and unclear reporting system

تتطلب أساليب إدارة الوقائع اليوم أكثر من تتبع الوقائع أو القرب وقائع في سيرير المستشفى. نظراً لأن الممارسين قد يديرون بشكل متزايد الرعاية والخدمات في العيادات الخارجية أو الإسعافية؛ في المراكز المتخصصة، وعليه يجب أن تتكيف أدوات تحسين السلامة والجودة. بمعنى آخر، يجب أن تكون هناك متابعة للمريض والعناية به وكذا مقدم الخدمة لمنع الضرر. نتيجةً لذلك، فإن من أفضل الممارسات استخدام النماذج الآلية عبر الإنترنت التي تسمح للموظفين وغيرهم بالإبلاغ بسرعة عن أي قرب واقعة. وذلك يجعل النماذج سهلة الاستخدام ويمكن الوصول إليها عن طريق الكمبيوتر أو الجهاز اللوحي أو الهاتف الذكي لزيادة المشاركة والامتثال، ولالتقاط التفاصيل التي يمكن أن تضيع مع مرور الوقت. ما يجب تضمينه في التقرير، وما لا يجب تضمينه، إلى جانب كيفية التركيز على الحقائق وكيفية التعامل مع المعلومات الثانوية وكيفية تأطير التفاصيل ذات الصلة، وتجنب الآراء واللوم. وبالتالي السماح للموظفين بمعرفة أنه في حالة حدوث تحقيق، وتم استدعاؤهم للتحدث عن حادث تم الإبلاغ عنه، فإن أفضل مسار عمل لهم هو التحدث بصدق وواقعية حول ما حدث. لقد كشفت دراسة بوفيس وآخرون (2018)؛ Bovis et al.، أن التدريب والتغذية المرتدة بعد تقديم تقرير عن الوقائع الضارة هما عاملان رئيسيان يمكن أن يحسنا الثقة في تقارير الإبلاغ عن الوقائع السلبية واستخدامها، حيث أضع 41% من الموظفين فرصاً للإبلاغ عن الوقائع السلبية بسبب الاستجابة الضعيفة للتقارير السابقة. كما أن المجموعة التي لم تتلق تدريباً عن كتابة التقارير حول الوقائع قد قامت بالإبلاغ عن الوقائع السلبية بنسبة 63%، في حين قامت المجموعة التي تلقت تدريباً بالإبلاغ عن الوقائع بنسبة 79%. وعليه يجب دعم التقارير الإلكترونية وتوثيق الوقائع بشكل جيد من خلال التدريب المستمر للموظفين والمساعدة والتغذية الراجعة (الباراك وآخرون، 2020، Albarak et al.).

3..6. ضيق الوقت للإبلاغ: Lack of time to report

اعتمادًا على الوحدة أو القسم وموقعه الجغرافي، قد تتراوح نسبة الممرضات إلى المرضى من 1: 2 إلى 1: 6 أو أكثر. فما مدى سهولة توقف تلك الممرضة والإبلاغ عن تفاصيل واقعة وهي حديثة العهد؟ فقد توصل الباراك وآخرون، 2020، ; Albarrak et al.، إلى أن 39% فقط من المشاركين يعتقدون أن هناك عددًا كافيًا من الموظفين للتعامل مع العمل في قسم الطوارئ. ويرى 48%، أنهم تحدثوا عند رؤية شيء سلبى يؤثر على سلامة المريض، واعتزف 61%، أنهم يفقدون أحيانًا معلومات مهمة عن رعاية المرضى عند تغيير الدورية. إن إعطاء الموظفين الوقت والأدوات التي يحتاجون إليها لإكمال التقرير وقت وقوع الواقعة، وليس في نهاية مناوبتهم الطويلة، أمر ضروري لتعزيز السلامة والامتثال. حيث وجد أن عبء العمل يؤدي إلى ضغوط الوقت وعدم القدرة على الإبلاغ عن الأخطاء (توبايقى ستوارت، 2013، Tobaiqy & Stewart). كما أن الموازنة بين متطلبات تلقي معلومات كافية حول تقرير الواقعة لتمكين التحليل الجاد والمتابعة مع رغبة الطبيب في جعله أقل استهلاكًا للوقت هو مصدر قلق مستمر. وعليه يجب اعتماد أنظمة إعداد التقارير الأسرع، جنبًا إلى جنب مع الموارد والبنية التحتية الكافية لتمكين الإجراءات المستجيبة والتعليقات (باراتش وسمول، 2000، Barach & Small). كما يعتقد مقدمو الخدمة والموظفين أنه لا يوجد شيء أكثر أهمية من وجهة نظرهم لمساعدة المنظمة على التعلم من الأخطاء في تصميم النظام الحالي. وقد وجد بأن العوامل التنظيمية المتعلقة بمياكل وعمليات إعداد التقارير، مثل نقص التغذية الراجعة والاستبيانات الطويلة، والوقت غير الكافي للإبلاغ، تعتبر العوائق الرئيسية للإبلاغ (إرايب وآخرون، 2002، Uribe et al.؛). كما توصل وايل ورتنانان (2015)، Wiele & Rantanen، إلى أن ضغط الوقت هو عائق رئيسي أمام الإبلاغ، وأن موظفي المستشفى في وحدات معينة يحاولون بالفعل طرق مختصرة مبتكرة لخفض متطلبات الوقت دون تقليل معدلات الإبلاغ الخاصة بهم. كما وجد بانخار وآخرون، (2017)، Banakhar et al.، أن هناك عدة عوائق تواجه الممرضات للإبلاغ عن الوقائع؛ ولكن ضيق الوقت وتعقيد الأعمال كانا العائقيين الرئيسيين أمامهن للإبلاغ عن الوقائع وخاصة بالنسبة للممرضات اللاتي لديهن 11-20 سنة من الخبرة. وعلى نفس المنوال توصل سماح وآخرون (2020)، SAMAH et al.، في دراستهم عن عوائق الإبلاغ واقترح حلول لها لدى 250 ممرضة بمصر بأن العوائق تمثلت في

كل من: ضيق الوقت وعدم وجود تغذية رجعية واعتبار التقارير مؤشرات على عدم الكفاءة وثقافة العار واللوم والشعور بعدم الجدوى ونقص التعليم.

3..7. ضياع التفاصيل مع مرور الوقت: Loosing Details as time goes on

عندما لا يتم تسجيل قرب الوقائع (Near-incident)، واستجابة الموظفين للوقائع بدقة، تكون التكاليف مرتفعة بالنسبة للأفراد الممارسين وكذلك نظام الرعاية الصحية. تشمل المخاطر إنباء المريض، وعدم الامتثال التنظيمي، وسوء التصرف، وضعف العلاقات العامة. يمكن أن يحدث التوثيق الدقيق فرقاً في تجنب فرصة التحسين الضائعة أو الفشل في التعرف على أي أخطاء حدثت بالفعل ومعالجتها. وعليه يجب التأكد من أن المؤسسة تحمي دقة واستمرارية معلومات الواقعة. كما يجب أن يكون المشاركون قادرين على:

- تقديم أوصافاً مطولة على شكل إجابات مفتوحة بالإضافة إلى الرد باستخدام أسئلة بنعم / لا.
- إدراج التفاصيل الداعمة في شكل مرفقات، مثل الصور ومقاطع الفيديو أو التسجيلات الصوتية.
- مراجعة الأسئلة ذات الصلة فقط بناءً على نوع (قرب) الواقعة الذي يتم الإبلاغ عنها
- البقاء مجهول الهوية إذا اختاروا ذلك، وإذا كانت السياسة تسمح بذلك.

4. فعالية أنظمة الإبلاغ عن الوقائع لتحسين سلامة المرضى:

وبخلاف "أنظمة إعداد التقارير الإلزامية" التي يتمثل هدفها الأساسي في مساءلة مقدمي الخدمة على الأخطاء المرتبطة بالإصابات الخطيرة أو الوفاة. يتم تشغيل معظم أنظمة الإبلاغ الإلزامية من قبل برامج تنظيمية حكومية لديها سلطة التحقيق في قضايا محددة وإصدار عقوبات أو غرامات على ارتكاب أخطاء، فإن أنظمة الإبلاغ التي تركز على تحسين السلامة هي "أنظمة إبلاغ طوعية". ينصب تركيزها على الأخطاء التي لم ينتج عنها أي ضرر (يشار إليها أحياناً باسم "الأخطاء الوشيكة" أو ضرر ضئيل للغاية للمريض. وهي تهدف إلى تحديد ومعالجة نقاط الضعف في الأنظمة قبل حدوث الضرر، وذلك من خلال تحديد أنواع الأخطاء التي تحدث بشكل نادر للغاية بالنسبة للرعاية الصحية الفردية. تعتقد لجنة جودة الرعاية الصحية في أمريكا أن هناك حاجة إلى كل من أنظمة الإبلاغ الإلزامية والطوعية وأنه ينبغي تشغيلها بشكل منفصل. غير أن اللجنة تؤكد بأن تلقي التقارير ليس سوى الخطوة الأولى في عملية تقليل الأخطاء، وتبقى غير مجدية ما لم تتبع موارد كافية ومفيدة للتحليل والمتابعة. بحيث يجب تكريس الاهتمام الكافي للتحليل وفهم أسباب الأخطاء من أجل إجراء

تحسينات (كوهن وآخرون، 2000، Kohn et al.). تتمثل إحدى طرق التعلم من الأخطاء في إنشاء نظام لإعداد التقارير، حيث يمكن لأنظمة الإبلاغ أن تؤدي وظيفتين مهمتين. يمكنهم تحميل مقدمي الخدمات المسؤولية عن الأداء أو، بدلاً من ذلك، يمكنهم تقديم المعلومات التي تؤدي إلى تحسين السلامة. من الناحية المفاهيمية، لا تتعارض هذه الأغراض، ولكن في الواقع، يمكن أن يكون من الصعب إرضائها في وقت واحد (كوهن وآخرون، 2000، Kohn et al.). كما توصي نفس اللجنة المذكورة أعلاه أن هناك حاجة إلى وضع تقرير معياري موحد لتحديد ما يجب الإبلاغ عنه وكيف ينبغي الإبلاغ عنه. حيث يمكن أن يحقق ذلك الأغراض الثلاثة الموالية:

أولاً، يسمح التقرير المعياري الموحد بدمج البيانات وتعقبها بمرور الوقت. إذ لا يمكن تجميع البيانات ما لم تكن هناك تعريفات وطرق متجانسة لجمع البيانات عبر المؤسسات. ثانيًا، يخفف التقرير المعياري الموحد العبء على مؤسسات الرعاية الصحية التي تعمل في دول متعددة أو تخضع لمتطلبات الإبلاغ من وكالات متعددة أو عمليات إشراف خاصة ومشتريين جماعيين.

ثالثًا، يسهل التقرير المعياري الموحد التواصل مع المستهلكين والمشتريين حول سلامة المرضى. زيادة على العوائق المشار إليها أعلاه، فإن عملية الإبلاغ عن الوقائع تواجه العديد من الصعوبات المنهجية والميدانية التي لا تكاد تحصى نظراً لتنوعها واختلافها من مؤسسة إلى أخرى. وقد تتجنب العديد من أنظمة إعداد التقارير الصعوبات العملية و"السياسية" التي تنطوي عليها مثل هذه الدراسات من خلال الحد من نطاق تحليلها. كما يمكن أن يطرح التساؤل عن التأثير القوي الذي يمكن أن يحدثه الخوف من الدعاية الإعلامية عند نشر المعلومات المتعلقة بالسلامة حول الوقائع المؤسفة السابقة. كما أن هناك ضرورة بالنسبة لمؤيدي المبادرات الأخيرة لإنشاء أنظمة وطنية للإبلاغ عن الوقائع حيث أنهم لم يأخذوا الوقت الكافي للنظر في مجموعة المشاكل التقنية التي تعقد تشغيل هذه الأنظمة القائمة (جونسون، 2003، Johnson). كما قد تظهر بعض الاتجاهات والعرف والتقاليد الاجتماعية كإظهار مقدمي الرعاية الصحية لنوع من التضامن مع زميلهم الذي تسبب في واقعة ما وعدم الإبلاغ عنه أو إظهار نوع من التعاطف مع زملائهم من أجل عدم الكشف عن الوقائع التي تسببوا فيها.. إلخ. حيث يمكن أن تكون هناك حواجز تنظيمية وثقافية قوية تمنع الموظفين من

الكشف عن معلومات عن أصدقائهم وزملائهم. وقد يرتبط هذا التأثير بوضوح بمخاوف المساهمين المحتملين من أنه سيتم اعتبارهم "المبلغين عن المخالفات" إما من قبل زملائهم أو من قبل أولئك الذين يديرون النظام (جونسون، 2002). غير أن الوقائع قد لا ترتبط بالضرورة بأشخاص بقدر ما هي ناتجة عن خلل تنظيمي أو تصميمي. كما أنه قد يتم التغلب على هذه الأمور برفع مستوى الثقافة الوقائية لدى الجميع. وعليه يجب أن يكون هناك إحساس أقل باللوم، وشعور مشترك بالثقة والتعلم والمسؤولية (دكار، 2018، Dekker).

ولعل من بين الصعوبات في هذا المجال هو معرفة ماذا وكيف نسجل؟ حيث يبدو أن السؤال عن «ماذا نسجل»؟ يعتمد على السؤال، «كيف نسجل»؟ وهذا نظرا لأنه إذا كانت الطريقة المستعملة لتسجيل الوقائع أثناء تقديم الرعاية الصحية تتصف بدرجة عليا من الثبات، فإن الاستفادة مما يسجل قد تكون كبيرة جدا. فقد وجد بأن الطبيعة الذاتية للتقارير، والافتقار إلى الثبات والتحقق من صحة تصنيف بيانات الواقعة، ونقص الإبلاغ، يقيد استخدام الإبلاغ عن الوقائع كأداة وبائية موثوقة لقياس تكرار الوقائع وما إذا كانت التدخلات فعالة في تحسين سلامة المرضى (شوجانيا وآخرون، 2001؛ Shojania et al.; جونسون؛ 2003، Johnson). وقد استنتج إيفانز وآخرون (2006)؛ Evans et al.، أن كل من الأطباء والمرضات يعتقدون أنه يجب عليهم الإبلاغ عن معظم الوقائع، لكن المرضات يقومون بذلك بشكل متكرر أكثر من الأطباء. عموما، لتحسين الإبلاغ عن الوقائع، لا سيما بين الأطباء، هناك حاجة إلى توضيح الوقائع التي يجب الإبلاغ عنها، وتحتاج العملية إلى تبسيط، وتقديم الملاحظات إلى المراسلين أو بالأحرى المبلغين. لقد وجد بأن مقدمي الرعاية الصحية كانوا أكثر استعدادا للإبلاغ عن الوقائع التي اعتادوا على تسجيلها في غالب الأحيان والتي عادة ما ترتبط بنتائج فورية مثل سقوط المريض والأخطاء الدوائية التي تتطلب علاجًا تصحيحيًا (دوفريس وآخرون 2008، de Vries et al.). وفي نفس السياق تم التوصل إلى أن الوقائع الأكثر شيوعا من ضمن تلك التي تم الإبلاغ عنها تتمثل في: وقائع تخص المرضى (20.9٪)، تنفيذ الرعاية وقائع المراقبة أو المراجعة المستمرة (11.4٪)، وقائع العلاج والإجراءات (11.3٪)، ووقائع الأدوية (10.7٪) (هوفالد، 2022، Hooiveld).

عادة ما تستخدم معظم مؤسسات الرعاية الصحية بالفعل طريقة أو طرقًا مفضلة (مثل الورق أو برنامج إكسال Excel) لجمع وتحليل الوقائع. من الأفضل مواءمة نموذج تقرير

رقمي جديد مع أساس طريقة العمل الحالية. وهو ما قد يسهل على المنظمة تنفيذ نموذج الواقعة الجديدة على مستوى المؤسسة ويعزز قبول الموظفين له بشكل أسرع. كما يمكن أن تشكل الطريقة المحددة لتحليل الوقائع الأساس لنموذج الإبلاغ عن الواقعة، لذلك من الحكمة اتخاذ قرار في مرحلة مبكرة. ومن الممكن أيضاً استخدام منهجيات مختلفة لأنواع مختلفة من الوقائع. من المستحسن استخدام نفس أداة التحليل لنفس النوع من الوقائع في جميع الأقسام حتى يمكن في النهاية مقارنة الوقائع بينها بحيث يتعلم الناس من بعضهم البعض. حيث وجد بأن عدم كفاية نظم الإبلاغ عن الوقائع والافتقار إلى التعاون متعدد التخصصات والمشارك بين الإدارات يعد من أهم عوائق الإبلاغ (موتاز، 2021، Moataz et al). كما يجب القيام بإجراء مفاضلة متوازنة بين ما يجب على المقرر ملؤه في النموذج وما يحتاجه المستخدمون في المكتب الخلفي لإكمال العملية. ذلك أن الشكوى الشائعة من المقررين هي أن النموذج مكثف للغاية ويستغرق وقتاً طويلاً. لذلك يجب تحقيق التوازن الصحيح من خلال التفكير مسبقاً في البيانات الأساسية في تحليل التقرير. بل والتفكير جيداً ليس فقط في الأسئلة التي يتضمنها، ولكن أيضاً في بنية الأسئلة في النموذج. بالإضافة إلى ضرورة تكيف نموذج تسجيل الواقعة تبعاً لنوع التقارير التي تبرمج الإدارة تقديمها عبر فترات زمنية محددة كأن تكون شهرية مثلاً. وتزويد النموذج بمعلومات التوجيه الضرورية ليتم الإبلاغ عنها لتوفر مختلف العناصر معلومات قيمة ومرشدة في إنشاء عملية ممنهجة للوصول إلى الأسباب الأساسية لحدوث الواقعة.

وبالتالي هناك ضرورة لتسهيل الأمور على المراسل عن طريق صياغة الأسئلة بوضوح، بحيث لا يكون هناك مجال كبير أمامهم لإساءة فهم البيانات التي يجب ملؤها. بل من الأفضل أن تقدم أسئلة مع إدراج استجابة متعددة الخيارات بحيث يقضي المراسل وقتاً قصيراً في ملء حقول نصية مجانية. وعلى الرغم من أن القطاع الصحي في سريلانكا أسس نظاماً للإبلاغ عن الوقائع الضارة، إلا أنه يقتصر في الغالب على الوقائع غير السريرية مثل السقوط. وقد أثر الخوف من اللوم والعار بين الموظفين ونظام التقارير الورقية المطول سلباً على عملية الإبلاغ (ملاواراشي ودهمراتنا، 2022، Mallawarachchi & Dharmarathna). وعليه يمكن تبسيط مهمة المراسل أكثر من خلال تقديم نماذج يمكن الوصول إليها رقمياً عبر سطح المكتب والجهاز اللوحي والهاتف المحمول. زيادة على ذلك يجب منح المراسل فرصاً لإضافة مواد أو معلومات مرئية مباشرة في نموذج الواقعة، مثل الصور التي تقدم توضيحاً حول الموقف

الذي وقعت فيه الواقعة. كما يمكن الاستفادة من التحليل الفوري للمراسل لظروف وقوع الواقعة كالإشارة إلى الحدث الذي أدى إلى الواقعة ووصف الظروف التي وقعت فيها، وما هي عواقب ذلك على المريض وما هي النتائج المترتبة على الزملاء المرتبطين؟

والرغم من أن البيانات المتعلقة بالواقعة تعد أهم المعلومات المطلوبة في نموذج الإبلاغ. إلا أن المعلومات حول أصل الواقعة هي أيضاً ذات قيمة عالية للغاية. لذلك يجب التأكد من أن المراسل يمكنه تسجيل وصف كاف للوقائع (القريبة) من خلال طرح الأسئلة الصحيحة حتى تتمكن اللجنة من تحليل الواقعة عن طريق شجرة الأسباب، وربما العوامل، التي لعبت دوراً في الواقعة أو القرب من الواقعة (غالت وباسكال، 2009، Galt & Paschal). وفي الوقت الذي عادة ما يتم ربط أصل الواقعة بشخص واحد ربما لتواجده بنفس المكان أو بعملية نظام، فإن الأسباب الجذرية قد تكون ذات قيمة وذات صلة عالية. خلال مرحلة التحليل، يجب أن يستمر البحث حتى يتم تحديد السبب (الأسباب) الجذرية. ذلك أنه غالباً ما يمكن إرجاع هذه الأمثلة وغيرها إلى أسباب أساسية أعمق. إذا أظهر الإبلاغ أن الأسباب الجذرية تكمن داخل المنظمة، على سبيل المثال، يمكن توفير الوقت والموارد من خلال تركيز نشاط المتابعة والتحقيق على المستوى التنظيمي لمنع مثل هذه العواقب في المستقبل.

كما يستحسن منح المراسل أو المبلغ حرية اختيار الإرسال إلى نقطة مركزية، بدلاً من تطبيق اللامركزية على الواقعة من قبل القسم تفادياً لامتناعه إذا كان لا يريد أن يتم التعرف عليها أو التعامل معها في إدارته الخاصة خوفاً من الانتقام. وليس هذا فحسب، بل كثيراً ما تسأل مؤسسات الرعاية الصحية عن إيجابيات وسلبيات السماح بتقديم تقرير مجهول الهوية للمساعدة في التشجيع على الإبلاغ. وبالتالي قد تضيق الكثير من المعلومات الإضافية إذا تم اللجوء لتعميق التحقيق حول أسباب الواقعة. لذا من المستحسن أن تعمل المؤسسة على تجسيد ثقافة إبلاغ آمنة يمكن من خلالها التحدث بجرية عن أي واقعة، وبالتالي تعزيز ثقافة السلامة. الأكثر من هذا هو أنه يبقى أمام المؤسسة تحديات أخرى حيث يتعين عليها تحمل المسؤولية كذلك لضمان سلامة المراسل من خلال اتخاذ الإجراءات اللازمة للقيام بالتمييز بين نظام الإبلاغ عن الوقائع (الذي يهدف إلى تحسين سلامة المرضى) والأنظمة أو الإجراءات التي تهدف إلى اتخاذ تدابير ضد الموظفين الأفراد. إضافة إلى طمأنة وتوعية الموظفين بأن المعلومات التي تم جمعها من واقعة (ضمن نظام الإبلاغ) لن تستخدم في سياق

أهمية الإبلاغ عن الوقائع في القطاع الصحي في حماية المرضى ومقدمي الرعاية والوقاية من الحوادث. بوظيفة حمو الإجراءات التي قد تؤدي إلى اتخاذ تدابير ضد الموظفين الأفراد وسيتم تجريد التقرير من البيانات التي تجعل من الممكن تتبعه إلى الأفراد (أي ينطبق على كل من المريض والمراسل)، بمجرد حصول لجنة إعداد التقارير على معلومات كافية وأن المعلومات الواردة في نظام الإبلاغ لن يتم تقديمها أبداً إلى طرف ثالث ما لم تكن المؤسسة ملزمة بالقيام بذلك بموجب القانون أو بقرار من المحكمة.

5. مناقشة: Discussion

لقد صار هناك اهتمام متزايد لسلامة المرضى على الصعيد الدولي، استجابة للتقارير المقلقة التي تشير إلى أن نسبة كبيرة من المرضى قد عانوا من وقائع سلبية يمكن الوقاية منها مرتبطة بالرعاية الصحية (كوهوم وآخرون، 2000، Kohn et al). وقد أصبح ينظر إلى نظام الإبلاغ عن الوقائع كعنصر حاسم في الجهود المبذولة لإنشاء أنظمة رعاية صحية أكثر أماناً. إذ يمكن تطوير مبادرات لتحسين الرعاية من خلال تحديد طبيعة ومعدل الوقائع السلبية. ولكن للتمكن من تقييم أداء السلامة، يلزم وجود بيانات دقيقة وموحدة - بما في ذلك القياس المنهجي للوقائع السلبية (رافتار وآخرون، 2014، Rafter et al.).

كما تم التوصل إلى أن الطريقة الرئيسية لتحسين السلامة والممارسات الطبية الجيدة في قطاع الصحة بريطانيا تتمثل في خلق ثقافة مفتوحة بين الموظفين: "حيث يمكن قبول الأخطاء أو فشل الخدمة والإبلاغ عنها ومناقشتها دون خوف من الانتقام" (باراتش وسمول، 2000، Barach & Small). كما يجب أن تزود المؤسسة بألية تتيح لأي شخص، طاقم العمل، أو المريض، أو العائلة، أو الزائر، الإبلاغ عن الواقعة. أما على المستوى التنظيمي، يمكن للإبلاغ عن الواقعة أن يعزز الشفافية الداخلية ويزرع ثقافة التحسين المستمر عندما يشجعه مديرو التمريض والقادة الآخرون.

زيادة على أن هناك العديد من التحديات، كتحديد المفاهيم، وتقديم إرشادات لاستخدام التصنيف، كما يجب إجراء المزيد من الاختبارات الواقعية لتحسين عملية الإبلاغ عن الوقائع تدريجياً لضمان ملاءمتها للغرض المنشود (التحالف العالمي لمجموعة صياغة سلامة المرضى، 2009، World Alliance for Patient Safety Drafting Group). وقد تكون هناك صعوبة في تحديد مفهوم الواقعة في حد ذاتها وهل تحتاج إلى التسجيل أصلاً؟ وهل تشكل خطأ أم لا؟ وهل المسجل له الكفاءة الضرورية في الإبلاغ عن الأخطاء؟ فقد أشار

بعض الباحثين مثلاً إلى وجود شكاوى متكررة من عدم كفاءة طلاب الطب في الإبلاغ عن الأخطاء، والتي تستمر حتى بعد التعليم والتنقيف بشأن سلامة المرضى (لاونغ وآخرون، 2010؛ Leung et al.؛ روه وآخرون، 2015؛ Roh et al.). لذا تم اقتراح تعليم طلاب الطب الإبلاغ عن الأخطاء وتشجيعهم على الإبلاغ عن الأخطاء بطريقة جذابة فكرياً وعاطفياً (موحسا وآخرون، 2019؛ Mohsin et al.؛ ريدار وآخرون، 2019؛ Ryder et al.). كما وجد بأن الطلاب قد أبلغوا عن أخطاء الآخرين أكثر من غيرهم (67.6% مقابل 32.4%). وأبلغوا عن الأخطاء الطبية الحرجة الشائعة، بما في ذلك الأخطاء المتعلقة بالتعامل مع المرضى (34.5%)، والإجراءات الصارمة (20.2%)، والعدوى (18.5%). وعندما ارتكب الطلاب أخطاء، اعتبروا العوامل البشرية مثل التعب والجدولة الزمنية والتدريب على أنها الأسباب الجذرية الأكثر شيوعاً، مع التركيز على خطط التحسين على المستوى الفردي (لي وآخرون، 2022؛ Lee et al.).

وقد لا يقتصر الأمر على طلاب الطب لوحدهم، بل هناك حاجة لتدريب مختلف مقدمي الرعاية الصحية على اكتشاف الوقائع وتسجيلها، كما توصل عبد الخليل وآخرون (2022)؛ Abukhalil et al.؛ إلى أن 35% فقط من جميع مقدمي الخدمة كانوا على علم بنظام الإبلاغ في مؤسساتهم أو منهجية إعداد التقارير، كما أكد 26% فقط من جميع المشاركين أن مؤسساتهم قدمت تكويناً أو توعية مستمرة بشأن الأخطاء الدوائية. وفي نفس السياق، كشفت دراسة بوفيس وآخرون (2018)؛ Bovis et al.؛ أن التدريب والتغذية المرتدة بعد تقديم تقرير عن الوقائع الضارة هما عاملان رئيسيان يمكن أن يحسنا الثقة في تقارير الإبلاغ عن الوقائع السلبية واستخدامها، حيث أضع 41% من الموظفين فرصاً للإبلاغ عن الوقائع السلبية بسبب الاستجابة الضعيفة للتقارير السابقة. كما أن المجموعة التي لم تتلق تدريباً عن كتابة التقارير حول الوقائع قد قامت بالإبلاغ عن الوقائع السلبية بنسبة 63%، في حين قامت المجموعة التي تلقت تدريباً بالإبلاغ عن الوقائع بنسبة 79%. وعليه يجب دعم التقارير الإلكترونية وتوثيق الوقائع بشكل جيد من خلال التدريب المستمر للموظفين والمساعدة والتغذية الراجعة (البارك وآخرون، 2020؛ Albarrak et al.).

6. خاتمة: Conclusion

رغم عدم الاتفاق عن مفهوم الواقعة وتصنيفه ورغم العوائق والصعوبات التي

تواجهها ورغم عدم التوصل إلى توحيد المجهودات للاتجاه نحو استخدام نموذج إبلاغ مشترك على المستوى الوطني لتقليل الاختلافات في عناصر الإبلاغ وتسهيل جمع وتحليل بيانات سلامة المرضى بكفاءة، فإن نظام الإبلاغ عن الواقعة أصبح عنصراً حاسماً في الجهود المبذولة لإنشاء أنظمة رعاية صحية أكثر أماناً. ويعتقد العديد من الباحثين أن تطوير نظام يشجع سلوك الإبلاغ عن الوقائع ويوفر الحماية من العقوبات لمقدمي الرعاية الصحية للإبلاغ عن الوقائع لتعزيز سلامة المرضى وجودة الرعاية في كل منشأة صحية يعد أمراً بالغ الأهمية (ليب، 1994؛ Leape، فام وآخرون، 2010؛ Pham et al.؛ إليس وأبوت، 2019، Ellis & Abbott؛ الشيت وآخرون، 2021، Esheteet al.).

7. قائمة المراجع: References:

1. Abukhalil Abdallah Damin 1, Amer Nadine M 1, Musallam Lina Y 1, Al-Shami Ni'meh (2022) Medication error awareness among health care providers in Palestine: A questionnaire-based cross-sectional observational study. Saudi Pharm J. 2022 Apr;30(4):470-477.
2. Albarrak Ahmed, Ammar S Almansour, Ali A Alzahrani, Abdulaziz H Almalki, Abdulrahman A Alshehri, Rafiuddin Mohammed (2020) Assessment of patient safety challenges and electronic occurrence variance reporting (e-OVR) barriers facing physicians and nurses in three emergency department: a cross sectional study. BMC Emerg Med 2020 Dec 14;20(1):98.
3. Alduais A, Mogali S, Al Shabrain B, Al Enazi A, Al-awad F (2014) Barriers and strategies of reporting medical errors in public hospitals in Riyadh city: A survey-study. IOSR-JNHS 3: 72-85.
4. Almutary HH, Lewis PA (2012) Nurses' willingness to report medication administration errors in Saudi Arabia. Qual Manag Health Care 21: 119-126
5. Bovis Joanna Lucy, Edwin John Pradeep, Bano Chris Patrick, Tyraskis Athanasios, Dinnish Baskaran and Karuppaiah Karthik (2018) Barriers to staff reporting adverse incidents in NHS hospitals; Future Healthc J, DOI: <https://doi.org/10.7861/futurehosp.5-2-117>.
6. Barach P, Small S.D. (2000) Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237): 759-763. doi: 10.1136/bmj.320.7237.759.
7. J Benn 1, M Koutantji, L Wallace, P Spurgeon, M Rejman, A Healey, C Vincent (2009) Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care 2009; 18: 11-21. Abstract/FREE Full Text Google Scholar.
8. Bifttu, B. B., Dachew, B. A., Tiruneh, B. T., & Beshah, D. T. (2016). Medication administration error reporting and associated factors among nurses working at the University of Gondar referral hospital, Northwest Ethiopia, 2015. BMC Nursing, 15(43) <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0165-3>
9. Chard, Robin. (2010). How Perioperative Define, Attribute Causes of, and React to Intraoperative Nursing Errors. AORN J, 91(1), 132-145.
10. Cleary, M., Lees, D., & Lopez, V. (2018). "Saying Sorry": Some Strategies for Effective Apology within the Workplace. Issues in Mental Health Nursing, 39(11), 980-982. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1507571>
11. Department of Health. (2000) Building a safer NHS for patients – implementing an organisation with a memory. The Stationery Office, 2000. London: DH, 2000.

12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
13. de Vries E N, Ramrattan M A, Smorenburg S M, Gouma D J, Boormeester M A. (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(03):216–223.
14. Ellis, P., & Abbott, J. (2019). Learning from mistakes III: taking on the learning. *Journal of Kidney Care*, 4(6), 339–341.
15. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, and DeWit M (2006) Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. Feb; 15(1): 39–43.
16. Eshete Yeshiambew, Tesfaye Bekele, Dagne Zewdu, Kefale Demewoz, Mesfin Belay Demke, and Minuye Binyam (2021) Critical Incident Disclosing Behaviors and Associated Factors among Nurses Working in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Critical Care Research and Practice*. Volume 2021, Article ID 8813368, 6 pages.
17. Farley DO, Haviland A, Champagne S, et al. (2008) Adverse-event-reporting practices by US hospitals: results of a national survey. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 416–23. Abstract/FREE Full Text Google Scholar.
18. Gao, X., Yan, S., Wu, W., Zhang, R., Lu, Y., & Xiao, S. (2019). Implications from China patient safety incidents reporting system. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15, 259–267.
19. Johnson C W. (2003) How will we get the data and what will we do with it then? Issues in the reporting of adverse healthcare events. *Qual Saf HealthCare* 2003 12 (Suppl II) ii64–ii67.
20. Hooiveld Jens (2021) Barriers to incident reporting in healthcare, <https://www.patientsafety.com/en/blog/barriers-to-incident-reporting>.
21. Hooiveld Jens (2022) What type of incidents take place in healthcare, <https://www.patientsafety.com/en/blog/type-of-incidents-in-healthcare>.
22. Hwang, J.-I., Lee, S.-I., & Park, H.-A. (2012). Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals. *Healthcare Informatics. Research*, 18(4), 279–286.
23. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004; 181:36–9.
24. Uribe Claudia L, Schweikhart Sharon B, Pathak Dev S, Dow Merrell, Marsh Gail B (2002) Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *J Healthc Manag*. 2002 Jul-Aug; 47 (4) :263-79.
25. Lee, E. (2017) Reporting of medication administration errors by nurses in South Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(5), 728–734.
26. Lee Sungjoon, Roh HyeRin, Kim Myounghun, and Park Ji Kyoung (2022) Evaluating medical students' ability to identify and report errors: finding gaps in patient safety education. *Med Educ Online*. 2022; 27(1): 2011604. Published online. PMID: PMC8823682. PMID:35129092 2022 Feb 6.
27. Mallawarachchi SMNSM, Dharmarathna GSK (2022) A systematic assessment of adverse event reporting in selected state hospitals in Sri Lanka. *J Surg Med*. 2022;6(4):494-497. DOI: 10.28982/josam.897752
28. Michel, P., Brami, J., Chanelière, M., Kret, M., Mosnier, A., Dupie, I., Haeringer-Cholet, A., Keriél-Gascou, M., Maradan, C., Villebrun, F., Makeham, M., & Quenon, J.-L. (2017). Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *PLoS One*, 12(2), e0165455–e0165455.
29. Moataz Mohamed, Maamoun Hamed and Stathis Konstantinidis (2021) Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review, *Western Journal of Nursing R*, 1 –18;
30. Mohsin SU, Ibrahim Y, Levine D.(2019) Teaching medical students to recognise and report errors.BMJ Open Qual. 2019;8(2):e000558.[PMC free article][PubMed][Google Scholar]

31. Neale G, Woloshynowych M, (2003) Retrospective case record review: A blunt instrument that needs sharpening, March 2003, Quality and Safety in Health Care 12(1):2-3, DOI: 10.1136/qhc.12.1.2
32. Ross McL Wilson, William B Runciman, Robert W Gibberd, Bernadette T Harrison, Liza Newby and John D Hamilton (1995) The Quality in Australian Health Care Study THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA Vol 163 6
33. Peyrovi Hamid, Nikbakht Nasrabadi Alireza &, Valiee Sina (2016) Exploration of the barriers of reporting nursing errors in intensive care units: A qualitative study. J Intensive Care Soc. 2016 Aug;17(3):215-221
34. Pham, J. C., Gianci, S., Battles, J., Beard, P., Clarke, J. R., Coates, H., Donaldson, L., Eldridge, N., Fletcher, M., & Goeschel, C. A. (2010). Establishing a global learning community for incident-reporting systems. BMJ Quality & Safety, 19(5), 446-451.
35. Rafter, N, Hickey, A, Condell, S, Conroy, R, O'connor, P, Vaughan, D and WILLIAMS, D (2014) Adverse events in healthcare: learning from mistakes. QJM: monthly journal of the Association of Physicians.
36. Roh Hyerin, Park Seok Ju & Kim Taekjoong, (2015) Patient safety education to change medical students 'attitudes and sense of responsibility. Med Teach.2015;37(10):908-8. [PubMed] [Google Scholar]
37. Ryder HF, Huntington JT, West A, et al. (2019) What do I do when something goes wrong? Teaching medical students to identify, understand, and engage in reporting medical errors. Acad Med. 2019;94(12):1910-1915.
38. Samah B. Mourd; Abeer M. Seada, D.N.Sc., Eman A. and Etway, D.N.Sc. (2020) Barriers of Reporting Incident and Suggested Solutions from the Perspective of Staff Nurses. Med. J. Cairo Univ., Vol. 88, No. 1,
39. Shojania K G, Duncan B W, McDonald K M., Wachter R M, and Markowitz A J (2001) Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2001; (43): i-x, 1-668.
40. Stavropoulou, C., Doherty, C., & Tosey, P. (2015). How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? A systematic literature reviews. The Milbank Quarterly, 93(4), 826-866.
41. Vincent, Charles. (2011). Patient safety. Second edition, John Wiley & Sons, 20 juil. 2011 - 432 pages.
42. Wallace, L. (2010). Feedback from reporting patient safety incidents--are NHS trusts learning lessons? Journal of Health Services Research & Policy, 15 Suppl 1, 75-78. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.09s113>
43. Wiele Paul and Rantanen Esa (2015) Usability of incident reporting systems: Preliminary results of a case study. International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care: Improving the Outcomes, 2015.
44. World Alliance for Patient Safety Drafting Group Sherman H, Castro G, Fletcher M et al. (2009) Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. Int J Qual Health Care 2009; 21:2-8.
45. World Health Organization (WHO). (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. 34 World Health Organization.
46. World Health Organization (WHO). (2019). 10 Facts on Patient Safety. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety/en/>.
47. Wu Albert W, Steckelberg RC. (2012) Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? BMJ Qual Saf 2012; 21:267-70.