



بیمارستان امتیاز و مرکز فوریت‌های شهید رجایی

واحد بهبود کیفیت

بهار ۹۹

کتابچه آموزشی ایمنی و اعتباربخشی

فهرست :

۲.....	مقدمه
۲.....	۲۰ استاندارد الزامی ایمنی
۲۲.....	فرآیند گزارش خطا و گزارش وقایع ۲۸ گانه
۲۷.....	راهنمای پیشگیری از سقوط بیماران در بیمارستان
۳۴.....	اعتبار بخشی
۴۱.....	نرم افزار پدیده هوشمند

مقدمه:

ایمنی بیمار جهت پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبتهای پزشکی میباشد. ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه ، متأثر می سازد .

۲۰ استاندارد الزامی در برنامه ایمنی بیمار :

استانداردهای الزامی استانداردهایی هستند که برای به رسمیت شناخته شدن عنوان بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ، ضروری است و باید به صورت ۱۰۰٪ تحقق یابد.

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

استراتژی: رویکردی است که در آن با تمرکز منابع بر روی فرصتهای کسب و کار، مزیت آفرینی میگردد. یکی از ارزشهای موجود در برنامه استراتژیک بیمارستان توجه به ایمنی و نیازهای ایمنی در درمان بیماران میباشد. ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی اجرا می شود .

۲- بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف ، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند .

بیمارستان دارای تیم ایمنی هستند که شامل افراد زیر می باشد :

مسئول ایمنی - مدیریت بیمارستان - مدیریت پرستاری - مسئول بهبود کیفیت بیمارستان - سوپروایزر کنترل عفونت - مهندس تجهیزات پزشکی - مهندسين بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط - مهندس تاسیسات و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار که در کمیته و بازدیدهای ایمنی شرکت می نمایند و هر کدام شرح وظیفه مخصوص به خود را دارند .

شرح وظایف مسئول ایمنی بیمارستان

- ۱- پاسخگویی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران - مراجعین - کارکنان و بیمارستان.
- ۲- تقویت مدیریت پیشگیری و ایمنی در بیمارستان با تولید مشخص و برنامه های معین .
- ۳- بسترسازی ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی در داخل بیمارستان.
- ۴- نظارت بر انجام وظیفه سایر اعضای تیم ایمنی به منظور حسن اجرای وظایف .
- ۵- مشارکت در تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان .
- ۶- نظارت بر بررسی فرهنگ ایمنی بر مبنای ارزیابی سالیانه .
- ۷- نظارت بر ایجاد و چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته بیمارستان و حمایت از فرهنگ مبتنی بر یادگیری عاری از سرزنش .
- ۸- نظارت میدانی بر روند پیشرفت برنامه های عملیاتی ایمنی .
- ۹- مسئول ایمنی چالش ها و موانع پیشرفت برنامه های مرتبط با ایمنی را نظارت و در صورت لزوم با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی به عمل آید .

شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

- ۱- پاسخگویی برنامه های ایمنی بیمار
- ۲- همکاری در تدوین ، اجرا و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استانداردهای بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار
- ۳- همکاری در خود ارزیابی استانداردهای الزامی بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان
- ۴- همکاری در بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن
- ۵- شرکت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پیگیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان

۶- همکاری در انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی براساس نتایج باز دیده های مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع

۷- ایجاد و آموزش چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان

۸- راهبری و مدیریت خطر موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار

۹- شرکت فعالانه در جلسات مرگ و میر و معلولیت ها و پیگیری اتفاقات تهدید کننده ایمنی بیمار جهت انجام تحلیل ریشه ای وقایع

۱۰- اقدام اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان

۱۱- شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارائه خدمات بهینه

۱۲- بسترسازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار در بیمارستان

۱۳- انجام اقدامات مربوط به ایمنی بیمار با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان

۱۴- نظارت میدانی بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخش های بالینی (اجرای راندهای مدیریتی ایمنی)

۱۵- ارائه سوابق و گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست و مسئول ایمنی بیمارستان

۱۶- پایش اثر بخشی اقدامات برنامه عملیاتی بهبود کیفیت انجام شده برای ارتقای ایمنی بیمار

۱۷- تحلیل شاخص های ایمنی در فواصل زمانی منظم

۱۸- ارسال گزارش و اعلام نتایج شاخص های ایمنی از طریق نامه رسمی به ریاست بیمارستان

۱۹- نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی مصوب تیم مدیریت اجرایی

۲۰- ارائه بازخورد به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار

۲۱- جمع آوری سوابق خطاهای پزشکی و استفاده از آن به عنوان تجربه های آموزشی در پیشگیری از بروز خطا و بهبود ایمنی بیماران .

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

فرهنگ ایمنی بیمار: فرهنگ ایمنی یک سازمان محصول ارزشهای، نگرش ها، ادراک ها، شایستگیها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی و سلامت سازمانی را تعیین می کند. نحوه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمارستان از طریق تکمیل پرسشنامه فرهنگ ایمنی توسط پرسنل بیمارستان به صورت هر ۶ ماه یک بار در طول سال می باشد.

مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی؛ شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت ها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارند.

❖ بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار (Patient Safety Walk-Round)

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت هفتگی مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان، تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند. بازدید مدیریتی ایمنی در واقع یک شیوه غیر رسمی برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان است و حمایت مدیران را از گزارش خطا نشان می دهد.

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان:

- تعهد مدیریت ارشد سازمان را به ایمنی نشان می دهد.
- فرصتی را برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید.
- فرصت های بهبود ایمنی را در سازمان شناسائی می نماید.
- خطوط ارتباطی بین مدیران، کارکنان و هیات مدیره سازمان برقرار می نماید.
- گزارش دهی وقایع ناخواسته و حوادث نزدیک به خطا را ترویج می دهد.
- راه حل های کاربردی به منظور کاهش ریسک را ارائه می نماید.

زمان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بایستی در طول سال به صورت هفتگی و به صورت مرتب حداقل یکبار در سال از کلیه بخشها صورت پذیرد. مدیران ارشد بیمارستان می توانند جهت سهولت انجام کار به صورت چرخشی در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار حضور یابند.

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

مدیریت ریسک :

رویکرد گذشته نگر (Reactive) : ابزارهای تحلیل ریسک گذشته نگر مانند RCA

رویکرد آینده نگر (Proactive) : ابزارهای تحلیل ریسک آینده نگر مانند FMEA

تکنیک تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن : FMEA : Failure Mode and Effects Analysis

تکنیک تحلیل ریشه ای وقایع : RCA : Root cause Analysis

FMEA : گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرایند طراحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست (است .

RCA : بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علل واقعی یک مساله و پیدا نمودن راههای حذف این علل می باشد.

۵- بیمارستان به طور ماهیانه مورالتیتی و موربیدیتی را در کمیته های مرگ و میر بیمارستانی بررسی می کند .

بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر داشته و به فواصل زمانی منظم هر ماه برگزار می شود . کلیه مرگ و میر ها و مشکلات و خطاهای پزشکی برخی از پرونده ها در این کمیته طرح و بررسی و تحلیل می گردد و پس از جلسات کمیته مرگ و میر مصوبات و اقدامات اصلاحی و پروتکل ها و خروجی جلسات با تایید تیم مدیریت به بخشها ابلاغ می گردد .

- شرح وظایف کمیته مرگ و میر:

- بررسی دوره ای همه موارد مرگ و میر در بیمارستان ؛ پیگیری موارد قانونی با همکاری پزشک قانونی ؛ تهیه پاسخ جهت ارائه به مراجع قانونی ؛ ایجاد تدابیر جهت به منظور کاهش میزان مرگ و میر .

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

- تجهیزات ضروری: وسیله ای که برای بازگرداندن یا ادامه فعالیت حیاتی بدن (فعالیتی که حیات انسان به آن بستگی دارد) ضروری است یا اطلاعات لازم را فراهم می کند.
- این تجهیزات باید در هر بخش تکرار شوند

- لازم است کنترل روزانه سلامت تجهیزات، توسط مسوول شیفت انجام شود
 - کنترل کیفیت و کالیبراسیون با قید آخرین زمان بازدید موجود و بر روی دستگاه نصب باشد .
- امکان دسترسی مناسب به تجهیزات فراهم باشد.

- دستورالعمل استفاده صحیح از تجهیزات بر روی آن ها نصب شده باشد
- مستندات کنترل تجهیزات پزشکی از نظر صحت عملکرد در دسترس باشد

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

ضد عفونی مناسب وسایل پزشکی: بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.

- نیروی خدمات ابزار و وسایل چند با مصرف استفاده شده در بخشها و واحد سوچر را در داخل سبدهای تمیز به قسمت شستشو منتقل کنند .
- وسایل و ابزار قبل از شستشو توسط پرسنل CSSD از نظر شکستگی، رنگ زدگی، کج شدن و ... چک می شوند
- در قسمت شستشو، وسایل با آب و دترجنت توسط پرسنل CSSD شستشو می شوند.
- وسایل بعد از شستشو توسط پرسنل CSSD در آب چکان گذاشته می شود تا خشک شود.
- در قسمت شستشو توسط پرسنل CSSD وسایل بعد از خشک شدن در مواد گند زدایی مخصوص و در ظروف مخصوص غوطه ور شوند.
- پرسنل CSSD بعد از 15 دقیقه وسایل و ابزار را خارج کرده و سپس آب کشی می نمایند
- به صورت راندوم از ستهای شستشو شده توسط مسئول CSSD کشت پروتینی گرفته می شود.
- پرسنل CSSD بعد از خشک کردن وسایل و ابزار بسته به نوع ماهیت بسته بندی می کنند
- وسایل توسط پرسنل CSSD بعد از بسته بندی لیبل گذاری می شود.
- وسایل توسط پرسنل CSSD در اتوکلاو گذاشته می شود.
- وسایل بعد از استریل توسط پرسنل خدمات در سبدهای درب دار به بخش های مربوطه منتقل می شود.

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

استریلیزاسیون : عبارت است از استفاده از روشهای فیزیکی و شیمیایی جهت تخریب و درهم ریختن ساختار کلیه میکروبها از جمله میکروبهای بسیار مقاوم دارای اندوسپور .

(بخش CSR و استریل بیمارستان به صورت شبانه روزی فعال بوده و از دستور العمل هایی از جمله دستورالعمل استریلیزاسیون فوری در اتاق عمل و روش اجرایی ضد عفونی و استریل وسایل چند بار مصرف استفاده می کند . همچنین در اتاق عمل دستگاه استریل کننده پلاسما جهت استریل کردن اقلام حساس به حرارت و دستگاه اتوکلاو فوری جهت استریل کردن اقلام و وسایل در صورت نیاز به استریل فوری دارد . در اتاقهای عمل اقلام تک پیچ با قابلیت استریل مجدد وجود دارد که در صورت نیاز می توان از آنها استفاده کرد .)

روش استریل با پلاسما :

۱- ابتدا پرسنل ست روم اتاق عمل ستها و ابزاری که لازم است با دستگاه پلاسما استریل شوند را کاملاً تمیز و ضد عفونی می کنند و سپس آنها را میشویند .

۲- پرسنل ست روم بعد از شستشو آنها را کاملاً خشک می کنند تا هیچ گونه رطوبتی وارد دستگاه پلاسما نشود .

۳- پرسنل ست روم ستها را در کاور مخصوص دستگاه پلاسما گذاشته و بر روی آنها چسب مخصوص دستگاه پلاسما می زنند . و در دستگاه قرار می دهند .

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

در بیمارستان جهت پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت ؛ تاییدیه صلاحیت بالینی جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی توسط کمیته ذی صلاح و همچنین بایگانی مدارک تحصیلی کارکنان (صادر شده از سوی مرجع ذی صلاح مربوطه) و گواهی قبولی در آزمون استخدامی که شرایط احراز پست در آن مشخص شده است در واحد منابع انسانی بیمارستان وجود دارد و همچنین گواهی آموزش مداوم در حین کار نیز توسط سوپروایزر آموزشی بر روی پرونده پرسنلی کارکنان قرار داده می شود .

۱۰- قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد .

بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد .

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

فهرست اقدامات تشخیصی / درمانی مشمول اخذ رضایت آگاهانه:

- ۱- مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی
- ۲- هر گونه پروسیجری که انجام آن با بیحسی موضعی/بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
- ۳- برونکوسکوپی
- ۴- هر گونه تزریق ماده /دارو در فضای بین مفاصل یا فضاهای بدن (مانند اینترویتکال)
- ۵- پروسیجرهای لاپاراسکوپیک مانند: کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک
- ۶- دبریدمان پوست / زخم
- ۷- هر گونه پروسیجری که انجام آن بانسزیون پوست همراه باشد
- ۸- آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: آسپیراسیون مغز استخوان ، LP ، گذاردن Chest tube- کاتتریراسیون سوپرواپیبیک)
- ۹- انواع بیوپسی نظیر مغز استخوان ، پوست و
- ۱۰- گذاردن کاتتر ورید مرکزی PICC
- ۱۱- گذاردن Peg - گذاردن J-tube
- ۱۲- بلوک درمانی عصبی
- ۱۳- ترانسفوزیون خون و فرآورده خونی
- ۱۴- دیالیز صفاقی
- ۱۵- دیالیز خونی
- ۱۶- دادن شوک به بیماران که هوشیار هستند
- ۱۷- لاواژ پیریتوان (DPL)
- ۱۸- تراکوستومی
- ۱۹- ختنه
- ۲۰- پروسیجر رادیولوژی CT Cisterography
- ۲۱- پروسیجر رادیولوژی Catheter Insertion
- ۲۲- پروسیجر رادیولوژی Fluid Drainage
- ۲۳- پروسیجر رادیولوژی GI & Gastrostomy Study

• آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از شیوه اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش الزامی است

- اخذ رضایت آگاهانه در تمامی اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با رعایت حداقل الزامات فرآیند رضایت آگاهانه از بیمار/ولی/ وابسته درجه یک و آگاهی کامل بیمار در خصوص اقدام تهاجمی که قرار است برای وی انجام شود
 - اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن بیمار باشد.
 - قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی پزشک، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد می باشد.
 - درمان جایگزین، مانند درمان غیرتهاجمی با توجه به میزان اثربخشی و ریسک آنها توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش های لازم و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اتخاذ میگردد.
 - ملاک استقرار این استاندارد علاوه بر مصادیق ذکر شده میزان درک بیمار و کفایت اطلاعات ارائه شده در خصوص بیماری، اقدامات تشخیصی/درمانی، داوطلبانه بودن رضایتهای اخذ شده توسط فرد واجد صلاحیت و در نهایت تصمیم گیری آزادانه بیمار است.
 - با توجه به اینکه خدمت دیالیز جز اقدامات درمانی تهاجمی می باشد لازم است در ابتدای تشکیل پرونده از بیمار یا ولی قانونی وی جهت ارائه خدمت دیالیز رضایت آگاهانه اخذ گردد.
- در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.

نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه

- رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست
- مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل در مورد عمل جراحی/ پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز میباشد. هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.
- اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیتهای تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.
- گذاشتن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
- پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل /حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

- از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی، به شرط ثابت ماندن شرایط میتوان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، شیوه درمان، روشهای درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای رضایت دادن، پس نگرفتن رضایت قبلی از سوی بیمار خود را پس نگیرد به مدت یک سال اعتبار دارد.

حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگانه که بایستی به بیماران ارائه شود:

۱- نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

۲- روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج

۳- محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روشهای جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آنها

۴- مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توضیح میزان ریسک و روشهای جایگزین و مقایسه آنها

۵- عواقب ترک درمان پیشنهادی و روشهای جایگزین

۶- اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه های متعاقب بعدی

۷- عواقب اجتماعی روش درمانی اعم از از کار افتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و ملاحظات مراقبتی خاص و مانند آن

۱۱- تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل ، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد . (بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد.)

در کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مد نظر قرار گیرد و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی ، انتقال خون ، درمان دارویی ، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطا ها جلوگیری شود . در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره شناسایی ، تاریخ تولد و نام پدر بر روی دستبند بیمار و یا بارکد شناسایی استفاده می شود.

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای دستبند شناسایی جهت شناسایی فعال جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند:

- ۱- اکیداً یادآوری می شود که استفاده از دستبند شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.
- ۲- دستبند شناسایی بیماران در دو سایز بزرگسال تهیه شده است . این دستبند ها در بدو پذیرش بیماران پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد ، نام پدر ، تاریخ بستری ، تشخیص ، نام بخش ، و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات دستبند شناسایی نوشته خواهد شد.
- ۳- صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
- ۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه دستبند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود . در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی ، خطر افتادن ، آلرژی ، بیماران همودیالیزی دارای شانت ، بیماران مبتلا به سرطان بدلیل توجهات خاص ، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند ، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی دستبند برچسب هشدار چسبانیده می شود.
- ۵- پرستار بخش موظف است در پذیرش و یا هنگام تحویل بیمار وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.
- ۶- بمنظور پیشگیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته ، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.
- ۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی دستبند شناسایی را از یک بیمار باز نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن دستبند شناسایی به بیمار اقدام نماید . لطفاً دستبند شناسایی بر روی میز ، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.
- ۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف ، نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.
- ۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفت‌های عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرمایند.

۱۱- در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام پذیرش بیمار، ضرورت وجود دستبند و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۲- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت ؛ بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود .

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش ، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیمار آن نیز قید گردد و در یک اتاق ؛ همزمان بستری نشوند .

۱۴- دستبند های شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پروسیجر های درمانی و تشخیصی ، وجود دستبند شناسایی بر روی دست غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

۱۶- پرسنل محترم آزمایشگاه ، رادیولوژی ، فیزیو تراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات ، مشخصات بیمار فوق را با دستبند شناسایی تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

۱۷- پزشکان در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات دستبند شناسایی می باشند.

شناسایی بیمار با نام مشابه در جریان ارزیابی اولیه، موجب کاهش شناسایی اشتباه بیمار می‌گردد :

- شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (به روز / ماه / سال) صورت می پذیرد. در مواردی که بیمار با نام مشابه وجود داشته باشند از شناسه سوم (نام پدر) نیز استفاده می گردد.

- استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (از جمله سوختگی و شکستگی اندامهای فوقانی) تابع دستور العمل داخلی بیمارستان است.

- برچسب رنگ قرمز فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده استفاده می شود.

- برچسب رنگ زرد برای شناسایی بیماران در معرض خطر (مانند بیماران مستعد سقوط از تخت ، DVT ، زخم بستر درجه) استفاده می شود.

- برچسب زرد MORS امتیاز ≤ 45 (امتیاز مساوی یا بیشتر از ۴۵)

- برچسب زرد Braden امتیاز ≥ 13 (امتیاز مساوی یا کمتر از ۱۳)

- برچسب زرد DVT براساس دستورالعمل معاونت درمان

-تحت هیچ شرایطی نباید برای تشخیص های خاص (مانند بیماری HIV) از دستبند رنگی استفاده نمود.

۱۲- بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد .

در دستورالعمل اعلام نتایج بحرانی تستهای پاراکلینیک :

۱. مسئول ایمنی با هماهنگی مسئول فنی واحدهای رادیولوژی و آزمایشگاه محدوده بحران ها را کمیته تعیین تکلیف مطرح و پس از تایید به پرسنل ابلاغ می نماید.
۲. کارشناس انجام دهنده تست پاراکلینیک موظف است در صورتی که نتایج آزمایشات- تستهای تشخیصی -سونو - سی تی اسکن - اکو و ... در محدوده بحرانی تعریف شده باشد بلافاصله با بخش مورد نظر تماس حاصل نماید و نتیجه را به ایشان گزارش نماید .
۳. واحد آزمایشگاه و رادیولوژی نتیجه تست را از طریق تلفن HOT LINE (خطوط ارتباطی جهت اعلام نتایج بحرانی) به مسئول شیفت بخش مورد نظر اعلام می نماید و در فرمی که به منظور ثبت نتایج بحرانی رادیولوژی در نظر گرفته شده است مشخصات بیمار، ساعت تماس- مشخصات فرد پاسخگو - جواب تست گزارش شده و تاریخ را ثبت و مهر و امضا می نماید .
۴. مسئول شیفت بلافاصله نتیجه را به پزشک GP بخش گزارش و در فرم ثبت نتایج بحرانی اقدام انجام شده را ثبت می نماید .

۱۳- بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشات معوقه که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد.

اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد.

۱. نحوه شناسایی تست های معوقه اعم از سرپایی و بستری (چگونه متوجه می شویم بیمار نتایج تستهای پاراکلینیک مربوط به خود را دریافت نکرده است)
۲. مشخص کردن فرد مسئول اطلاع رسانی (سمت دقیق فرد)
۳. نحوه اطلاع رسانی (تلفن -ارسال پیامک و ...)
۴. دفعات پیگیری (مثلا سه نوبت تماس گرفته می شود ، در صورت عدم پاسخ در اولین تماس به هر دلیل، بار دوم و سوم 6 و 24 ساعت بعد از تماس اول)
۵. نحوه مستند سازی اقدامات انجام یافته

۶. مشخص کردن افراد مجاز برای گزارش نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک با در نظر گرفتن ضوابط قانونی و رعایت اصل محرمانگی اطلاعات بیمار

۱۴- بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد.

-دستور العمل رعایت بهداشت دست ها به منظور پیشگیری از انتقال عفونت های بیمارستانی به روش
Hand wash و Hand rub

- وجود پرونده بهداشتی گروه های پزشکی و پیراپزشکی شاغل در بیمارستان جهت کنترل عفونت

- پروتکل های انواع عفونتهای بیمارستانی .

-سوپروایزر کنترل عفونت و سرپرستار بخش و رابط کنترل عفونت باید آموزش های لازم در رابطه با عفونت بعد از عمل را به پرسنل ارائه نمایند.

۱۵- بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم

بخصوص در شرایط بحران را دارد. ضد عفونی لوازم و تجهیزات در شرایط بحران در اتاق عمل انجام می شود و اتوکلاو های فوری در دمای ۱۳۴ درجه سانتی گراد وسیله را به مدت ۳ تا ۴ دقیقه ؛ وسیله بدون درپوش گذاشته و قبل از استفاده وسیله باید سرد شود .

- فقط زمانی این پروسه انجام می گردد که وقت برای گندزدایی آنهادر CSSD وجود نداشته باشد.

۱۶- بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن

را عملیاتی و اجرایی می کند . (گایدلاین درمورد پروسیجر خون- ترانسفوزیون خون - کراس مچ خون- خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ... دارد)

گایدلاین و دستورالعمل ایمنی تزریق خون و فرآورده های خونی:

- ۱- اینچارج بخش و پرستار بیمار دستور تزریق خون پزشک به بیمار را دبل چک و ثبت می نمایند .
- ۲- پرستار به بیمار در مورد علت تزریق خون و عوارض آن اطلاعات داده و فرم رضایت را تکمیل می نماید
- ۳- به منظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود ضروریست پرستار قبل از گرفتن نمونه خون از بیمار جهت رزرو خون از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را بصورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت دهد و نمونه خون از بیمار گرفته شود .
- ۴- الزامیست در بیماران بستری برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار؛ بر بالین و قبل از ترک بیمار صورت گیرد.
- ۵- برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله آزمایش چسبانده و به آزمایشگاه فرستاده می شود.

- ۶- متصدی بانک خون نمونه را تحویل گرفته و با آزمایش ثبت شده در سیستم مطابقت می دهد و در صورتی که در بیمارستان این گروه خونی وجود نداشته باشد از سازمان درخواست کیسه خون می نماید.
- ۷- خدمات بخش کیسه خون تهیه شده توسط آزمایشگاه را به بخش انتقال می دهد. (زنجیره انتقال سرد جهت انتقال خون از آزمایشگاه به بخش در طول مسیر باید رعایت شود .)
- ۸- اینچارج بخش کیسه خون وارد شده به بخش را چک نموده و با مشخصات بیمار چک می نماید و در صورت هر گونه مغایرت با بیمار به آزمایشگاه اطلاع می دهد و کیسه خون را عودت می دهد.
- ۹- پرستار بیمار به عنوان نفر دوم علاوه بر اینچارج مشخصات مندرج روی کیسه خون را با مشخصات بیمار چک می نماید. پرستار بیمار کیسه خون را از نظر هر گونه نشت از کیسه، رنگ غیر طبیعی (بنفش -ارغوانی)، همولیز، وجود لخته، گذشتن از تاریخ انقضاء فرآورده، کدر بودن خون، وجود گاز در کیسه و برچسب ناسالم چک می نماید و در صورت وجود مشکل به آزمایشگاه عودت می دهد.
- ۱۰- پرستار باید در هنگام تزریق و انتقال خون از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را بصورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت دهد.
- ۱۱- در صورتی که بیمار بیهوشی و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت دهد.
- ۱۲- بیاد داشته باشید بمنظور انتقال خون در بیماران بیهوشی داشتن دستبند شناسایی برای بیماران ضروری می باشد.
- ۱۳- در تطابق خون/فرآورده خونی ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده/دستبند شناسایی یا بیمار مورد بررسی قرار گیرند:
- * نام و نام خانوادگی بیمار صورت کامل * نام پدر بیمار * تاریخ تولد به روز ماه سال * شماره پرونده * شماره کیسه خون/فرآورده خونی
- ۱۴- از ابتدای فرآیند شناسایی بیماران جهت گرفتن نمونه خون تا مراحل تایید کیسه خون و تزریق خون به بیمار باید شناسایی بیمار دو نفره ؛ با حضور پرستار بیمار و مسئول بخش انجام گردد .
- ۱۵- پرستار قطرات خون را تنظیم می کند و ۱۵ دقیقه اول قطرات آهسته و ۱۰ الی ۱۵ قطره در دقیقه بوده در طول این مدت بیمار را کاملاً تحت نظر دارد و بر بالین بیمار حضور دارد ، معمولاً اولین علائم حساسیت در این زمان اتفاق می افتد .
- ۱۶- پرستار علائم حیاتی بیمار را قبل از تزریق حین تزریق و تا چهارساعت بعد از تزریق چک و در برگه

همووژیلانس و گزارش پرستاری وارد می نماید .

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

خلاصه اصول تزریقات ایمن :

- رعایت بهداشت دست را فراموش نکنید.
- برای اخذ نمونه خون و کشیدن خون فقط یکباراز وسیله تزریقات یکبار مصرف استفاده کنید.
- بعد از ضد عفونی، موضع تزریق را لمس ننمایید.
- فوراً پس از مصرف ، وسایل تزریق مصرف شده را در ظروف ایمن دفع نمایید
- در صورتی که گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.
- در صورتی که گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.
- بیش از ۳/۴ ظروف ایمن را پر نکنید و یا درب آن را جدانمایید
- در صورت وقوع **stick needle**، آن را گزارش نمایید و پرو تکل بیمارستان را در ارتباط با پروفیلاکسی بعد از مواجهه دنبال نمایید.

خلاصه جراحی ایمن : (انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار):

فرآیند صحیح شناسایی بیماران قبل از جراحی:

ضروریست کلیه بیماران کاندیدای اعمال جراحی طبق فرآیندهای ذیل شناسایی شوند:

۱. دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل ، ضروریست یکی از اعضای تیم جراحی طبق وظایف محوله از بیمار درخواست نماید که نام ، نام خانوادگی ، موضع عمل ، نوع اقدام جراحی را به طور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی بیمار صحیح را شناسایی نمایند.
۲. در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر/ عمل جراحی در صورتی که بیمار هوشیار است :

(a) از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی، نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل خود را به زبان آورد جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده وی را با هم و با خود اظهاری او تطبیق دهید.

(b) نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه بیمار و چارت عمل را با خود اظهاری وی تطبیق دهد.

- 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، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر: هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

گام دوم - تأیید هویت بیمار: بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد.

گام سوم - علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی: محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی باید به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود.

گام چهارم - بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری پیش از عمل): همزمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضای تیم درمانی - تیم جراحی - اعضای درگیر (شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضای تیم درمان است.

براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد.

گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط: خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.

۱۸- بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد (وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان)

(بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو، خرید و تامین دارو، نگهداری و انبار دارو، order نویسی

آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد)

شناسایی صحیح بیمار در فرآیند دارو دادن: به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در تمام مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط (براساس شرح وظایف مصوب) به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

با استفاده از حداقل دو روش ذیل به صورت توأمان بیمار صحیح را شناسایی نمایید.

۱- پرسش نام و نام خانوادگی از بیمار ۲- کنترل دستبند شناسایی بیماران

* به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته دارویی دستورات شفاهی دارویی را محدود نموده و فقط در ارائه خدمات درمانی اورژانس بکار بندید.*

قبل از تجویز دارو به بیمار موارد ذیل را کنترل نمائید:

- نام، نام خانوادگی و در صورت نیاز نام پدر بیمار - نام ژنریک دارو
- دوز و دفعات تجویز دارو - تاریخ و راه تجویز دارو
- بررسی بیمار از نظر وجود آلرژی

یکی از علل عمده ایجاد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

- به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است:

- ❖ ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار
- ❖ پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.
- ❖ هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
- ❖ برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.
- ❖ میبایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده توسط واحد بهبود کیفیت نگهداری و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد. در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری،

علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری ، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

❖ اصول صحیح دارو دهی به بیماران:

❖ اجرای 8 Right جهت دادن دارو به بیمار الزامی است.

۱- داروی صحیح ۲- راه صحیح ۳- زمان صحیح ۴- دوز صحیح ۵- بیمار صحیح ۶- ثبت صحیح : مستند سازی صحیح دریافت دارو برای بیمار بستری ۷- تجویز صحیح :

a- درج شفاف نام و جزئیات تماس پزشک تجویز کننده نسخه دارویی الزامی است .

b- تجویز دارویی به صورت شفاهی (تلفنی) محدود به داروهای نجات بخش می باشد.

c- استفاده از تکنیک بازخوانی مجدد بر اساس تأیید دستور الزامی است (Recall).

۱- آموزش به بیمار یا مراقبین وی در ارتباط با دستور دارویی داده شود.

فهرست داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی

ردیف	نام دارو	اشکال دارویی	ردیف	نام دارو	اشکال دارویی
۱	کلراید پتاسیم	کلیه اشکال تجویزی	۹	آتروپین	کلیه اشکال تزریقی
۲	سولفات منیزوم	کلیه اشکال تجویزی	۱۰	اپی نفرین	کلیه اشکال تزریقی
۳	بیکربنات سدیم	کلیه اشکال تجویزی	۱۱	هپارین سدیم	انفوزیون مستمر
۴	گلوکونات کلسیم	کلیه اشکال تجویزی	۱۲	رتپلاز	کلیه اشکال تزریقی
۵	هاپیرسالین	کلیه اشکال تجویزی	۱۳	هالوپریدول	کلیه اشکال تزریقی
۶	لیدوکائین	کلیه اشکال تزریقی	۱۴	پروپرانولول	کلیه اشکال تزریقی
۷	تمامی مخدرها	کلیه اشکال تزریقی	۱۵	انسولین	کلیه اشکال تزریقی
۸	خون و فرآورده های خونی	-			

نکته : فهرست داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی

تذکر: داروهای فوق، دارای بیشترین عوارض جدی ناشی از اشتباه داروپزشکی در بیمارستانهای کشور می باشد.

شایان ذکر است به لیست فوق شایع ترین خطاهای دارویی بیمارستان شهید رجایی نیز اضافه گردیده است.

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

(بیمارستان دارای گایدلاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی، وسایل برنده و نوک تیز دارد.)

بیمارستان براساس میزان خطر، پسماند ها را از مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می نماید.

پسماندهای عادی : زباله خانگی مانند کاغذ، ظرف غذا و کمپوت (در کیسه های غیر عفونی) آبی یا سیاه رنگ جمع آوری می شوند.

پسماندهای عفونی : هر شی آلوده به خون و ترشحات بیمار (در کیسه های زرد رنگ عفونی) جمع آوری می شوند.

پسماندهای تیز و برنده : اشیاء تیز و برنده و کلیه سوزنها در ظروف پلاستیکی مقاوم زرد رنگ box Safety جمع آوری شده و مانند پسماندهای عفونی دفع می شوند.

پسماندهای شیمیایی و دارویی

۲۰- بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد.

(بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد . کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس - ویژه - نوزادان و...در نظر گرفته می شود.)

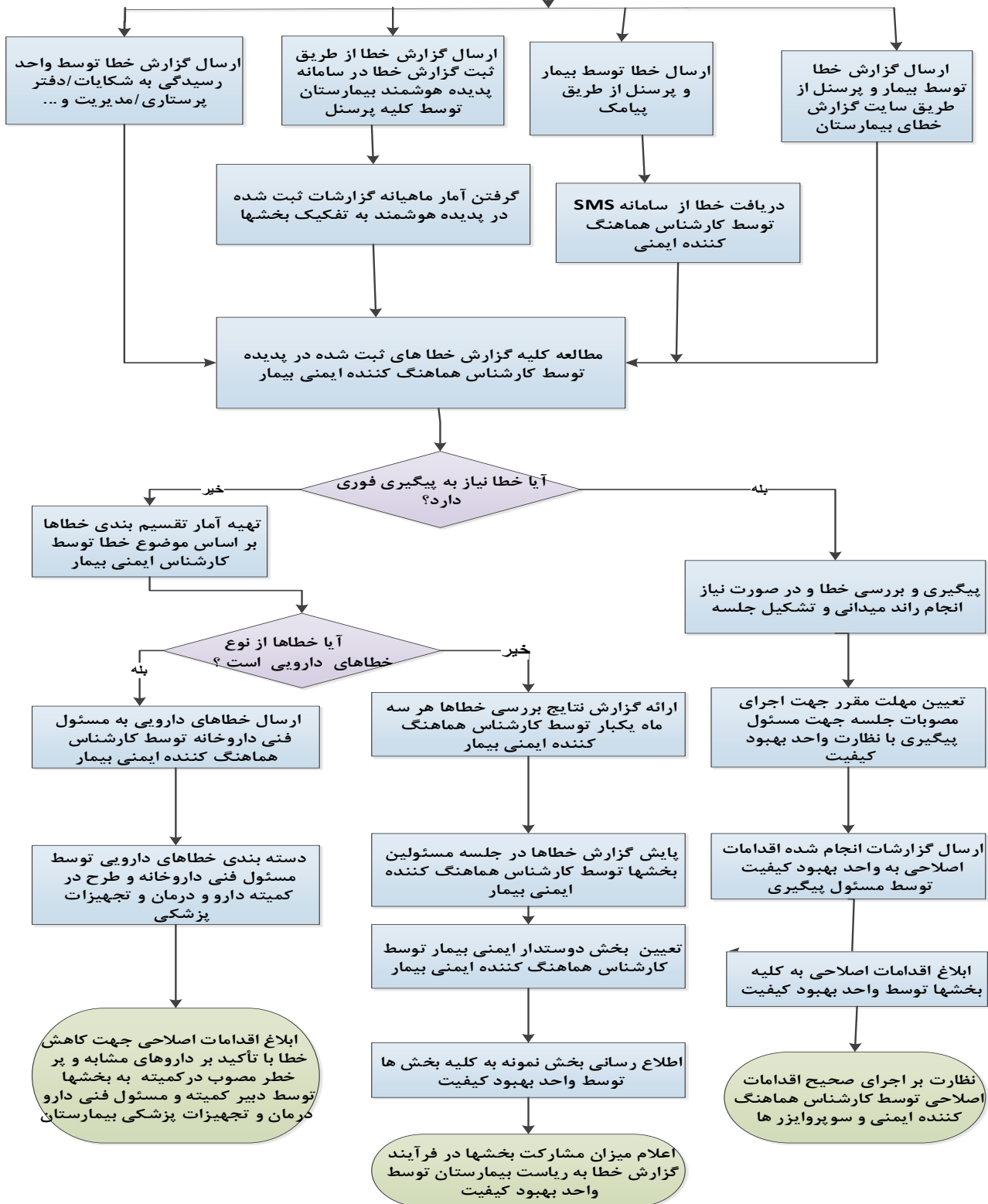
❖ فرایند گزارش خطا:

- ۱- ثبت خطا در سامانه پدیده هوشمند؛ سامانه پیامکی و سایت بیمارستان توسط پرسنل کلیه بخشهای درمانی و پاراکلینیک
- ۲- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کلیه خطاهای ثبت شده را به تفکیک بخش - شایع ترین ها - وقایع ۲۸گانه - خطاهای دارویی و ... تقسیم بندی می گردد.
- ۳- گزارش تحلیل خطا و نمودارها از طریق اتوماسیون به اطلاع کلیه پرسنل اطلاع رسانی می شود.
- ۴- براساس کیفیت و کمیت گزارش خطاهای ارسالی بخش دوستدار ایمنی تعیین و مورد تقدیر قرار می گیرد.
- ۵- خطاها ی ۲۸ گانه باید طبق فرم مربوطه (فرم incident) در همان شیفت تکمیل و به تایید مسئول بخش و سوپروایزر برسد و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت به بهبود کیفیت ارسال شود تا در سامانه وزارتخانه ثبت شود .
- ۶- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاهای ۲۸گانه را در اسرع وقت پیگیری و در صورت نیاز در کمیته خطاها و یا کمیته مرگ و میر خطاهای پزشکی مطرح می نماید.
- ۷- خطاهای ۲۸گانه باید با کمک پرسنل درگیر در حادثه، RCA شده و قبل از یک هفته در سامانه وزارتخانه ثبت شود .
- ۸- خروجی و پروتکل های استخراجی جلسات از طریق اتوماسیون به اطلاع کلیه پرسنل رسانده می شوند.

کد فرآیند: PR-QC-03-04

تاریخ بازنگری: 99/2/6

رخ دادن خطا در بخش



وقایع ناخواسته ۲۸ گانه: (Never Events) : مواردی که هرگز در مراکز درمانی نباید اتفاق بیفتد.

<p>وقایع مرتبط با اعمال جراحی</p>	<p>۱- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم ۲- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر ۳- انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار ۴- جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس و ... در بدن بیمار ۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی ۶- تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور</p>
<p>وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی</p>	<p>۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی ۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده ۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی بدنبال استفاده از تجهیزات پزشکی</p>
<p>وقایع مرتبط با مراقبت بیمار</p>	<p>۱۰- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی ۱۱- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد. ۱۲- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی</p>
<p>وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار</p>	<p>۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوز دارو ، زمان تزریق دارو و ... ۱۴- موارد تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی حتی اگر منجر به آسیب نشود . ۱۵- کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر سزارین و یا زایمان طبیعی ۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی ۱۷- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار ۱۸- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان ۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه آسیب وارده به ستون فقرات بدنبال حرکت دادن، انتقال یا جابجایی اشتباه</p>
<p>وقایع مرتبط با محیط درمانی</p>	<p>۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد. ۲۱- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر ...) ۲۲- سوختگی هایی به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل ۲۳- موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت ۲۴- سقوط بیمار</p>

<p>۲۵- موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی</p> <p>۲۶- هر گونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار</p> <p>۲۷- ربودن بیمار</p> <p>۲۸- اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان</p>	<p>وقایع جنایی</p>
<p>۲۹- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر سزارین و یا زایمان طبیعی و موارد مربوط به جاماندن گاز در واژن بدنبال زایمان طبیعی</p> <p>۳۰- عدم تشخیص صحیح یا به موقع</p>	<p>سایر موارد</p>

❖ خلاصه ای در خصوص تحلیل علل ریشه ای :

RCA (Root Cause Analysis) یا تحلیل علل ریشه ای بررسی و تحقیق ساختاریافته ای است که هدفش شناختن علل واقعی یک مساله و پیدا نمودن راههای حذف این علل می باشد . تحلیل موشکافانه چند حادثه بسیار مفیدتر و مثمرتر از تحلیل شتابزده تعدادی حادثه است.

علل ریشه ای مهمترین عامل بروز حادثه (عوامل سببی یا علی) می باشد که اصلاح یا حذف آنها از بروز مجدد یک موقعیت، مثلاً بروز یک خطا در فرآیند جلوگیری خواهد کرد.

علل ریشه ای زمینه را برای بروز علل سطحی (علل واضح یا بلافصل) یک مساله ایجاد می نمایند. به عبارت دیگر علل سطحی، خود نشانه و علامتی از وجود علل ریشه ای هستند.

تحلیل علل ریشه ای تکنیکی برای بررسی و تحقیق است که این امکان را به سازمان می دهد که به طور گذشته نگر علت(علل) بروز یک پیامد مشخص را بررسی نماید. در واقع تحلیل علل ریشه ای به ما می گوید :

- چه اتفاقی افتاده است؟ - چگونه اتفاق افتاده است؟ - چرا اتفاق افتاده است؟

نتایج حاصل از RCA در قالب دستورالعمل ، پروتکل و اقدام اصلاحی برای بخش ها ارسال می گردد.

به اشتراک گذاری خطاها از طریق زیر صورت می گیرد :

- تهیه سناریو
- گزارش سه ماهه خطاها
- خروجی کمیته مرگ ومیر
- تدوین پروتکل ها

کد فرآیند: PR-QC-02-04

تاریخ بازنگری: ۹۷/۱۰/۱۰

رخداد یکی از وقایع ۲۸ گانه در بخش

اطلاع به پزشک معالج توسط مسئول شیفت بخش / پرستار بیمار

انجام اقدامات درمانی برای بیمار توسط پزشک و پرستار

تکمیل فرم حادثه (incident sheet) توسط پزشک و پرستار و تحویل به سوپروایزر تا پایان شیفت

اطلاع فوری حادثه به سوپروایزر کشیک توسط مسئول شیفت بخش / پرستار بیمار

ثبت کلیه اقدامات درمانی پس از حادثه و نتایج بررسی ها توسط پزشک و پرستار در پرونده بیمار

اطلاع فوری سوپروایزر به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

بله

آیا حادثه در ساعت اداری اتفاق افتاده است؟

خیر

بررسی حادثه توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان و مسئول بهبود کیفیت

ثبت حادثه در سامانه توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

تشکیل کمیته ایمنی و تحلیل ریشه ای (RCA) حادثه با افراد درگیر حادثه و تکمیل مستندات توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ظرف یک هفته

تدوین درسنامه خطا و ابلاغ اقدامات اصلاحی و خروجی جلسه توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و اطلاع به تمام بخش های بستری و واحدهای بیمارستان

تکمیل مستندات در سامانه توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ظرف مدت یک هفته

اطلاع فوری به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار از طریق تلفن توسط سوپروایزر کشیک

ثبت حادثه در سامانه توسط سوپروایزر بلافاصله بعد از بروز خطا در صورت عدم حضور کارشناس ایمنی بیمار

موارد تهدید کننده ایمنی بیمار

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار که در جریان ارزیابی اولیه شناسایی می شوند . در حقیقت:

□ ارزیابی ریسک ابزار مورد استفاده

- ارزیابی خطر سقوط بیمار : Morse Fall Scale
- ارزیابی خطر بروز زخم فشاری : Braden
- ارزیابی خطر بروز آمبولی ریوی: Wells' PE criteria
- اخذ تاریخچه حساسیت دارویی در پیشگیری از بروز شوک آنافیلاکسی کمک می کند.
- ارزیابی خطر خودکشی

ارزیابی خطر خودکشی :

از طریق فرم ارزیابی کلینیک سلامت روان بیمارستان ها در برنامه پیشگیری از خودکشی:

۱. انجام مصاحبه بالینی روزانه روانشناس با بیماران بستری در بخش های بستری.
۲. غربالگری و تشخیص و ارجاع از بخشهای بستری بیماران دارای سابقه خودکشی و اقداماتی نظیر خودزنی و آسیب به خود.
۳. در صورت نیاز ارجاع بیماران اقدام به خودکشی به متخصص اعصاب و روان و شروع درمان دارویی .
۴. مراقبت روزانه و ویزیت و بررسی روزانه وضعیت روانی بیمار توسط روانشناس در صورت درخواست متخصص اعصاب و روان در پرونده بالینی.
۵. ارجاع بیماران خودکشی به بیمارستانهای اعصاب و روان و مراکز جامع سلامت بنابر تشخیص متخصص اعصاب و روان و هماهنگی روانشناس.
۶. تکمیل فرم اخذ شرح حال بالینی بیماران دارای سابقه اختلالات اعصاب و روان و دارای ریسک بالای خودکشی و تکمیل فرم ارزیابی ماهانه پیشگیری از خودکشی برای بیماران اقدام کننده به خودکشی و ارسال به مرکز شهدای والفجر به صورت ماهانه.
۷. ثبت موارد در سامانه خودکشی

راهنمای پیشگیری از سقوط بیماران در بیمارستان :

تعریف سقوط : سقوط یک آسیب شایع در بین آسیبهایی است که به دنبال بستری شدن بیمار در بیمارستان ایجاد میشود و منجر به طولانی یا عارضه دار شدن بیماران میگردد.
اهداف پیشگیری از سقوط بیمار :

- 1- حذف تمام موارد سقوط و آسیبهای ناشی از آن در تمام مراکز درمانی حاد (بیمارستان) تا حد امکان.
- ۲- افزایش تعداد بیمارانی که از نظر خطر سقوط به صورت مناسب بررسی میشوند و مداخلات پیشگیرانه برای آنها انجام میشود.

نکات بارز بالینی:

- بهترین نتایج بالینی ، فقط زمانی حاصل میشود که یک حمایت عمده سازمان یافته از برنامه کاهش موارد سقوط بیمارستانی در تمام بخشها و واحدهای بیمارستانی وجود داشته باشد.
- شفافیت در گزارش موارد سقوط و اشتراک گذاری اطلاعات بین بخشهای مختلف بیمارستان، بیمارستانهای مختلف و یا گزارش عمومی به جامعه، در کاهش موارد سقوط و آسیبهای ناشی از آن تاثیر مثبت دارد.
- بهترین اقدامات پیشگیرانه در کاهش سقوط عبارتند از:
 - ۱- بررسی خطر سقوط.
 - ۲- تمایز تصویری اشخاص در معرض خطر بالای سقوط (استفاده از برچسبهای رنگی در دستبند شناسایی، نصب کارت رنگی هشدار دهنده).
 - ۳- انجام مداخلات مرتبط با ریسک فاکتورهای شناخته شده.
 - ۴- آموزش چند رسانه ای استاندارد شامل استفاده از نرم افزارهای آموزشی، برای آموزش پرسنل درمانی و غیردرمانی، بیمار و خانواده.

اقدامات تیمی عبارتند از:

- بررسی خطر سقوط ، کشف میزان بروز سقوط ، مواجهه با مشکلات ، پاسخگویی فرصتهای از دست رفته.
- بحث گروهی در مورد خطر سقوط هنگام راندهای روزانه.
- بررسی داروهای مصرفی تمام بیماران پرخطر از نظر سقوط.
- راندهای پرستاری برای اطمینان از آموزش بیمار/خانواده و نقش آنها در پیشگیری از سقوط (استفاده از سیستم احضار پرستار، درخواست کمک هنگام رفتن به دستشویی و غیره)

- اجرای اقدامات لازم بعد از رخ دادن سقوط.

نکته: در صورتی که بیمار در خطر بالای سقوط باشد هنگام تحویل شیفت و یا هنگام انتقال بیمار، به دیگر اعضای تیم درمان (شامل پزشک معالج) گزارش داده شود.

✓ بررسی خطر سقوط در بیمار (در هر گروه سنی که باشد) باید شامل موارد زیر باشد:

- استفاده از یک ابزار استاندارد.

- استفاده از یک معیار عملکردی

- مشاهده حرکت بیمار برای بیمارانی که وابسته به تخت نیستند.

- استفاده از یک معیار بررسی جهت آسیبهای ناشی از سقوط.

* معیار سطح بندی آسیب های ناشی از سقوط:

1- هیچ آسیب قابل مشاهده ای ایجاد نشده است.

2- کم: کبودی یا خراشیدگی سطحی در نتیجه سقوط.

3- متوسط: آسیب منجر به جابه جایی یا خارج شدن لاین یا لوله های متصل به بیمار شده است، شکستگی ایجاد شده است یا پارگی به وجود آمده است که نیاز به ترمیم داشته باشد.

4- شدید: آسیبی که نیاز به جراحی دارد. یا بیمار باید به بخش مراقبت ویژه برای مانیتور آسیب تهدید کننده حیات منتقل شود.

5- مرگ.

* آسیبهای درجه 3 تا 5 باید تحت عنوان آسیب جدی ناشی از سقوط به هر ۱۰۰۰ بیمار روز گزارش شوند.

* برنامه پیشگیری از سقوط به چهار مرحله تقسیم می شود:

۱- مراقبتهای عمومی پیشگیری از سقوط شامل پروتکل راند برنامه ریزی شده.

۲- معیارهای بررسی سقوط استاندارد مثل معیار مورس و معیار هامپی - دامپی.

۳- برنامه مراقبتی و مداخلات که با ریسک فاکتورهای شناسایی شده در برنامه جامع مراقبتی بیمار مرتبط است.

۴- مراقبت پس از سقوط شامل بررسی بالینی بیمار و تحلیل ریشه ای علل سقوط (RCA).

زمانی برنامه پیشگیری از سقوط موفقیت آمیز است که منطبق با دیگر اولویت های بیمار و بیمارستان باشد. اولین اولویت بیمارستان، مراقبت و درمان حاد، بیماری است. بیمار به دلیل بیماری به بیمارستان مراجعه میکند و هدف اصلی و اولیه وی از مراجعه، درمان آن بیماری است. بنابراین همیشه باید به این نکته توجه داشت که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط را با سایر اهداف و اقدامات درمانی که در بیمارستان به بیمار

ارائه میشود هماهنگ کرد .

نکته کلیدی دیگری که باید به آن توجه داشت این است که پیشگیری از سقوط نمی تواند به تنهایی هدف برنامه پیشگیری از سقوط باشد. به عنوان مثال در تئوری، ما می توانستیم از تمام موارد سقوط با استفاده از مهار فیزیکی بیماران و عدم اجازه خروج از تخت، پیشگیری کنیم (در واقعیت ممکن است مهار فیزیکی از تمام موارد سقوط پیشگیری نکند). اما مهار فیزیکی بیماران، می تواند غیراخلاقی باشد و نشان دهنده مراقبت ضعیف است. هم چنین با استقلال بیمار در تضاد است و میتواند علت بروز تمام عوارض استراحت مطلق در تخت همانند تغییر در وضعیت بدنی بیمار، زخم فشاری، آسپیراسیون و ترمبوز وریدهای عمقی باشد. بنابراین منجر به اقامت طولانی تر در بیمارستان و سختتر کردن امکان بهبودی بیمار شود. این مثال نشان میدهد که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط نیاز دارد که با هدف اصلی مراقبت از بیمار که بهبود عملکرد هر بیمار و خوب بودن وی است؛ هماهنگ شود. هم چنین هدف ما باید حفظ میزان سقوط و آسیب ناشی از آن در پایین ترین سطح ممکن باشد نه صفر کردن آن به هر قیمتی .

❖ راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار :



- استفاده از حفاظ تخت
- استفاده از عصا و واکر
- استفاده از دمپایی و کفش مناسب
- بالا نگهداشتن حفاظ تخت بیمار
- مناسب بودن ارتفاع تخت
- فشردن زنگ احضار پرستاری
- توجه به موانع

❖ مراقبتهای عمومی برای پیشگیری از سقوط برای تمام بیماران :

- ۱- مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه آموزش به بیمار :
 - بیمار و همراهان وی را به محیط بخش در بدو ورود آشنا کنید .
 - به بیمار و همراهان وی در مورد نکات ایمنی پیشگیری از سقوط در زمان بستری در بیمارستان آموزش دهید.

- اهداف و نحوه استفاده از زنگ احضار را به بیمار توضیح دهید.
- از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب، برای بیماران استفاده کنید.
- به بیمار پرخطر آموزش دهید که برای انجام فعالیتهای روزمره همانند بیرون آمدن از تخت و رفتن به دستشویی درخواست کمک کند.
- اهداف و نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی را در صورتی که مورد نیاز باشد، به بیمار و یا همراهان وی آموزش دهید.

۲- مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطة ایمنی محیط :

- زنگ احضار را در دسترس بیمار قرار دهید و بلافاصله به آن جواب دهید
- وسایل شخصی بیمار را در محدوده ایمن دسترسی وی قرار دهید
- تخت بیمار را در پایین ترین سطح ممکن در زمان استراحت بیمار به جز در مواقعی که پرسنل در کنار بیمار و مشغول فعالیتهای مراقبتی هستند ، قرار دهید .
- در زمانی که بیمار در تخت قرار دارد نرده های تخت بالا باشد .
- چرخهای تخت بیمارستانی در وضعیت قفل باشند .
- چرخهای ویلچر در صورتی که در حالت سکون است در وضعیت قفل باشند .
- فضای فیزیکی اتاق بیمار و بخش، مرتب و تمیز نگه داشته شود. دقت کنید که سیم ها یا اتصالات برق و سایر وسایل اضافه در مسیر حرکت بیمار نباشد .
- تمام سطوح کف بخش، تمیز و خشک باشد. در صورت خیس یا لغزندگی بلافاصله سطح تمیز شود.
- در صورتی که بیمار عینک میزند ؛ از در دسترس بودن آن و پوشیدن عینک توسط بیمار ، قبل از خروج از تخت ، مطمئن شوید.
- روشهای جابجایی ایمن بیمار و تعدیل محیط برای انتقال ایمن بیمار را در صورت لزوم اجرا کنید.

۳ - مداخلات رفتاری پیشگیری از سقوط :

- در بیماری که مبتلا به دمانس مغزی است برای پیشگیری از سقوط با استفاده از دارو درمانی در این زمینه موفقیت کمی حاصل می شود و این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود.

- محرک های شروع کننده رفتارهای پرخطرانه و یا رفتارهای وسواسی اجباری، یا صدای بلند و ... را شناسایی کنید و سعی کنید آن ها را در صورت امکان کم کنید .

-بیمار را به منظور کمک به مدیریت رفتاری، برنامه ارتقا آگاهی بیمار، ارتقا هوشیاری و عملکرد بیمار و تعیین اینکه آیا نیاز به وسایل کمک حرکتی دارد و انتخاب نوع مناسب آن، به فیزیوتراپ یا کار درمان ارجاع دهید .

۴-مداخلات مرتبط با اختلال حرکتی پیشگیری از سقوط

این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. کاهش تونیسیتة ماهیچه، اختلال در حرکت و الگوی راه رفتن، شایعترین ریسک فاکتورهایی هستند که پیش گویی کننده خطر سقوط هستند .

-انجام مشاوره فیزیوتراپی و کار درمانی برای ارزیابی و در صورت امکان درمان

-به بیمار آموزش دهید که به آرامی بلند شود

-به حرکت در آوردن سریع و منظم بیماران پرخطر

-تکرار کردن آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراهانش

-کمک کردن به بیماران پرخطر هنگام انتقال

-استفاده منظم از وسایل کمک حرکتی همانند واکر، عصا، یا دیگر وسایلی که توسط فیزیوتراپ یا کار درمان پیشنهاد شده است.

-کمک به بیمار هنگام رفتن به سرویس بهداشتی به صورت منظم و برنامه ریزی شده

-استفاده از صندلی هایی که تکیه گاه دست دارند.

-استفاده از محافظ های هیپ برای بیمارانی که در خطر بالای شکستگی لگن هستند.

-استفاده از روشنایی کافی روز و شب جهت به حرکت در آوردن بیمار و انجام فعالیت های روزانه

-استفاده از صندلی های توالت که ارتفاع بالاتری دارند.

۵- مداخلات محیطی پیشگیری از سقوط :

- تیم ایمنی بیمارستان باید راندهای محیطی داشته باشند جهت اطمینان از اینکه اتاقها و راهروهای بخش ها روشنایی کافی دارند. سطوح غیر لغزنده ، تمیز و مرتب باشند. درهایی که لازم است قفل باشند قفل نگه داشته شده باشند. میله ها و دستگیره های محافظ ، محکم و فیکس باشند . میزها و صندلی ها سالم و محکم باشند .

- کارکنان پرستاری باید چیدمان اتاق بیمار را به گونه ای انجام دهند که خطر سقوط را به حداقل برسانند.

- تمام کارکنان باید مطمئن شوند که موقیت های غیر ایمن بلافاصله تعدیل میشوند.

- استفاده از آیینه های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهرو ها را از ایستگاه پرستاری می

دهد.

- استفاده از آلامر هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می کنند.

اعتباربخشی

تعریف و اهمیت اعتباربخشی

ارزیابی اعتبار بخشی فرآیندیست که جایگزین روش ارزشیابی قبلی است و نتیجه ارزیابی اعتبار بخشی برای بیمارستان بسیار دارای اهمیت می باشد زیرا براساس درجه اعتباربخشی، نرخ تعرفه های بیمارستان مشخص می شود.

این استانداردها در سال های اول سالیانه بود اما در سالهای اخیر تقریباً دو سال یکبار ویرایش جدید استانداردها اعلام می شود برای هر بخش استانداردهای اختصاصی تعریف شده است که مسئول و پرسنل آن بخش باید در راستای اجرای آنها کوشا باشند.

این استانداردها از طریق مصاحبه با پرسنل و بیماران، مشاهدات عینی و مستندات ارزیابی می شوند. از جمله مواردی که کلیه پرسنل جهت آمادگی راندهای اعتبار بخشی باید مسلط باشند، آشنایی با فرآیندها، دستورالعمل ها، خط مشی ها، شاخص ها، برنامه های عملیاتی مرتبط با بخش خود و ... می باشد.

مراحل استقرار سیستم اعتبار بخشی

- مرحله اول : تدوین خط مشی ها و روشهای اجرایی
 - مرحله دوم : تدوین فرایندهای کاری
 - مرحله سوم : تدوین شاخصها و فرم جمع آوری اطلاعات
 - مرحله چهارم : برنامه بهبود کیفیت
 - مرحله پنجم : ممیزی و خودارزیابی
- (توضیح مختصری از این موارد ارائه خواهد شد)

ممیزی و خودارزیابی

ممیزی یعنی ارزیابی وضعیت فعلی بیمارستان و سنجش میزان مطابقت عملکرد آن با استاندارد ها، خط مشی ها، روش های اجرایی، پروتکل ها و ...

مراحل ممیزی داخلی به شرح زیر است :

تهیه چک لیست از استاندارد های کتاب اعتبار بخشی

تدوین برنامه زمان بندی جهت انجام ممیزی توسط هر بخش

اعلام به تمامی بخش ها/ واحد های بیمارستان جهت انجام ارزیابی میدانی بر اساس استاندارد های

موجود در چک لیست و تکمیل چک لیست و ثبت مشاهدات

گزارش عوامل عدم انطباق مشاهدات با استاندارد ها به واحد بهبود کیفیت

مداخله تیم مدیریت و بهبود کیفیت به منظور ارتقا موارد عدم انطباق

خط مشی

خط مشی ها در واقع سیاست های سازمان هستند و مابقی قوانین بیمارستانی از جمله روش اجرایی و دستورالعمل ها در بستر خط مشی ها تدوین می گردند.

مثلا یکی از خط مشی های بیمارستان مربوط به کسب رضایت آگاهانه می باشد که در آن قوانین کلی کسب رضایت آگاهانه از بیمار عنوان شده اینکه رضایت از چه کسی گرفته شود، مدت زمان اعتبار رضایت چند روز است ، برای چه پروسیجر هایی نیاز به کسب رضایت می باشد و ...

روش اجرایی

روش اجرایی شامل یک سری از مراحل است که با ترتیبی منظم و ویژه اجرا یک خط مشی را ترسیم می کند. در واقع در روش اجرایی جزییات اجرا خط مشی تعیین می گردد. (چه کسی ؟ کجا؟ چگونه؟ و در چه زمانی فعالیت را انجام دهد؟ و ...) روش اجرایی باید با خط مشی نوشته شده تطابق داشته باشد.

دستورالعمل (پروتکل)

دستورالعمل یا پروتکل ها استاندارد های عینی و قابل اندازه گیری می باشند و مرحله به مرحله فعالیت را مشخص می کند.

پروتکل ها بار قانونی داشته و الزام اجرایی دارند .

مثل پروتکل همووژیلاز

رسالت، چشم انداز، ارزش ها

• چشم انداز

• تعریف :

- چشم انداز در واقع مطلوب ترین و ایده آل ترین تصویری است که می توان برای سازمان قائل شد
- بالاترین استاندارد و نهایی است که سازمان می خواهد به آن نیل کند
- موقعیتی آرمانی است که سازمان امید دستیابی به آن را دارد
- چشم انداز بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجایی: پیشرو در ارائه خدمات درمانی، آموزشی و پژوهشی به بیماران ترومایی خاورمیانه تا سال ۱۴۰۲
- (به بیان ساده: پوشش کل خاورمیانه در زمینه ارائه خدمات ترومایی....)

• رسالت

- رسالت چرایی و فلسفه وجودی سازمان می باشد .
- ما برای چه منظوری وجود داریم؟ هدف اولیه ای که سازمان به آن دلیل تاسیس شد چه بود؟...
- رسالت بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجایی : ارائه مطلوب ترین خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی مطابق استاندارد های ملی و بین المللی به بیماران ترومایی
- (به بیان ساده : ارائه خدمت به بیماران ترومایی)
- رسالت است که یک سازمان را از سایر سازمان ها متمایز می کند.

- برای مثال رسالت بیمارستان رجایی ارائه خدمات به بیماران ترومایی است و رسالت بیمارستان قلب الزهرا خدمت رسانی در زمینه بیماری های قلبی به بیماران می باشد.

• ارزش ها

- ارزش ها چارچوب هایی هستند که در راستا تحقق رسالت سازمان باید لحاظ گردند و در فعالیت ها در نظر گرفته شوند. در واقع نیل به آرمانهای بیمارستان می بایست در بستری از ارزشها پیش برده شود .

ارزش های بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجایی:

به صورت ابتکاری از نام اختصاری بیمارستان تروما استفاده شده است

✓ ت: توجه به ایمنی و نیاز درمانی بیمار

✓ ر: رضایتمندی بیماران و پرسنل

✓ م: مسئولیت پذیری و وجدام کاری

✓ ا: اعتماد سازی با احترام به تعهدات

برنامه استراتژیک

در این برنامه اهداف و خطوط کلی و رسالت سازمان در بلند مدت تعیین می گردد. این نوع برنامه ریزی جامعیت داشته (در حکم چتری که کل سازمان را به نحوی در برمیگیرد) و داری دید بلند مدت و کلان می باشد. برنامه استراتژیک طولانی مدت است که برای ۳-۵ سال و توسط سطوح عالی سازمان شکل می گیرد.

- اهداف کلان هر بیمارستان بر اساس موقعیت کنونی آن بیمارستان نوشته می شود
- اهداف کلان(استراتژیک) بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجایی به قرار زیر است:

- مدیریت هزینه و درآمد

- ارتقا مراقبت های پرستاری

- ارتقا کیفیت خدمات

- ارتقا ایمنی بیماران و کارکنان
- بهبود رضایمندی ذینفعان
- افزایش رضایت و انگیزه کارکنان
- ارتقا سیستم پژوهش و آموزش

برنامه عملیاتی

برای تحقق هر کدام از اهداف استراتژیک ذکر شده باید برنامه های کوتاه مدتی تعریف گردد که به این دسته از برنامه ها برنامه های عملیاتی گفته می شود و برای بازه زمانی ۱ ساله تدوین می گردد در واقع برنامه عملیاتی در راستا تحقق اهداف کلان می باشد

برای مثال برنامه عملیاتی: "ساخت اقامت گاه همراه بیمار" در راستا بهبود رضایتمندی ذی نفعان است. تدوین اهداف استراتژیک بر عهده مدیران ارشد و تدوین برنامه عملیاتی بر عهده مسئول هر بخش می باشد.....

مراحل تدوین برنامه عملیاتی

۱. مکاتبه با مسئولین بخشها جهت ارائه پیشنهادات برنامه عملیاتی برای سال آینده
۲. دسته بندی برنامه های پیشنهادی به تفکیک موضوعات و مکاتبه با کارشناسان فنی بیمارستان جهت بررسی قابلیت اجرا (تاسیسات ، بهداشت محیط ، مهندسی پزشکی، IT)
۳. دریافت جوابیه مکتوب از آنان
۴. تشکیل جلسه تیم مدیریت اجرایی و بررسی پیشنهادات و نظرات کارشناسی در آن کمیته با حضور مدیران ارشد و مسئول امور مالی

۵. ارسال لیست نهایی برنامه های تصویب شده و مورد تایید از نظر تامین مالی و قابلیت اجرا به

مسئولین بخشها جهت تکمیل فرمهای برنامه عملیاتی

۶. جمع آوری برنامه های عملیاتی از کلیه واحدها ، بررسی و چک نهایی برنامه

۷. تایپ و بارگزاری برنامه ها توسط پرسنل دبیرخانه در برنامه پدیده هوشمند

پایش برنامه عملیاتی

برای هر برنامه عملیاتی مسئول اجرا و مسئول پیگیری و مسئول پایش تعیین می گردد

برنامه عملیاتی سه ماهه یک بار توسط مسئول پایش، در کمیته پایش و سنجش پایش می گردد

پایش برنامه عملیاتی یعنی: " مشخص کردن درصد تحقق آن برنامه، بررسی پیشرفت آن برنامه "

همان طور که پیداست به منظور تعیین روند پیشرفت برنامه عملیاتی ، برنامه می بایست یک ماهیت

کمی و قابل اندازه گیری داشته باشد تا درصد پیشرفت قابل محاسبه گردد....

شاخص

- شاخص ها ابزار هایی هستند که به موضوع مورد بررسی یک جنبه کمی می بخشند و به وسیله شاخص ها موضوع مورد بحث ما قابل اندازه گیری می گردد.
 - شاخص فاکتور یا متغیر کمی است که یک ابزار ساده و قابل اطمینان را برای اندازه گیری عملکرد، تغییرات در مداخله ، ارزیابی عملکردهای توسعه ای فراهم می کند.
- " برای اینکه یک شاخص کارآیی داشته باشد، باید در باره چیزی باشد که قابل اندازه گیری است "
- شاخص ها ابزار هایی هستند که بر اساس نیاز هر بخش / واحد تدوین می گردد.
- برای مثال برخی از شاخص های ICU از قرار زیر است:

- میزان ترخیص بامیل شخصی

- میزان عفونت بیمارستانی
- میزان بروز زخم بستر
- میانگین وزن زباله عفونی به ازای هر تخت
- برای هر شاخص معیار هدف تعیین می گردد

مسئولین هر شاخص می بایست در بازه های زمانی مقرر شده، داده های شاخص خود را تحلیل کرده و در کمیته پایش شاخص ها ارائه دهد

"اطلاع پرسنل از شاخص های اختصاصی بخش خود الزامی می باشد."

برنامه بهبود کیفیت و اقدام اصلاحی

در صورتی که داده های به دست آمده شاخص از معیار هدف فاصله داشته باشد مسئول شاخص موظف به بررسی موضوع و تدوین برنامه بهبود کیفیت و ارائه اقدام اصلاحی می باشد.

"معیار هدف، حد مطلوب و مورد انتظار پیشرفت برنامه می باشد"

برنامه بهبود کیفیت رویکردی است در سرتاسر سازمان به منظور شناسایی نواحی مشکل دار و استقرار روش ها و فعالیت هایی برای بهبود آنها با منابع موجود.

منابع شناسایی نواحی مشکل دار در بیمارستان به منظور تدوین برنامه بهبود کیفیت:

- کنترل و ارزیابی توسط سرپرستان (فرصت های بهبود)
- ریشه یابی علل اصلی (RCA) رویداد های بحرانی
- بررسی شکایات و انتقادات
- بررسی فرایندهای بیمارستان
- مقایسه آمار ادواری

- مقایسه با سایر سازمانها (benchmarking)
- مقایسه با شاخصهای استاندارد
- مشکلات مطرح شده در کمیته های بیمارستان
- نتایج استخراج شده از نظر سنجی بیماران و کارکنان
- مطابقت نداشتن عملکرد پرسنل با خط مشی و روش اجرایی یا دستورالعمل های بیمارستان

نرم افزار پدیده هوشمند:

پدیده هوشمند نرم افزاری است که به منظور یکپارچه سازی و دسترسی سریع تر به کلیه مستندات اعتباربخشی و بهبود کیفیت تدوین شده است.

تمام مواردی که تا کنون ذکر شد اعم از:

✓ برنامه های استراتژیک (اهداف کلان)

✓ برنامه عملیاتی و پایش آن

✓ شاخص ها ، داده های شاخص و تحلیل آنها

✓ اقدامات اصلاحی ، برنامه بهبود کیفیت و پایش آن

✓ آزمون های ضمن خدمت

همگی در نرم افزار پدیده هوشمند ثبت می گردد.

شیوه ورود به برنامه پدیده هوشمند:



ورود کاربران

نرم افزار مدیریت بیمارستانی پدیده هوشمند

نام کاربری

رمز ورود

انصراف

ورود

راهنما

فعال سازی آموزش

مراحل اولین ورود به برنامه پدیده هوشمند :

۱. در کادر اول کد ملی درج نمایید.
۲. در کادر دوم کد ۱۱۱ ثبت نمایید.
۳. با انتخاب "ورود" در صفحه ای که جدید باز می شود "کد پرسنلی" خود را به عنوان رمز ورود جدید ثبت نمایید.
۴. در دفعات بعدی ورود به نرم افزار، در کادر اول کد ملی و در کادر دوم کد پرسنلی خود را درج نمایید.

نکته مهم

- ❖ در صورت فراموشی رمز می بایست در کادر مربوط به رمز عبور، کد ۱۱۱ را وارد نموده و رمز جدید را مجددا کد پرسنلی تعریف نمایید.
- ❖ هر کاربر فقط ۱ بار فرصت تغییر رمز عبور با کد ۱۱۱ را دارد و در صورت فراموشی آن، واحد بهبود کیفیت هیچ گونه مسئولیتی در قبال باز گردانی رمز عبور نخواهد داشت.

پرونده پرسنلی در نرم افزار پدیده هوشمند:

پرسنل جدیدالورود می بایست به منظور تشکیل پرونده پرسنلی در این نرم افزار به دبیرخانه مراجعه نموده و فرم مربوطه را تکمیل نماید . پس از تشکیل پرونده پرسنلی شخص می تواند نسبت به شرکت در آزمون های ضمن خدمت اقدام کند.

فرایند ها:

هر فعالیتی که منابعی را به خدمت گرفته و آن را در جهت تبدیل ورودی به خروجی مدیریت نماید به عنوان فرایند در نظر گرفته می شود.

یکی از انواع فرایندها، فرایندهای اصلی می باشند. فرایندهای اصلی فرایندهایی هستند که به طور مستقیم در راستا تحقق رسالت سازمان جاری می شوند.

فرایندهای اصلی بیمارستان امتیاز و فوریت های جراحی شهید رجایی از این قرار می باشد:

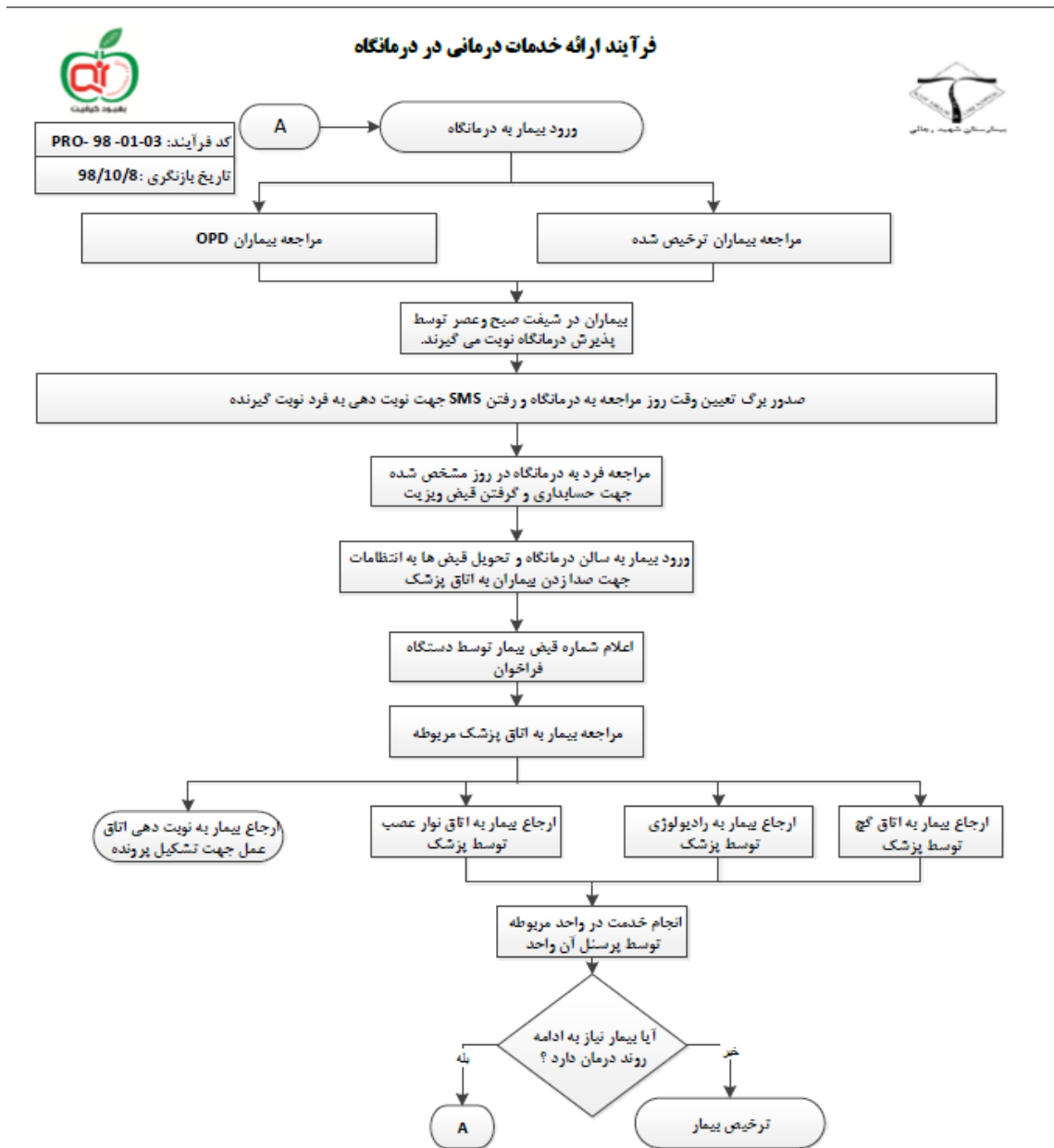
- ارائه خدمات درمانی در درمانگاه
- انجام اعمال جراحی
- پذیرش بیمار
- ترخیص
- پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه
- پذیرش و ارائه خدمت در بخش بستری
- تامین دارو خارج از سازمان
- ارائه خدمات در بخش تصویربرداری
- فرایند آموزش فراگیران
- ثبت درخواست آزمایش در پرونده بیمار

"اطلاع پرسنل از فرایندهای اصلی بیمارستان خود الزامی می باشد."

فلوچارت فرایند:

فلوچارت یا نمودار فرایند، نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند انجام می شود را به صورت شماتیک نشان می دهد.

در شکل زیر نمونه ای از فلوچارت یک فرایند را مشاهده می کنید:



علائم قراردادی ترسیم فلوجارت فرایند:

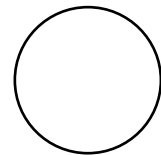
همان طور که گفته شد فلوجارت یا نمودار فرایند ، نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای

انجام کار درست انجام می شود را نشان می دهد

از طریق مشاهده فلوجارت می توان تصویری کلی از فرایند به دست آورد و فهمید که یک فرایند چگونه کار

می کند و مشکلات کیفیتی در کجا روی می دهد .

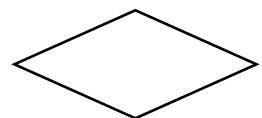
برای نشان دادن ابتدا و انتها فرایند



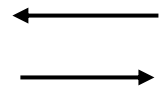
برای نشان دادن مراحل انجام یک فرایند



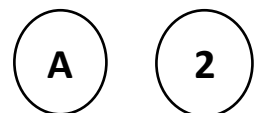
برای نشان دادن یک تصمیم گیری



برای نشان دادن مسیر انجام یک فرایند



برای نشان دادن ادامه فرایند در جای دیگر



شرح وظایف واحد بهبود کیفیت :

- تنظیم سند استراتژیک
- مدیریت تدوین و پیشرفت برنامه های عملیاتی و برنامه بهبود کیفیت
- مدیریت شاخص های بیمارستانی
- مدیریت تدوین فرایندها
- مدیریت کمیته های بیمارستانی
- اعتبار بخشی
- ایمنی بیمار و مدیریت خطا و خطر
- و ...

فرایند نظرسنجی بیماران و کارکنان:

نظرسنجی بیماران:

نظرسنجی از بیماران توسط شرکت طرف قرارداد و به عنوان یک فرد بی طرف انجام می شود یک کارشناس نظرسنجی مقیم در بیمارستان وجود دارد که به صورت روزانه و طبق برنامه ریزی مشخص و به صورت کاملاً تصادفی با بیماران کلیه بخش ها مصاحبه می نماید. کلیه نقل و قول های بیماران اعم از گلایه، شکایت، انتقاد، پیشنهاد یا تشکر از پرسنل به صورت روزانه به واحد بهبود کیفیت تحویل داده می شود و موارد مذکور به مسئولین بخش ها به صورت اتوماسیون بازخورد داده می شود.

علاوه بر آن آمار ماهیانه و فصلی نیز توسط شرکت ارائه می گردد و در جلسات تیم مدیریت اجرایی و جلسه نظرسنجی بیماران با حضور مسئولین بخش ها بررسی و آنالیز می شود و در راستای نتایج آن اقدامات اصلاحی مقتضی صورت می پذیرد.

نظرسنجی کارکنان:

نظرسنجی کارکنان به صورت هر ۶ ماه یکبار و توسط شرکت کاملاً بی طرف انجام می شود. جهت حفظ محرمانگی اطلاعات پرسنل، کلیه اوراق و فرم های نظرسنجی تکمیل شده فقط در دسترس شرکت طرف قرارداد می باشد و به هیچ عنوان مسئولین بیمارستان دسترسی به این فرم ها ندارند. بنابراین کلیه پرسنل با خیال آسوده می توانند نظرات خود را ثبت نمایند. نتایج نظرسنجی در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدامات لازم مصوب و اجرا می گردد. علاوه بر آن نتایج نظرسنجی هر بخش در جلسات کمیته پرسنلی همان بخش نیز مطرح می گردد.