

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَنَزَّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ
لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا

آیه ۸۲ سورہ اسراء

عنوان دوره:



کلیات ایمنی بیمار



□ اهمیت ایمنی بیمار

در حال حاضر سازمان جهانی بهداشت ایمنی بیمار را به عنوان یک نگرانی عمومی اعلام کرده است

آمارها نشان می دهند که خطای کارکنان شاغل در سیستم های بهداشتی درمانی یک نفر از هر ۱۰ بیمار پذیرش شده در بیمارستانهای جهان را تحت تاثیر قرار می دهند. 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 می شود، تاکید می ورزد.

پس ایمنی بیمار همان **اجتناب، پیشگیری و بهتر شدن نتایج نامطلوب** یا آسیب ناشی از فرآیند مراقبت سلامت است و در این میان ایمنی، فرهنگ، کیفیت و مدیریت در کنار هم تاثیر گذار می باشند.



□ تعریف ایمنی بیمار

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی و پرستاری می باشد. پس به عبارتی، ایمنی بیمار، **حفظ بیمار از آسیب تصادفی** به دلیل مراقبت های و یا ناشی از خطاهای پزشکی می باشد



□ تعريف ايمنى بیمار

ايمنى بیمار = مدیریت خطر + مدیریت خطا

patient safety : Risk management + error management



□ اهمیت ایمنی بیمار در استانداردهای اعتبار بخشی

استانداردهای اعتبار بخشی : ۲۴۸

کل سنجه ها : ۹۰۳

سنجه های مربوط به ایمنی بیمار : ۱۱۰



□ شاخص های ایمنی بیمار

لیست وقایع ناخواسته 28 گانه (مواردیکه هرگز در مراکز درمانی نباید اتفاق
بیافتد) تهدید کننده حیات در درمان بیماران

- ✓ مرتبط با اعمال جراحی
- ✓ وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی
- ✓ وقایع مرتبط با مراقبت بیمار
- ✓ وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار
- ✓ وقایع مرتبط با محیط های درمانی
- ✓ وقایع جنائی



□ شاخص های ایمنی بیمار

➤ وقایع مرتبط با اعمال جراحی

1. انجام اعمال جراحی اشتباه روی عضو سالم
2. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
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...)
4. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن
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)
6. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور



□ شاخص های ایمنی بیمار

➤ وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

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

2. 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)

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



□ شاخص های ایمنی بیمار

➤ وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

1. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

2. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....)

3. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی



□ شاخص های ایمنی بیمار

➤ وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

1. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو،.....
2. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
3. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
4. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
5. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
6. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..)



□ شاخص های ایمنی بیمار

➤ وقایع مرتبط با محیط های درمانی

1. 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.
2. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر ...)
3. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
4. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ، ..)
5. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، ، سقوط از پله ، ...)



□ شاخص های ایمنی بیمار

➤ وقایع جنائی

1. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
2. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
3. ربودن بیمار
4. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان



□ شاخص های ایمنی بیمار

1. عوارض بیهوشی یا اقدام جراحی منجر به مرگ یا عوارض پایدار
2. خونریزی یا هماتوم منجر به مرگ یا عارضه پایدار بعد از عمل یا اقدام جراحی
3. پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی
4. پارگی یا سوراخ شدگی تصادفی
5. موارد تزریق یا مصرف اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار
6. موارد مرگ یا عارضه شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا اقدام جراحی
7. موارد شوک آنافیلاکتیک ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مرگ یا عارضه پایدار
8. خطای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی منجر به مرگ یا عارضه پایدار

تذکر: مواردیکه با رنگ سبز مشخص شده ، ایتمهای مشترک خطاهای ۲۸ گانه و ایمنی بیمار می باشد

✓ وقوع هریک از شاخصهای ایمنی بیمار یا خطاهای ۲۸ گانه باید در فرم گزارش دهی مخصوص گزارش گردد

✓ مهلت زمانی گزارشدهی هریک از شاخصهای ایمنی بیمار یا خطاهای ۲۸ گانه بلافاصله به دفتر بیهود یا سوپروایزر کشیک حداکثر طی ۶ ساعت پس از وقوع میباشد.



❑ ۹ راه حل ایمنی بیمار

- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- استفاده صرفا "یکباره از وسایل تزریقات
- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



□ استانداردهای ایمنی بیمار

۱- بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند.

۲- بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف و اختیاراتی درخصوص ایمنی بیمار دارند

۳- مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند

۴- افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند

۵- بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند



□ استانداردهای ایمنی بیمار

۶- وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس ، آماده و کالبر می باشد

۷- بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد.

۸- بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن لوازم را دارد

۹- پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت و دانش کافی جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند

۱۰- قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت به صورت آگاهانه گرفته می شود

۱۱- تمامی بیماران به صورت استاندارد و از طریق مشخصات کامل و تاریخ تولد شناسایی می شوند

۱۲- بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و

برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد



□ استانداردهای ایمنی بیمار

۱۳- بیمارستان برنامه مشخصی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود، دارد

۱۴- بیمارستان گایدلاین ها و دستورالعمل هایی درخصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد

۱۵- بیمارستان نظام مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات بخصوص در شرایط بحران را دارد

۱۶- بیمارستان دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی می کند

۱۷- بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن، تزریقات واکسن و infusion ایمن-جراحی ایمن را دارد

۱۸- بیمارستان یک سیستم دارودهی ایمن دارد (وجود داروهای حیاتی 42 ساعته در بیمارستان)

۱۹- بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد

۲۰- بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد

ریسک پذیر باشید

برای دستیابی به موفقیت باید



با آغوش باز
به استقبال
تغییرات بروید



□ استاندارد های ایمنی بیمار

هفت گام بسوی ایمنی بیمار

Seven Steps to Patient Safety

۱. ایجاد فرهنگ و بسترسازی

بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید



□ استانداردهای ایمنی بیمار

۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید

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

۳. عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید

برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.



□ استانداردهای ایمنی بیمار

۴. گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید

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

۵. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده با آنها ارتباط برقرار کنید

راههایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.



□ استانداردهای ایمنی بیمار

۶. درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید

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

درسهای را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم نهادینه و عملی سازید.



RISK

❑ تعریف مدیریت ریسک در حوزه سلامت

انجام فعالیت های بالینی و اداری برای
شناسایی ، ارزیابی ، و کاهش خطر آسیب
به بیماران ، کارکنان ، و ملاقات کنندگان
و خطر از دست دادن خود سازمان





❑ ضرورت های مدیریت ریسک

❖ در تمامی اقدامات سازمانی ، امکان تصمیم گیری متعدد است

❖ شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف ، متفاوت است

❖ عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است

❖ وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است

❖ درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط ، با میزان توجه

به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد

❖ همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر

و زیان به شرکت را به حداقل رساند



❑ علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

❄ افزایش ایمنی بیمار

❄ افزایش انتظارات بیمار ، متخصصان و کارکنان

❄ فشارهای رقابتی در بازار سلامت

❄ فشار مداوم هزینه های داخلی

❄ آرایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه میشود

❄ افزایش سطح شکایات ، ادعاها و شکایت های قانونی

❄ بررسی رضایت بیماران ، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد

❄ تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد



□ فرایند مدیریت ریسک

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- تحلیل ریسک
- ارزیابی ریسک
- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
- بررسی و نظارت مداوم
- ارتباطات موثر و مشاوره



□ تحلیل علل ریشه ای (RCA) Root Cause Analysis

علت ریشه ای چیست؟

علت ریشه ای اساسی ترین عامل یا عوامل سببی است که در صورت اصلاح یا حذف آن ، از رخ دادن مجدد شرایط ، مانند خطا در انجام یک روش جلوگیری می شود.



هدف از RCA:

به منظور آگاهی از اینکه:

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاده است؟

چه کاری میتواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده

انجام شود؟



RCA بر فرایندها و سیستم ها

تمرکز دارد نه بر افراد



تجزیه و تحلیل علت ریشه ای (RCA)

❖ RCA بخشی از فرآیند ایمنی و کیفیت است

❖ یک فرایند پرسشی است Questioning Process

❖ سازمان را برای یادگیری و توسعه حمایت می کند. تا

سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی

خطاها پردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند.



□ گامهای فرایند RCA

گام اول : تشکیل تیم و تعریف رویداد

✓ تیم RCA

✓ تاریخ رویداد

✓ محل رویداد

✓ نوع رویداد



گام دوم: جمع آوری اطلاعات و نگهداشت اطلاعات

گام سوم: شناسایی مسئله ها

چه اتفاقی افتاده است؟

چه کاری انجام شده است؟

اطلاعات اضافی

چه کار درستی انجام شده؟

چه چیزی به خوبی عمل کرد؟

چه کار اشتباهی انجام شد؟

چه چیزی به درستی عمل نکرد؟

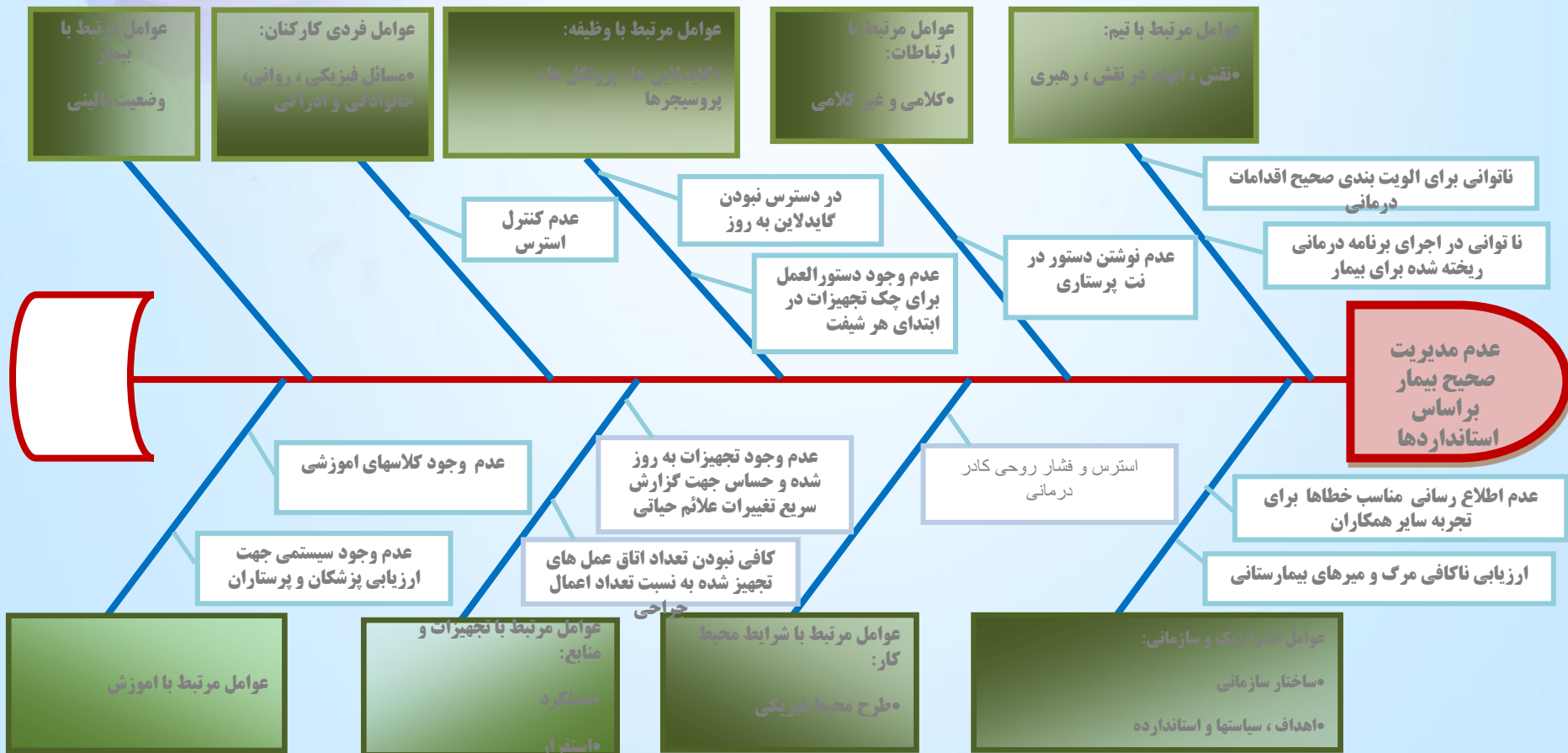


گام چهارم: تحلیل اطلاعات

الف: بارش افکار

ب: نمودار استخوان ماهی

ج: شناسایی عوامل کمک کننده و عوامل ریشه ای





گام پنجم: ارائه راه حل ها



سؤالات مورد نظر

- ✓ دقیقا چه حادثه نا خواسته ای اتفاق افتاده است؟
- ✓ چه زنجیره ای از اتفاقات منجر به حادثه نا خواسته شده است؟
- ✓ آیا حادثه نا خواسته قابل پیشگیری بود؟
- ✓ آیا هیچکدام از اشتباهات منجر به حادثه نا خواسته شده است؟
- ✓ علل ریشه ای منجر به حادثه نا خواسته یا هر خطا چه بوده است؟
- ✓ آیا هر گونه خطا یا علل ریشه ای به خاطر سیستم نامناسب و یا نارسایی سیستم بوده است؟
- ✓ آیا ما نیاز به طراحی مجدد سیستم داریم؟
- ✓ اقدامات صورت گرفته توسط پرسنل در پاسخ به حادثه نا خواسته مفید بوده است؟
- ✓ آیا باید پرسنل اقدامات ابتکاری انجام دهند؟
- ✓ آیا درسی از این رویداد آموخته شده است؟



منابع اطلاعاتی مورد نیاز جهت کاهش خطاهای بیمارستانی

گزارش وقایع از بخشها (NO Harm, Near Miss, Sentinel)
گزارشات کمیته مرگ و میر
گزارشات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت
گزارشات کمیته مرتبط با واحد رسیدگی به شکایات
گزارشات حاصل از Walk Round بازدیدهای مدیریتی)





□ تحلیل حالات بالقوه خطا (HFMEA)

- ✓ ارزیابی آینده نگری که گام های یک فرایند را شناسایی نموده و ارتقا می دهد. با انجام این کار می توان از پیامدی نسبتاً ایمن و مطلوب از نظر بالینی اطمینان حاصل نمود.
- ✓ رویکردی سیستماتیک برای شناسایی و پیشگیری از بروز مشکلات در فرایند و ارائه خدمت پیش از وقوع آنها



□ مراحل انجام HFMEA

گام اول : موضوع را مشخص کنید .

چه چیزی را تحلیل کنیم ؟

مانند:

ثبت دستی دستورات

محاسبه و اندازه گیری دوز داروها

استفاده از خون و فراورده های خونی



گام دوم : تشکیل تیم

تیمی بین رشته ای متشکل از :

کارشناسانی که به موضوع تحت مطالعه اشراف دارند

کاربرگ HFMEA

گام دوم : تشکیل تیم

شماره HFMEA _____

تاریخ شروع _____

افراد تیم

تاریخ تکمیل _____

سرپرست تیم _____

فرایند تحت مطالعه _____

فرد یا افراد مسئول نگهداری سوابق و اطلاعات _____



گام سوم : ترسیم فرایند





گام چهارم : تحلیل خطر انجام دهید

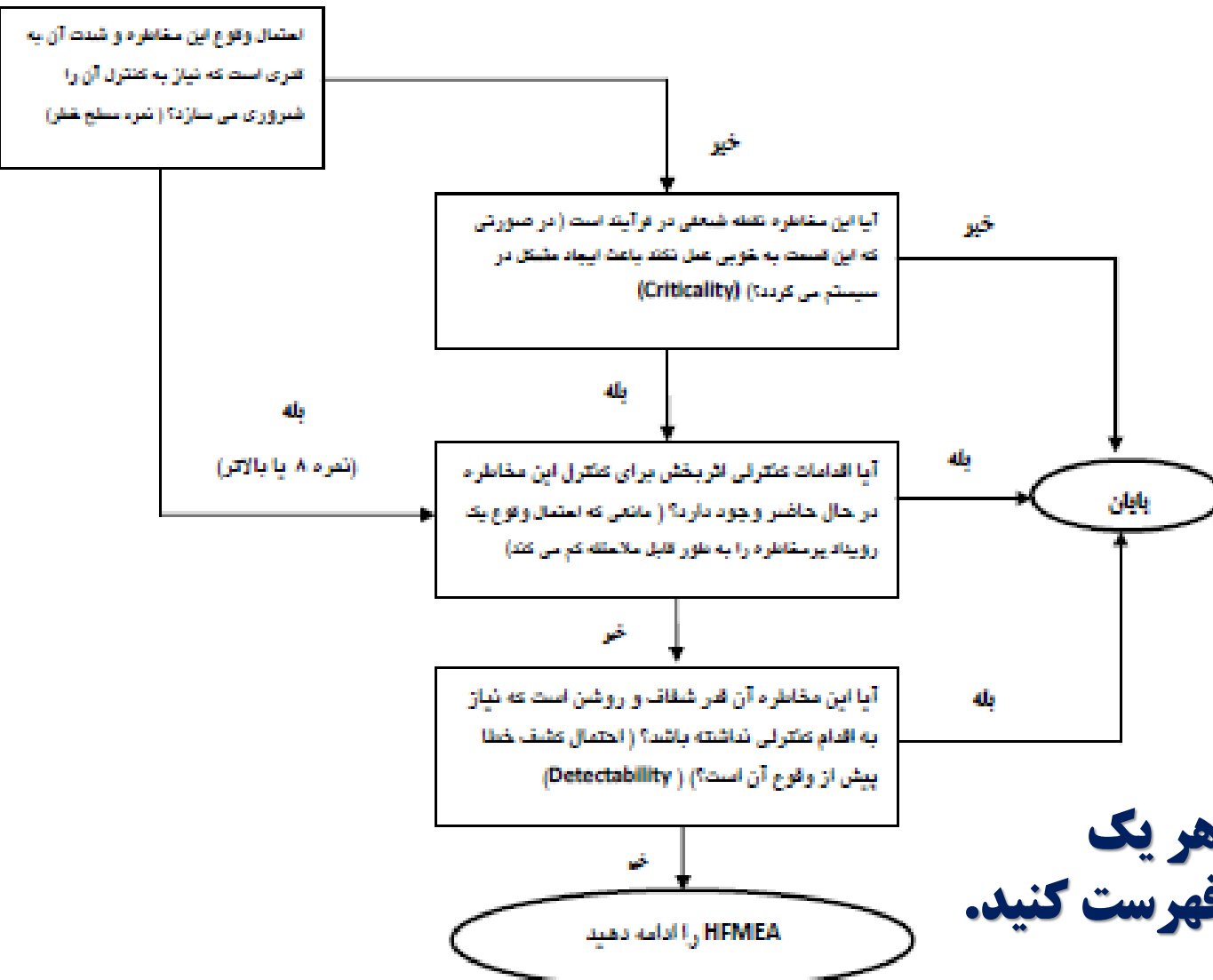
الف (حالات بالقوه خطا را فهرست نمایید.



ب (شدت و احتمال وقوع هریک از آنها را مشخص کنید

شدت خطا					احتمال
ناچیز	متوسط	مهم	فاجعه آمیز		
۴	۸	۱۲	۱۶	متداول	
۳	۶	۹	۱۲	گاهی	
۲	۴	۶	۸	غیر معمول	
۱	۲	۳	۴	بعید	

ج) از درخت تصمیم گیری استفاده نمایید.



ت) تمام علت های بروز هر یک از این حالات خطا را فهرست کنید.



گام پنجم : اقدامات و شاخص های نتیجه

✓ در مورد حذف ، کنترل یا پذیرش علت حالت خطای مورد مطالعه تصمی میگیرید.

✓ برای هر حالت علت خطایی که تصمیم به حذف یا کنترل آن گرفته اید ، یک اقدام اصلاحی تعریف کنید.

✓ معیارهای نتیجه را برای تحلیل و آزمون فرایندی که مورد بازبینی قرار گرفته شناسایی کنید.

فرایند انتقال بیمار به بخش ICU

تحلیل خطر										شناسایی اقدامات و شاخص ها			
حالت خطا	علل احتمالی	نمره دهی			تحلیل درخت تصمیم گیری			ادامه تحلیل	نوع اقدام کنترلی کنترل پذیرش و حذف	اقدامات با دلیل برای توقف	شاخص	فرد مسئول	موافقت مدیریت
		شدت	احتمال	نمره خطر	نقطه ضعف	اقدامات کنترلی فعلی	قابلیت شناسایی						
۶-A-۱ انجام اقدامات بدون حضور پرستار	←	مهم	گامی	۹	←	بله	بله	بله	کنترل ریسک	ارائه روش اجرایی	--	سرپرستار	بله
	شلوغی بخش	مهم	غیر معمول	۶	بله	بله	بله	خیر					
	عدم اطلاع پرستار	مهم	بعید	۴	بله	بله	بله	خیر					



HFMEA و RCA

تفاوت

❖ نمودار جریان فرایند - نمودار وقوع حادثه

❖ تحلیل پیشگرا نه گذشته نگر- آینده نگر

❖ انتخاب موضوع برای تحلیل

❖ استفاده از فاکتورهای قابلیت

شناسایی و میزان بحرانی بودن در تحلیل

❖ تاکید بر آزمون راه حلها

شباهت

❖ تشکیل تیم بین رشته ای

❖ ترسیم نمودار

❖ تمرکز بر مسائل سیستم

❖ ارائه اقدامات و راه حل ها

❖ استفاده از روش های بارش

افکار و نمودار علت و معلول

تقدیم بہ شاہ