

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



استانداردهای ایمنی بیمار (۱)

اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران است

یادداشت هایی درباره بیمارستان فلورانس نایتینگل ۱۸۶۳



تعاریف ایمنی بیمار (patient safety)

تعریف سازمان بهداشت جهانی:

اجتناب و خلاصی از آسیب‌های بی مورد یا بالقوه در
ارتباط با خدمات سلامت

به زبان ساده تر:

یعنی کاری کنیم که مشکلی علاوه بر مشکل اولیه در جریان ارائه خدمات سلامت برای بیمار ایجاد نشود.

تعریف دیگر ایمنی بیمار :

**پرهیزی، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا
آسیب به بیماران ناشی از فرآیندهای مراقبتی
پزشکی می باشد**

ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت سلامت

در مراقبت سلامت “کیفیت و ایمنی” کاملاً بهم مرتبط هستند.

ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا ، وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی متخصصین مراقبت سلامت است.

هدف از ایمنی بیمار و مدیریت خطر این است که :

هنگام فرایند ارائه مراقبت‌های سلامت ، جراحی و آسیبی به بیمار
وارد نشود.

جنبش ایمنی بیمار

ایمنی بیمار سیستمی است که از آسیب دیدن بیمار جلوگیری می کند. از طریق:



حذف خطاها



یادگیری از خطاهای رخ داده



ایجاد فرهنگی که ایمنی بیمار، کارکنان و بیمارستان را ترویج کند.



به دنبال راه هایی باشیم که ایمنی بیمار را در بیمارستان ها افزایش دهیم

مقدمه :

از جمله مهمترین دلایل پرداختن به موضوع کیفیت در خدمات درمانی ، وجود مشکلاتی مربوط به **ایمنی بیمار** در ارائه این خدمات است.

مطالعات مختلف و گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) نشان داد که در دنیا ، به طور متوسط **۱۰٪** بیمارانی که در مراکز درمانی بستری می شوند به شکلی دچار یک رویداد با درجات مختلف شده و آسیب می بینند و این در حالی است که ۵۰٪ موارد مذکور قابل پیشگیری هستند.

بنابراین ایمنی بیمار یک نظام مراقبت بهداشتی جدید
است که بر گزارش دهی ، تجزیه و تحلیل و پیشگیری
از خطاهای پزشکی که اغلب منجر به بروز خطاهای
ناخواسته میشود، تأکید می ورزد.

هدف اصلی از ایمنی بیمار

حفظ و ارتقاء امنیت بیمار
(patient safety)



سازمان جهانی بهداشت برای دستیابی به ایمنی بیمار از ابتکار
بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار استفاده نموده است.

► رسیدن به این هدف در بیمارستان ۹ دی منظره
دوراز دسترس نیست و نیازمند تلاش همگانی و
کوششی مداوم از جانب تک تک افرادی است که
در این مرکز مشغول به کار میباشند.





هفت گام به سوی ایمنی بیمار

(Seven Steps to Patient Safety)

تمامی بیمارستان ها برای حرکت در راستای ایمنی بیمار باید گام های مؤثری بردارند که شامل موارد زیر است:

(۱) ایجاد فرهنگ ایمنی و بسترسازی :

Step 1 *Build a safety culture*

بستری باز برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.

فرهنگ ایمنی محصول ارزشهای فردی و گروهی، گرایشها، کارآمدی و الگوی رفتاری است که میزان تعهد و توانمندی و کارایی یک برنامه بهداشتی و ایمنی سازمان را تعیین می کند. سازمان های دارای فرهنگ ایمنی قوی (مثبت) خصوصیات از قبیل اعتماد در روابط متقابل افراد، ادراکات مشترک افراد درباره اهمیت ایمنی، و با اعتقاد به اثربخشی اقدامات پیشگیرانه شناخته می شود.

(۲) هدایت و حمایت از کارکنان :

Step 2 *Lead and support your staff*

بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید.

(۳) عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید:

Step 3 *Integrate your risk management activity*

برای مدیریت خطرات، سیستم ها و فرایندهایی را ایجاد نموده و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.

۴) گزارش دهی خطاها را تشویق نموده و ارتقاء نمایید:

Step 4 Promote reporting

به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند

۵) استفاده از تجارب و نظرات بیماران و جامعه :

Step 5 Involve and communicate with patients and the public

مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده با آنها ارتباط برقرار کنید. راههایی را برای برقراری ارتباط صحیح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید .

۶) درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید :

Step 6 *Learn and share safety lessons*

کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.

۷) راه حل‌هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید :

Step 7 *Implement solutions to prevent harm*

درسهایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم نهادینه و عملی سازید. از روش های مناسب جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی استفاده نمایید.



9 راه گل ایمنی شمار



۹ راه حل ایمنی بیمار

۱- توجه به داروها با نام و تلفظ مشابه

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار

۳- ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار

۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵- کنترل غلظت محلولهای الکترولیت

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی و تلفیق دارویی

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله

۸- استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات

۹- بهبود بهداشت دستها



۱) برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات در

حین تحویل بیمار

(Communication During Patient Hand)

اهمیت برقراری ارتباط صحیح :

۱۱ درصد از ۲۵۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰ مورد اتفاقات ناخواسته قابل اجتناب ناشی از مشکلات ارتباطی است.

برخی از مطالعات ۷۰ تا ۸۰ درصد اتفاقات ناخواسته را ناشی از مشکلات تعاملات بین فردی دانسته اند.

برقراری ارتباطات در حین تحویل بیماران مرتبط به تبادل و انتقال اطلاعات :

- از یک ارائه کننده خدمت به دیگری (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)
- از یک تیم ارائه کننده به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)
- از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر برای دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی تخصصی
- از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین و خانواده آنان در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان به منزل

راهکارها

- ❖ نیاز به وجود زبان مشترک برای تبادل اطلاعات
- ❖ تکنیک های توجیهی وضعیتی نظیر فرآیند SBAR
- ❖ استاندارد سازی تحویل شیفت ها
- ❖ بازخوانی مجدد به منظور اخذ تأیید فرستنده پیام مبنی بر صحت
- ❖ درک مطالب توسط گیرنده پیام
- ❖ عضویت بیمار و مشارکت ثابت وی در تیم سلامت
- ❖ ساعت کار کادر بالینی در شیفت های مختلف با یکدیگر هم پوشانی داشته باشد.

تکنیک SBAR

SITUATION = S (بیان وضعیت) :

- شکایت ، تشخیص ، طرح درمان و نیازهای بیمار

BACKGROUND = B (زمینه و سوابق) :

- علایم حیاتی ، وضعیت روحی و ذهنی ، لیستی از داروها و نتایج آزمایشگاهی

ASSESSMENT = A (ارزیابی انجام شده) :

- رایاه ارزیابی فعلی بیمار

RECOMMENDATION = R (پیشنهادات و توصیه ها) :

- شناسایی نتایج معوقه بیمار و آنچه که بعدا باید انجام شود و توصیه های مراقبتی

دیگر بیمار

(۲) کنترل محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا

Control of Concentrated Electrolyte Solutions

**محلول های الکترولیتی با غلظت بالا به ویژه KCL در
صورتی که به طرز مناسب آماده و تجویز نشوند ، کشنده
خواهند بود .**

*هالوپریدول	*پتاسیم کلراید
*رتپلاز / آلتپلاز / استرپتوکیناز	*منیزیوم سولفات
*پروپرانول	*هایپر سالین
*کلسیم گلوکونات	*لیدوکائین
*سدیم بیکربنات	*آتروپین
*اپی نفرین	*هپارین
انسولین	مخدرها
اکسی توسین	دیگوکسین وریدی
میزوپروستول	متوتروکسات
اینترالیپید	آمینواسید

راهکارها

- ❖ تأکید بر برداشتن محلول های الکترولیتی با غلظت بالا به ویژه KCL از بخش
- ❖ نگاهداری ویال های با غلظت بالای کلرید پتاسیم ، فسفات پتاسیم ، کلسیم گلوکونات و سولفات کلسیم در داروخانه به صورت مجزا از یکدیگر
- ❖ محدودیت دسترسی به محلول های کلرید سدیم با غلظت بیش از ۰.۹ درصد
- ❖ نسخه نویسی محلول های الکترولیتی با غلظت بالا بایستی خوانا باشد. در هنگام نسخه نویسی نام دارو و میزان سرعت انفوزیون بایستی با استفاده از حروف درشت باشد.
- ❖ وجود ظرف قرمز رنگ مخصوص kcl و دور از بقیه داروها
- ❖ وجود باکس های جدا از سایر داروها برای داروهای پرخطر
- ❖ تهیه لیست داروهای پرخطر و ارسال به بخش ها
- ❖ انجام دبل چک و از ابتدا تا انتهای فرایند دارودهی توسط دو پرستار

وجود لاین وریدی مطمئن، سالم و کنترل علایم حیاتی بیمار

وجود تجهیزات کافی جهت محاسبه دقیق دوزاژ دارویی و تزریق دارو مانند پمپ انفوزیون

مراحل نسخه پیچی، آماده سازی و تجویز محلول های الکترولیتی با غلظت بالا مشتمل بر

سالین هیپرتونیک (۳٪ و ۵٪)، فسفات پتاسیم، سولفات منیزوم و کلرید کلسیم با استفاده از

چک لیست توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت به صورت مستقل از یکدیگر کنترل

شود.

(در داروخانه توسط دو پزشک داروساز یا یک پزشک داروساز و یک تکنسین دارویی و در

بخش های بستری، درمانگاه سرپایی، بخش اورژانس و اتاق عمل توسط دو پرستار یا یک

پزشک و یک پرستار واجد صلاحیت حرفه ای)

(۳) داروهای با اسامی و اشکال مشابه

Look-Alike, Sound-Alike Medication Names

**توجه به داروها با نام و تلفظ داروهای مشابه جهت جلوگیری از خطاهای
دارویی (شکل، آوایی، نوشتاری)**

similar-sounding drug name pairs

Librax® / Lasix®

Metronidazole / Methimazole

Chlorpromazine / Clomipramine

Nimodipine / Nifedipine

Novomix® / Novorapid®

Digoxin / Digestive

Methocarbamol / Metoclopramide

Dopamine / Dobutamin

Clomiphen / Clomipramine

داروهای Look-Alike



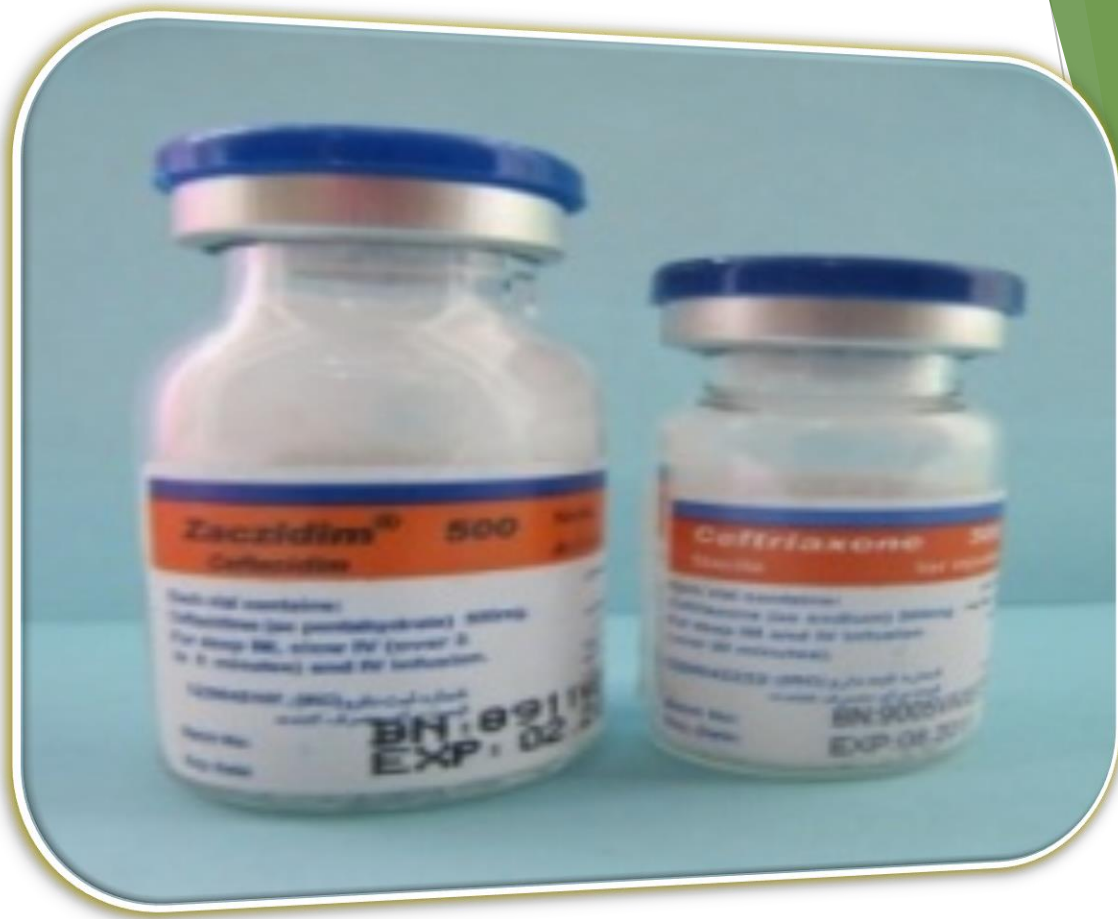
ویال مروپنم (شرکت اکسیر)

ویال سفپیم (شرکت اکسیر)

ویال سفتازیدیم (شرکت اکسیر)



آمپول
دیسیکلومین (شرکت
کاسپین)



ویال سفتازیدیم (شرکت داروی

تبریز)

ویال سفتریاکسون (شرکت



آمپول کلیندامایسین (شرکت زهراوی)
آمپول کلماستین (شرکت مینو-تهران)



کپسول کلوزازاسیلین (شرکت فارابی)
کپسول آموکسی سیلین (شرکت فارابی)

راهکارها

- ❖ خوانا بودن دست خط نسخ دارویی
- ❖ محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی به ویژه در خصوص داروها با تلفظ (صدای) مشابه
- ❖ در صورت ارایه دستور شفاهی استفاده از متد حلقه بسته ارتباطی اجرا گردد.
- ❖ فرستنده پیام شفاهی اطلاعات را به اختصار برای گیرنده پیام بیان کند.
- ❖ گیرنده پیام شفاهی آنچه را که شنیده به اختصار بازخوانی و در پرونده ثبت نماید .
- ❖ فرستنده پیام می باید اطلاعات شنیده شده را تایید و در صورت وجود مشکل اصلاح نماید .
- ❖ بررسی دوره ای داروهای موجود در بیمارستان به منظور ردیابی داروهای مشابه خریداری شده
- ❖ تفکیک فیزیکی داروها با اسامی و اشکال مشابه LASA در تمامی انبارهای دارویی

❖ استفاده از حروف بزرگ و مدل نوشتاری TALL MAN LEATTER در نوشتن

نام داروهای مشابه اسمی در نسخه نویسی توسط پزشکان مانند :

DOPamine و DOBUTamine

❖ نوشتن نام تجاری و ژنریک دارو ، دوز و راه تجویز دارو در نسخ دارویی

❖ داروهای مشابه (ظاهر) از مبدا، انباردارویی، داروخانه برچسب زرد زده شده و

سپس به بخش مربوطه تحویل داده شود.

❖ نگهداری داروهای مشابه در باکس ها و قفسه ها جدا از سایر داروها باشد.

❖ وجود لیست داروهای مشابه در بخش ها

۴) استفاده از وسایل یک بار مصرف در تزریقات

Single Use of Injection Devices

تعریف تزریقات ایمن :

- ۱) به بیماران یا دریافت کننده خدمات آسیبی نرساند.
- ۲) به ارائه کنندگان و کارکنان خدمات سلامت صدمه ای نزند.
- ۳) پسماندهای ناشی از آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نگردد .

راهکارها

❖ پس از تزریق اکیداً از گذاردن درپوش سرسوزن اجتناب شود.
(در صورت ضرورت به روش یک دستی SCOOP)

❖ قبل از دفع ، از شکستن یا خم کردن سرسوزن اجتناب شود.

❖ الزامی است سر سوزن و سایر وسایل تیز و برنده مصرف شده یا نشده (نظیر بیستوری ،

آنژیوکت ها ، شیشه های شکسته سرم ، گایدهای جراحی ، پنس های شکسته ، سرسوزن و..)
مستقیماً توسط فرد مجری پس از مصرف در ظروف ایمن دفع شود .

❖ به منظور پیش گیری از جراحات و صدمات ناشی از وسایل تیز و برنده ، بایستی دفع سرسوزن و سرنگ (با هم) صورت پذیرد .

❖ جهت حمل وسایل تیز و برنده بایستی از ریسور استفاده شود و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری گردد.

❖ بایستی از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب شود.

❖ رعایت احتیاطات استاندارد در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال مواجهه با خون و سایر ترشحات بدن بیمار پیش بینی میشود، الزامی است.

۵) ارتقاء بهداشت دست به منظور پیشگیری از عفونتهای ناشی از خدمات سلامت

Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections

باید توجه داشت که **شستن دست ها** به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید.

مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست

این موقعیت ها عبارتند از :

- (1) قبل از تماس بیمار
- (2) قبل از اقدامات درمانی تمیز / استریل
- (3) بعد از خطر مواجهه با مایعات
- (4) بعد از تماس با بیمار
- (5) بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

راهکارها

❖ زمانبندی شستشوی دست با محلول های پایه الکلی ۲۰ تا ۳۰ ثانیه و شستشوی با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است.

❖ با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکروارگانیزم را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است.

❖ در محیط اتاق عمل : بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل ، اجازه دهید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملا خشک شوند.

❖ به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با آب و صابون یا ضدعفونی با محلول های Hand Rub نمی شود.

❖ اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر موارد بالقوه عفونی ، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود، پوشیدن دستکش ضروری است.

❖ از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید.

❖ در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز نیست موضع دیگر همان بیمار (مشتمل بر پوست آسیب دیده ، مخاطات یا ابزار پزشکی) یا محیط لمس شود ، دستکش را درآورده یا عوض کنید.

۶) شناسایی بیمار

Patient Identification

توجه به مشخصات فردی بیمار
جهت جلوگیری از خطا



راهکارها

□ دو شناسه اصلی که بایستی به روش یکسان (با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید) بر روی دستبندها پرینت شود مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) است.

□ در صورت وجود بیماران با نام مشابه : علاوه بر دو شناسه ، نام پدر و شماره پرونده هم درج می شود. روی جلد پرونده برچسب تشابه اسمی یا نوشته احتیاط **بیمار با اسامی مشابه** قید میشود.

□ تأکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه بر روی دستبند شناسایی استفاده نشود. همچنین برای شناسایی بیمار و صدا زدن بیمار نیز استفاده نشود.

در روش شناسایی فعال، بیماران نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نموده و ارائه کننده خدمت آن را با مشخصات دستبند تطبیق می دهد .

در صورتی که بیمار غیر هوشیار است ، مندرجات دستبند با پرونده و یا بستگان درجه یک بیمار چک می شود .

حین تحول و تحول درهرشیفت ویا در هر انتقال بین بخشی و یا بیمارستانی نیز دستبند بیمارچک شود .

در صورت گم شدن یا پاره شدن ویا ازبین رفتن یا کمرنگ شدن مندرجات دستبند می بایست به پذیرش اطلاع داده و دستبند جدید صادر شود .

بستن دستبند به بازوی دست غالب ارجح می باشد.

در بدوپذیرش بیمار در بخش ارزیابی بیمار وغربالگری بیماران جهت استفاده از دستبند قرمز جهت موارد حساسیتها و آلرژی و دستبند زردرنگ جهت بیمارانی که از نظر سقوط، زخم بستر و ترومبوآمبولی وریدی و ریوی ریسک بالایی دارند ، انجام گیرد.



۷) اجتناب از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها

در سازمان های مراقبت بهداشتی ، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها ، سوند ها و راه های وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات ، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است. از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالبا دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می شوند.

- این تجهیزات شامل :

- اتصالات وریدی ، شریانی (، ARTERY LINE ، CVP LINE ، TIPIC ، آنژیوکت و ...)

- اتصالات مربوط به راه هوایی شامل: لوله تراشه ، تراکئوستومی ، اتصال اکسیژن و ...

- سایر موارد مثل : درن ها ، سوند فولی ، NGT و

مهم ترین اقدامات

- هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، اتصالات را کنترل مجدد نمایید.
- مسیرلوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیراستاندارد مختلفی ثابت نمایید. این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است:
- لوله ها و کاتترها را کدبندی رنگی نکنید.
- از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.

➤ به کارکنان پشتیبانی ، بیماران و خانواده آنان تاکید شود که نبایستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند .

➤ پرستار در صورت مشاهده هرگونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل :
نشت ، انسداد ، جابجایی و یا پارگی در آنها در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج برساند .

➤ سوندها و کاتترهای خطرناک و مواردی که اتصال صحیح صورت نمی گیرد شناسایی و گزارش شوند .

➤ به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات توضیح داده شود.

۸) تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات

(تغییر در مجموعه ارائه کننده ، نوع خدمت ، پزشک و سطح خدمت)

نرخ بروز اتفاقات ناخواسته دارویی از ۲ تا ۷ در ۱۰۰ موارد پذیرش

اتفاقات ناخواسته دارویی قابل اجتناب که ناشی از ضعف طراحی سیستمی می باشد،

سبب ۲۰ درصد مرگ یا صدمات ناشی از خطاها است.

بیش از ۵۰ درصد خطاهای دارویی در هنگام ارائه خدمت صورت می پذیرد.

بالغ بر ۶۰ درصد بیماران حداقل یک ناهمخوانی در تاریخچه دارویی پذیرش دارند.

- پزشک معالج ، داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در برگه شرح حال ثبت نموده و در خصوص ادامه و یا قطع داروهای فعلی مصرفی براساس قضاوت بالینی و مشاوره تصمیم گیری نموده و داروهای مجاز مصرفی بیمار را در طی مدت بستری در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.

- پزشک معالج در زمان ترخیص بیمار نیز در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیرمرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری نموده و در صورت لزوم بیمار را در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی ، به پزشک متخصص ارجاع می دهد و اقدامات انجام شده را در برگه خلاصه پرونده ثبت می نماید .

۹) انجام پروسیجر صحیح در موضع صحیح بدن

اجرای دستورالعمل (بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح) به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین خط مشی و پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده است.

۵ گام :

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

تکمیل فرم رضایت آگاهانه که توسط پزشک و در حضور دو شاهد صورت می گیرد. پرستار بعنوان یک شاهد آنرا امضا می کند .

گام دوم - تأیید هویت بیمار:

قبل از اجرای هرگونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.
این پرسش ها شامل:

- **نام کامل بیمار و تاریخ تولد** (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید).

- **نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده**

- **دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر**

- **نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر**

گام سوم – علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی:

علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، هم چنان برای کلیه ی اعضاء تیم درمانی قابل رؤیت باشد.

علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.

جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.

نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.

در واحد های تصویر برداری، اعضاء تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.

در صورتی که اطلاعات تصویر برداری، جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضاء تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح - بیمار صحیح می باشند.

گام چهارم - بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری پیش از عمل) :

TIME OUT یا **درنگ تیمی** :

- در حین انجام پروسیجرهای تهاجمی چه در بخش یا اتاق عمل، می باید با یک **درنگ** بر صحت موارد (بیمار صحیح، نشانه گذاری صحیح اندام، پروسیجر صحیح، اطمینان از وجود کلیه تجهیزات، ایمپلنت ها و موارد ملزومه در طی فرایند) تاکید کنند و در این مدت کلیه فعالیت های

تیم در آن اتاق متوقف می شود.

گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط :

در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد.

این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد .



شاخص های ایمنی بیمار
(Patient Safety Indicators)

شاخصهای ایمنی بیمار

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج را پایش می کنند.

با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

هدف از این شاخص ها :

اندازه گیری میزان ایمنی مراقبتهای بیمارستانی با استفاده از اطلاعات روتین بیماران بستری شده می باشد.

شاخص

۱	سقوط منجر به مرگ یا آسیب پایدار
۲	سقوط
۳	عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد
۴	واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
۵	واکنش ناشی از عوارض انتقال خون
۶	آسیب به نوزاد حین تولد
۷	سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۸	انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۹	جا ماندن جسم خارجی در بدن پس از جراحی
۱۰	آمبولی ریوی پس از عمل

عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ	۱۱
خونریزی یا هماتوم شدید منجر به مرگ	۱۲
ایجاد زخم فشاری درجه سه یا چهار	۱۳
زخم بستر	۱۴
آسیب به مادر حین زایمان	۱۵
میزان مرگ و میر خالص	۱۶
میزان مرگ و میر ناخالص	۱۷
تزریق یا مصرف اشتباه داروی پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار	۱۸
شوک آنافیلاکسی ناشی از مصرف یا تزریق داروی منجر به مرگ یا عارضه پایدار	۱۹
تاخیر در جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار	۲۰
تشخیص اشتباه منجر به مرگ	۲۱
تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه	۲۲

سقوط بیمار :

بانک داده های ملی کیفیت حوادث پرستاری (**NDNQI**) ، سقوط را به عنوان افتادن به زمین منجر به آسیب یا بدون آسیب تعریف می نماید.

طبق تعریف **WHO** ، زمین خوردن ، از دست دادن تعادل به شکل غیرمنتظره و بدون اختیار که موجب می شود فرد در یک سطح پایین تر و یا کف زمین در وضعیت ثابت (حالت بی حرکتی) قرار گیرد، سقوط محسوب می شود. این شاخص بیانگر آسیبهای بوجود آمده برای بیمار مرتبط با سقوط بیمار، با عناوین: افتادن از تخت، ویلچر، برانکارد، افتادن حین راه رفتن، استحمام، استفاده از سرویس بهداشتی و هنگام جایجایی می باشد.

از آن جا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد ، آسیبهای ناشی از سقوط در این بخش نیز جزء اتفاقات ناخواسته ای قلمداد می شوند که هرگز نباید رخ دهند.

راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار



بالا نگهداشتن
حفاظت تخت بیمار

مناسب بودن
ارتفاع تخت

فشردن رنگ
احضار پرستاری

توجه به موانع

استفاده از
حفاظت تخت

استفاده از عصا

استفاده از واکر

استفاده از دمپایی
و کفش مناسب

راهکارهای پیشگیرانه از سقوط بیمار :

1 با استفاده از فرم ارزیابی اولیه بیمار در بدو پذیرش بیمار در بخش ، احتمال خطر سقوط را پیش بینی نمایید و در صورتی که بیمار بیشترین ریسک را از نظر سقوط دارد ، دستبند زردرنگ به دست بیمار بسته شود.

2 تمامی بیماران با سن بالای ۶۵ سال را در راندهای روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی نمایید.
3 ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری ، حداقل یکبار در روز و با در هنگام تغییر شرایط صورت گیرد.

4 بیماران را راهنمایی کنید تا دمپایی یا کفشهای مناسب بپوشند تا سر نخورند.

5 از بیمار بخواهید تا در صورت لزوم درخواست کمک نماید.

6 در کنار تخت بیمار صندلی راحتی بگذارید.

7 ترتیبی اتخاذ شود که راهرو منتهی به دستشویی و توالت واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع، اشیاء زاید و اضافی باشد.

8 مطمئن باشد که در راهروها مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.

9 **حفاظت تخت بیماران را همیشه بالا نگه دارید.**

۱۰) در صورت لزوم دسترسی بیمار را به عصا، واکر و سایر وسایل کمک حرکتی تسهیل نمایید.

۱۱) ارتفاع تخت از سطح زمین را ارزیابی نمایید به نحوی که در حین حفظ آسایش و راحتی بیمار و کارکنان در پایین ترین سطح ممکن قرار داشته باشد.

۱۲) در اتاق درمان یا واحدهای تشخیصی بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.

۱۳) در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکاردها مطمئن شوید.

۱۴) بیمار یا مراقبین (همراهان) وی را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.

۱۵) در شب محیط را بصورت نسبی روشن نگهدارید.

۱۶) جابجایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.

۱۷) استفاده از (هندریل) دستگیره ها در کنار بخش و سالن و دستشوئی ها جهت بیماران الزامی می باشد.

۱۸) در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهایی است که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار تاثیر می گذارد، بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین میزان خود در خون می رسد، کنترل نمایید.

در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهای **آنتی سایکوتیک**، **ضدتشنج ها** و **بنزودیازپین ها** است، احتمال خطر سقوط او **بالا** است.

در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهای **ضد فشارخون**، **داروهای قلبی**، **آنتی آریتمی** و **ضد افسردگی ها** است، احتمال خطر سقوط برای او **متوسط** است.

در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهای **دیورتیک** می باشد، احتمال خطر سقوط برای او **پایین** می باشد.

۱۹) اختلال بینایی بیماران بستری تا حد امکان باید رفع شود.

زخم بستر :

این شاخص بیانگر میزان بروز زخم فشاری با عناوین ایجاد زخم بستر ، افزایش درجه زخم بستر در بیماران تحت نظر و مراقبت از آنها می باشد.

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده می باشد. به عبارتی مهمترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود.



راهنمای پیشگیری از بروز زخم بستر

۱- تغییر پوزیشن مناسب

۲- آموزش تحرک مناسب

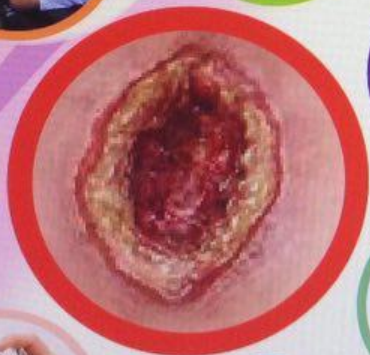
۳- تغذیه مناسب

۴- استفاده از تشک مواج

۵- توجه به بهداشت پوست

۶- انجام اقدامات درمانی مناسب و به موقع (پانسمان و ...)

۷- انجام اقدامات پیشگیرانه مناسب (فیزیوتراپی و ...)



راهکارهای پیشگیرانه از زخم بستر :

(1) در مورد تمامی بیماران بستری در بیمارستان در بدو پذیرش و بصورت روزانه ، احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری ارزیابی شده و در صورتی که بیمار از این نظر ریسک بالایی داشته باشد، دستبند زرد رنگ جهت او استفاده می شود.

(2) ارزیابی و غربالگری وضعیت تغذیه ای تمامی بیماران در معرض خطر زخم فشاری و برنامه ریزی مشاوره تغذیه

(3) تغییر وضعیت (تغییر پزیشن) دادن در تمامی افراد در معرض خطر حداقل هر ۲ ساعت

(4) استفاده از تشک های کم فشار (تشکهای با فشار متناوب یا موج)

(5) عدم استفاده از چسبهای طبی بصورت مستمر در یک ناحیه از پوست بیمار

(6) بستر بیماران را عاری از مواد زاید و تکه های ریز غذا نگه دارید.

(7) در یک ناحیه از پوست بیماران بطور مکرر تزریق ننمایید.

(8) ملحفه زیرین بیماران را صاف و عاری از چین و چروک نگهدارید.

۹) با استفاده از وسایلی نظیر بالش و حوله های تاشده از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانوها و قوزک ها بر روی یکدیگر پیش گیری نمایید .

۱۰) تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است ، برنگردانید.

۱۱) **از ماساژ برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید.**

۱۲) به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صورت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می رود ، ماساژ ندهید .

۱۳) از مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید.

۱۴) به منظور کاهش احتمال خطر آسیب پوست با استفاده از امولسیون های مرطوب کننده ، پوست را مرطوب نگاهدارید .

هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی:

برحسب نوع و وسعت عمل و همچنین بافت مورد عمل، مقداری خونریزی در حین انجام هر عملی قابل انتظار می باشد؛ ولی گاهی یا حین بعد از عمل جراحی خونریزی بیش از حد انتظار بروز میکند که موقع عمل بصورت دفع خون از موضع عمل، و پس از عمل بصورت دفع خون از درن یا لبه زخم، هماتوم، هموتوراکس، هموپریتوئن و ... خود را نشان می دهد.

بیشترین علت خونریزی غیرعادی، اشکال تکنیکی یعنی ضعف در انجام هموستاز است که در این رابطه میتوان به عدم کفایت بخیه یا کوتریزاسیون، و یا اسپاسم موقتی عروق و بدنبال آن رفع شدن اسپاسم و شروع به خونریزی در دوره پس از عمل اشاره کرد. اختلالات پلاکتی و اختلالات فاکتورهای انعقادی و فیبرینولیز هم از دیگر علتهای آن می باشد.

راهکارهای پیشگیرانه :

➤ رزرو خون برای اعمال جراحی که به علت ریسک خونریزی نیاز به خون خواهند داشت یا به علت بیماری زمینه ای احتمال خونریزی وجود دارد (مانند بیماران با اختلالات انعقادی و)...

➤ کنترل موضع جراحی بعد از عمل در مواردی که احتمال خونریزی یا هماتوم بیشتر است (مانند اعمال جراحی کبد ، طحال...یا بیماران دارای اختلال انعقادی....)

➤ کنترل دقیق محل پروسیجر جراحی، درن یا زخم و ثبت گزارش در هر شیفت توسط پرستار مربوطه و در صورت بروز هرگونه خونریزی یا هماتوم گزارش فوری به پزشک معالج

عوارض بیهوشی :

این شاخص بیانگر آسیبهای ناشی از بیهوشی یا بی حسی موضعی از شروع تزریق تا اتمام اثر آن در بدن بیمار (در اتاق عمل و بخشها) می باشد.

عوارض بیهوشی شامل **خطرات با ریسک بالا** (مانند: سکته قلبی، سینه پهلو، آمبولی ریه، اختلالات شناختی بعد از جراحی، نارسایی کلیه، حساسیت به بیهوشی و مرگ) و **خطرات با ریسک کمتر** (مانند: تهوع و استفراغ بعد از عمل، بستری مجدد و اقامت طولانی مدت در بیمارستان) می باشد.

راهکارهای پیشگیرانه :

➤ آگاهی و بکارگیری دستورالعمل جراحی ایمن

➤ چک دستگاه های بیهوشی ، گازهای طبی و تخت عمل توسط تکنسین یا کارشناس هوشبری

➤ کنترل علائم حیاتی بیمار در حین تحویل از پرستار بخش

➤ چک پرونده بیمار از لحاظ نوع عمل آمادگی های قبل از عمل، درخواست و رزرو خون، میزان خون

آماده شده، آزمایشات بیمار، بیماریهای زمینه ای، هماهنگی جهت نوع بیهوشی یا بی حسی

➤ همکاری در انتقال ایمن بیمار به برانکارد و همچنین تخت عمل و دادن پوزیشن مناسب به بیمار

- حضور مداوم و فعال تکنسین یا کارشناس بیهوشی در تمامی مدت عمل جراحی
- (قبل از شروع کنترل و مانیتورینگ وضعیت بالینی و تنفسی بیمار در حین انجام عمل و پس از اتمام عمل جراحی و ثبت کامل جزئیات اقدامات و علائم حیاتی)
- همکاری در انتقال ایمن بیماران از تخت اتاق عمل به برانکارد و تحویل به ریکاوری
- اعلام گزارش کامل بیمار به پرستار ریکاوری و سپس تحویل بیمار به صورت کامل از نظر نوع بیهوشی ، پوزیشن ، مراقبتها، کنترل علائم حیاتی، دریافت خون و مایعات، موضع جراحی (خونریزی ، پانسمان و...) با ثبت جزئیات هوشیاری و علائم حیاتی در پرونده

جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار هنگام عمل جراحی

راهکارهای پیشگیرانه :

- آگاهی و بکارگیری دستورالعمل جراحی ایمن
- چک و آماده سازی لوازم مورد نیاز عمل جراحی در حد مورد نیاز قبل از شروع عمل جراحی در اتاق عمل
- شمارش و صحت وسایل مورد استفاده در عمل جراحی قبل و بعد از عمل جراحی توسط پرستار سیرکولر و اسکراب
- ثبت آمار مربوط به شمارش گازها و وسایل در برد اختصاصی هر اتاق
- رعایت دستورالعمل تحویل بیمار و لوازم ، در مواردی که عمل در زمان تحویل شیفت ادامه دارد.
- ارتباط مناسب کادر جراحی با پرستار سیرکولر جهت ثبت دقیق آمار
- اطمینان از صحت شمارش وسایل و گازها قبل از سوچور و بستن موضع عمل
- در صورت عدم همخوانی تعداد لوازم یا گاز جراحی اطلاع به جراح و انجام اقدامات لازم

عفونت انتخابی بدلیل مراقبت درمانی (عفونت بیمارستانی)

راهکارهای پیشگیرانه :

- الزام رعایت بهداشت دست توسط کلیه پرسنل بالینی (درمانی - خدماتی) در بخش ها با نظارت سرپرستار
- رعایت دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی به صورت صحیح
- استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات
- کنترل استریلیزاسیون تجهیزات در انجام تکنیک های تهاجمی
- نظارت بر اجرای گندزایی صحیح وسایل و سطوح توسط کادر غیر تخصصی
- تفکیک و دفع استاندارد پسماندهای عفونی و غیر عفونی
- رعایت اصول مراقبت از زخم و انجام پانسمان استاندارد در کلیه بیماران

آسیب به نوزاد حین تولد :

راهکارهای پیشگیرانه :

- رعایت نکات ایمنی در هنگام نقل و انتقال ، در زمان تعویض ملحفه ، پوشک و یا لباس نوزاد و استفاده از کات
- حساس سازی نیروهای کمک بهیار و خدماتی در خصوص احتمال سقوط نوزاد
- اجرای خط مشی شناسایی صحیح نوزاد، کنترل دستبند شناسایی نوزاد حداقل در هر شیفت و در هر نوبت تحویل و تحول
- آموزش علائم یرقان نوزادی به مادر و والدین
- حضور یک نیروی با تجربه و ماهر در هر زایمان
- پیش بینی اصول پیشگیرانه در هر زایمان در خصوص خطرات احتمالی برای نوزاد
- شناسایی زایمان های سخت و پرخطر و الزام حضور متخصص یا دستیار تخصصی نوزادان در زمان زایمان

مرگ یا عارضه مادر در اثر زایمان :

راهکارهای پیشگیرانه :

- شناسایی و تریاژ مادران پر خطر و استفاده از تیم با تجربه و کارآمد در ارائه خدمات مورد نیاز (ارائه خدمات و انجام مراقبت توسط نیروهای با سابقه کاری بالاتر)
- اطلاع کامل و دقیق کادر درمانی بخش های زنان و مامایی از لیست مادران پر خطر و علائم خطر و نحوه انجام مراقبت ها
- در مواردی که مادر باردار دچار وضعیت حاد (خونریزی های حاد و ...) شود، اطلاع رسانی فوری توسط ماما یا پرستار به پزشک متخصص زنان مقیم و سوپروایزر کشیک
- در صورت لزوم انجام مشاوره با متخصص زنان
- اختصاص فضای جداگانه جهت مادران پر خطر و پره اکلامپسی
- وجود ترالی اورژانس در اتاق بستری مادران اکلامپسی و پره اکلامپسی

واکنش ناشی از انتقال خون :

راهکارهای پیشگیرانه :

- شناسایی صحیح بیمار دریافت کننده خون در تمامی مراحل از زمان نمونه گیری برای ارسال به آزمایشگاه تا زمان تزریق خون
- ارسال نمونه خون با پنج مشخصه روی لوله آزمایش شامل: ۱- نام و نام خانوادگی بیمار - ۲ شماره پرونده - ۳ تاریخ و ساعت نمونه گیری - ۴ بخش ارسالی - ۵ نام نمونه گیر
- چک درخواست خون و همچنین ارزیابی تمامی مراحل آماده سازی و ترانسفوزیون خون و فراورده تحویل گرفته شده و ثبت علائم واکنش های خونی توسط دو پرستار
- اطلاع کامل از علائم و نشانه های فراورده های خونی غیر سالم و علائم واکنش های خونی

➤ آگاهی اجرای دستورالعمل ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی توسط کارکنان بالینی تخصصی

➤ مراقبت از دریافت کنندگان خون و فراورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون و ارتقاء ایمنی بیماران پر خطر

➤ کنترل علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیماران در ۱۵ دقیقه اول شروع ترانسفوزیون خون و سپس طبق فرم تزریق کنترل گردد.

ترومبوز عمیق وریدی - آمبولی ریوی:

ترومبوز ورید عمقی (DVT): لخته شدن خون در ورید عمقی (عموماً در پاها)

آمبولی ریه (PE): لخته خون در ریه ها. آمبولی ریه زمانی اتفاق می افتد که لخته ایجاد شده در ورید عمقی، از دیواره رگ جدا شده و به سمت ریه ها حرکت کرده و مسیر تامین خون ریه ها را مسدود کند. آمبولی ریه اغلب کشنده است.

دو اتفاق DVT و PE مجموعاً VTE (ترومبوآمبولی وریدی) نامیده می شود.

$$DVT + PE = VTE$$

عوامل خطرزای ترومبوآمبولی :

عوامل خطر جدی:

- بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان

- جراحی ها (مخصوصاً جراحی مفصل ران و زانو و سرطان)
بی حرکتی برای زمان طولانی (استراحت و مسافرت طولانی مدت)

عوامل خطر متوسط :

- سن بالای ۶۰ سال

- سابقه خانوادگی لخته شدن

- سرطان یا شیمی درمانی
های هورمونی (
مصرف داروهای حاوی استروژن) قرص های ضدبارداری و درمان

سایر عوامل :

- حاملگی و دوره پس از زایمان

- چاقی

- مصرف دخانیات - مصرف الکل

راهکارهای پیشگیرانه :

ارزیابی تمامی بیماران در بدو پذیرش از نظر ریسک ابتلا به ترومبوآمبولی و بستن دستبند زرد رنگ جهت بیماران با ریسک بالاتر

استفاده از داروهای ضدانعقاد برای افراد در معرض خطر

خطر ابتلا به ترومبوز ورید عمقی را به حداقل برسانید. آمبولی نمی تواند بدون DVT اولیه رخ دهد.

به بیمارانی که در بیمارستان بستری اند توصیه می شود، تحرک داشته باشند و تا جایی که ممکن است با تمرین های ورزشی پا و ساق پا را حرکت دهند.

بیمارانی که جراحی شدند هرچه سریعتر از تخت خارج شده و راه بروند.



Medical Errors یعنی چه؟

► اقداماتی که می بایست انجام شود ولی انجام نگرفته.

► اقداماتی که نباید انجام شود ولی انجام شده.



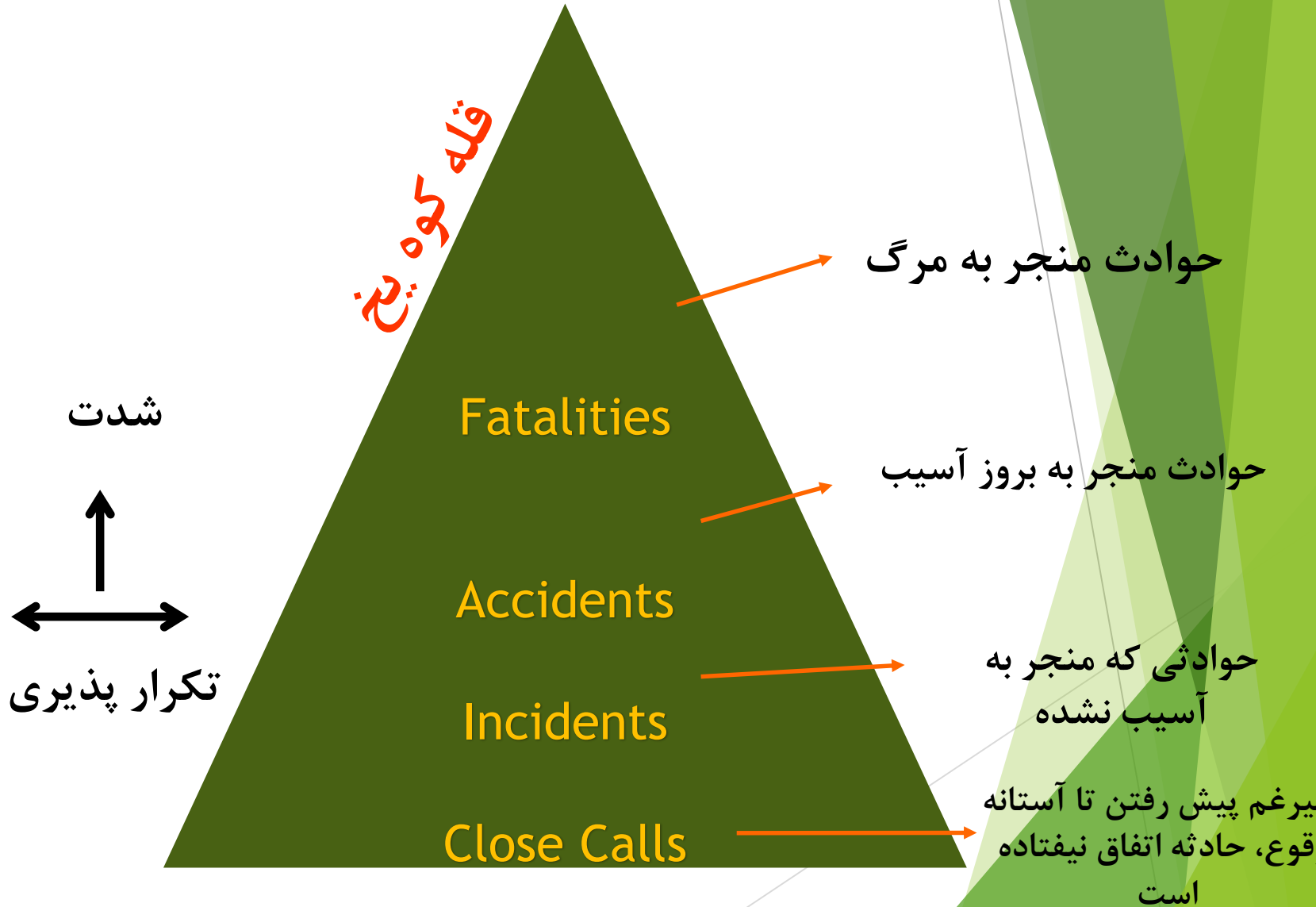
هدف از گزارش خطا

متهم کردن دیگران نیست

بلکه

تنها هدف، حفظ جان بی‌ماران است.

هرم حوادث



انواع خطا از نظر علت پایه

۱- خطای انسانی Human Error

۲- خطای علمی knowledge-based

۳- خطای قوانین: Role-based

۴- خطای مهارت: Skill-base

وقوع خطا

Near- Miss ✓

No harm ✓

۲۸ گانه ✓

کد و شرح موارد 28 گانه :

- کد 1. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم .
- کد 2 . انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر .
- کد 3 . انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال : در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد ...) .
- کد 4 . جا گذاشتن هر گونه **device** اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن .



کد 5 . مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا) .



اواوا ایسے میں جا
موتے ہیں بیمارستان
دارہ میعاد !!

Adnan's Art

Adnan's Art 2016

کد 6. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه
درزوجین نابارور .

کد 7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از
دارو و تجهیزات آلوده میکروبی .

کد 8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه
های آلوده (مثال : وصل دستگاه دیالیز **HBS Ag** آنتی ژن
مثبت به بیمار **HBS Ag** آنتی ژن منفی .

کد 9. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی .

کد 10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی

قانونی .

کد 11. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول

بکشد (مثال : زندانیان بستری)

کد 12. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی .


کد 13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق

نوع دارو، دوزدارو ، زمان تزریق دارو ،



کد 14. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی .

کد 15. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین .



چرا تا من اومدم
تو این دنیا
همه فشکشون زدا

2020

کد 16. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی .

کد 17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار .

کد 19 . مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال : به دنبال فیزیوتراپی)

کد 20. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد .

کد 21. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)



کد 22. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های
اطاق عمل (مانند : سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

کد 23. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال :
گیر کردن اندام بیمار در محافظ ، خرابی محافظ ، ...)

کد 24. سقوط بیمار (مثال : سقوط در حین جابجایی بیمار در حین
انتقال به بخش تصویر برداری ، سقوط از پله ،

(...)



Interview: Verso Vision



کد 25 . موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی .

کد 26 . هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار .

کد 27 . ربودن بیمار .

کد 28 . اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان .



تقسیم بندی خطاهای پزشکی، مبتنی بر نظام گزارش دهی :

– اختیاری

– گزارش دهی اجباری

راه های گزارش دهی خطا درس آموخته

مقادیر بحرانی

- ❖ مقادیر بحرانی آزمایشگاه، تصویربرداری و پاتولوژی
- ❖ اعلام بدون چک مجدد
- ❖ ثبت مقادیر
- ❖ اقدامات انجام شده

نتایج معوقه

❖ نتایج معوقه بحرانی

❖ نتایج معوقه غیر بحرانی

- * بازدید مدیریتی ایمنی بیمار
- * رسیدگی به بیمار بد حال و اورژانسی
- * مهار شیمیایی و فیزیکی
- * تجهیزات ضروری و پشتیبان
- * ترخیص به روش SMART

خودتان بی احتیاطی نکنید و

نگذارید

دیگران بی احتیاطی کنند.

یک فرد بدبین در هر فرصتی مشکل می بیند،

اما یک فرد خوش بین هر مشکلی را فرصت می بیند

بہار از حسن

نوحہ صبا

