

Risk Management & Patient Safty

مدیریت خطا

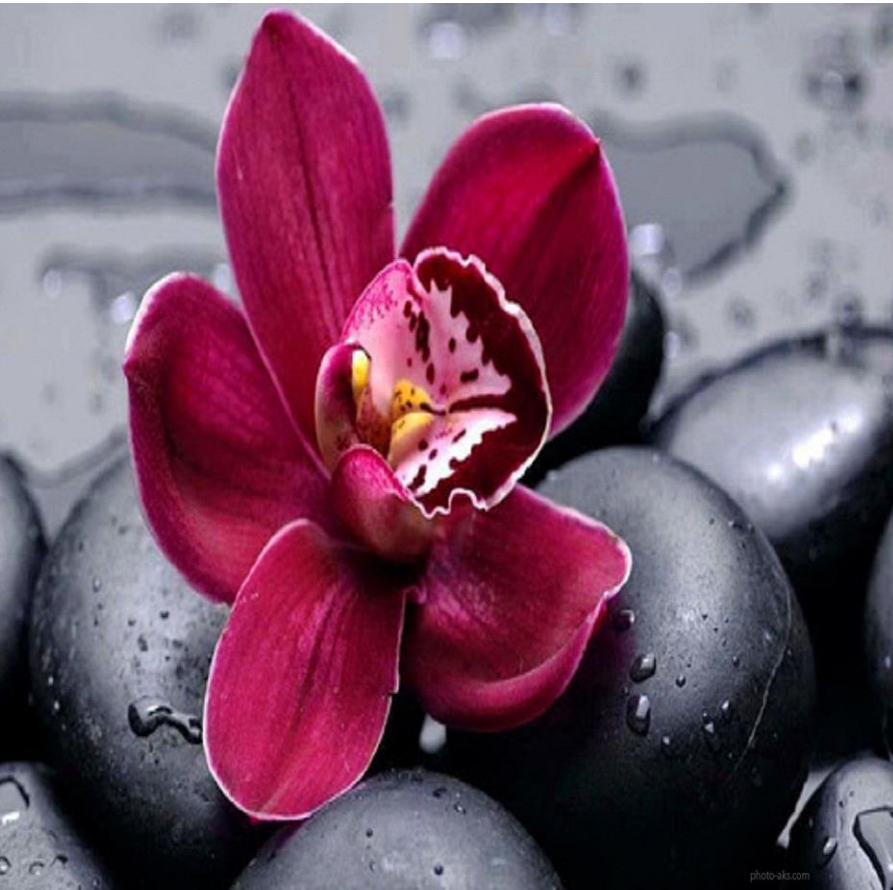
و

ایمنی بیمار

گردآورنده:

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی غلامین

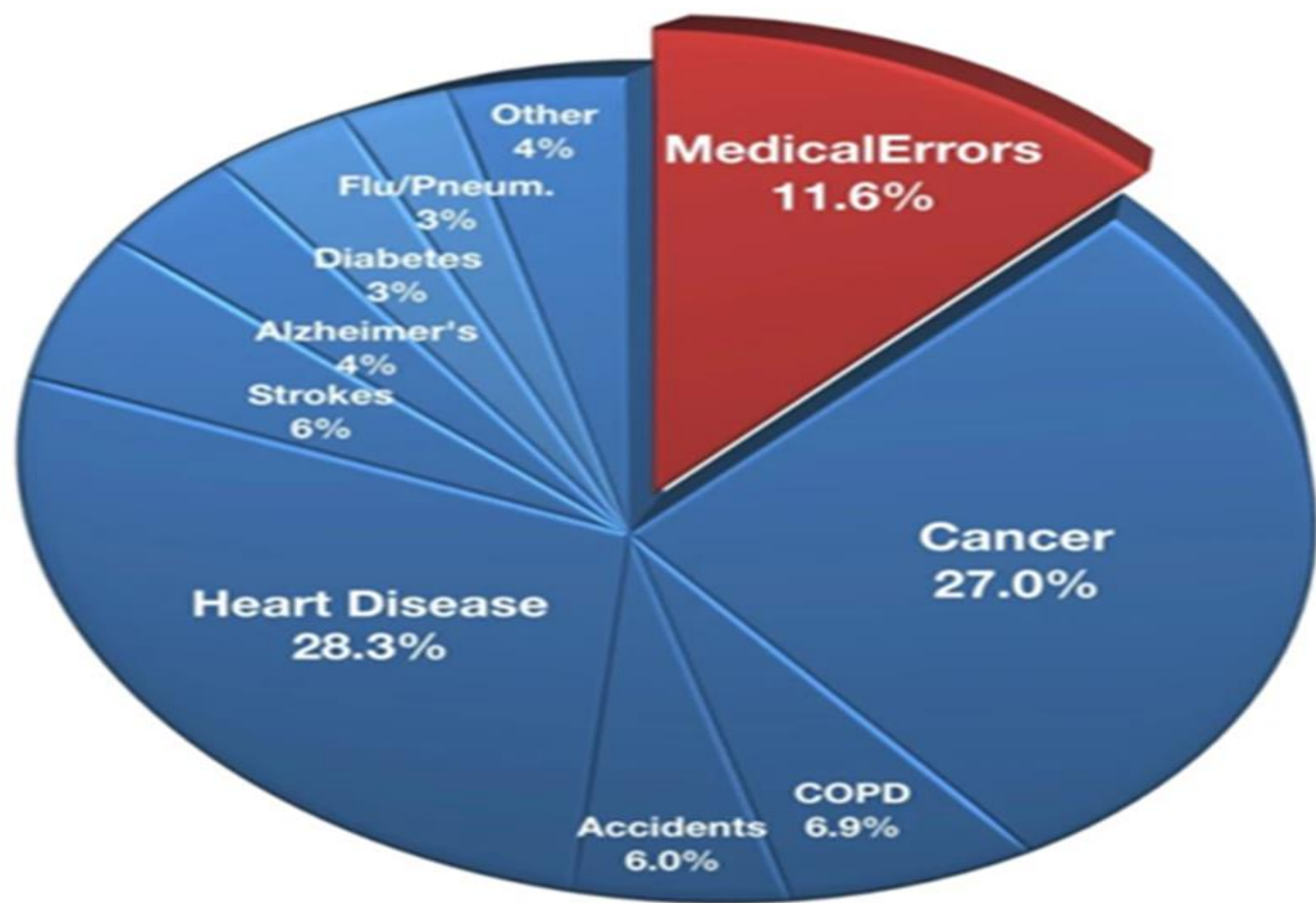
گروه هدف: کلیه ی پرسنل بالینی



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 ،متاثر می سازد.مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط در حدود **۱۰٪** از تمام موارد بستری بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و برآورد می گردد که تا **۷۵٪** از این خطاها قابل پیشگیری باشند.مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان ها هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند.در واقع چنین تخمین زده می شود که بین **۵٪** تا **۱۰٪** هزینه های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمنی می باشد که منجر به آسیب بیماران میگردد و در این میان سهم نارسائی **سیستم ها و روال ها** بیش از نقش افراد است



Top 10 Causes of U.S. Deaths (2013)



Sources: CDC and BMJ Publishing Group, Ltd (Johns Hopkins study)

پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی وسازمان های پیشرو در این خصوص
ایجاد نظام جامع سیستمیک مبنی بر **فرایند های ارتقای ایمنی بیمار**
جهت کاهش این عوارض و پاسخگوئی مناسب به افراد صدمه دیده می
باشد که از طریق استقرار **فرهنگ ایمنی بیمار** و ایجاد ساز و کارهای
مناسب سازمانی امکان پذیر می باشد.

این امر موجب کاهش هزینه ها،افزایش رضایتمندی در بین مشتریان
و ایجاد یک جامعه سالم خواهد گردید.

در واقع با ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار میتوان تعهد بلند مدت سازمان را
در جهت ارتقای کیفیت و بهبود ایمنی بیمار ایجاد نمود.

در یک محیط ایمن بالینی، سیستم هایی
وجود دارند که از خطا پیشگیری کرده و زمانیکه بالاجبار خطایی اتفاق
بیافتد تلاش می کنند که آسیبی به بیمار نرسد.



زمانیکه خطایی رخ می دهد، تمرکز مرسوم بر سرزنش فرد ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی سبب عدم توجه به **شرایطی** می گردد که در زمینه آنها خطای مربوطه رخ داده است چنین رویکردی سبب از دست رفتن فرصت یادگیری برای سازمان مربوطه در جهت ایمن تر کردن محیط خود می گردد خطاهای انسانی رانمی توان از واحدهای بالینی ریشه کن نمود لیکن می توان سیستم هایی را طراحی کرد که به افراد مختلف در راستای اجتناب از خطاکمک نموده و باعث کاهش تأثیرات زیان بار ناشی از خطا ها شد.



خطای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.
دیدگاه جامع نگریا دیدگاه سیستمی *System Approach
دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی *Person Approach

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر
متفاوتند:

نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا
نحوه مدیریت خطا

رویکرد فردی

*بطور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطاکار و سرزنش کردن وی است.

*رویکرد ساده ای ست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن فرد خطاکار کاملاً مشخص است.

*باتاکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است.

بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیماران تنها کسی که مواخذه می شود، پرسنار خواهد بود.

تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است.

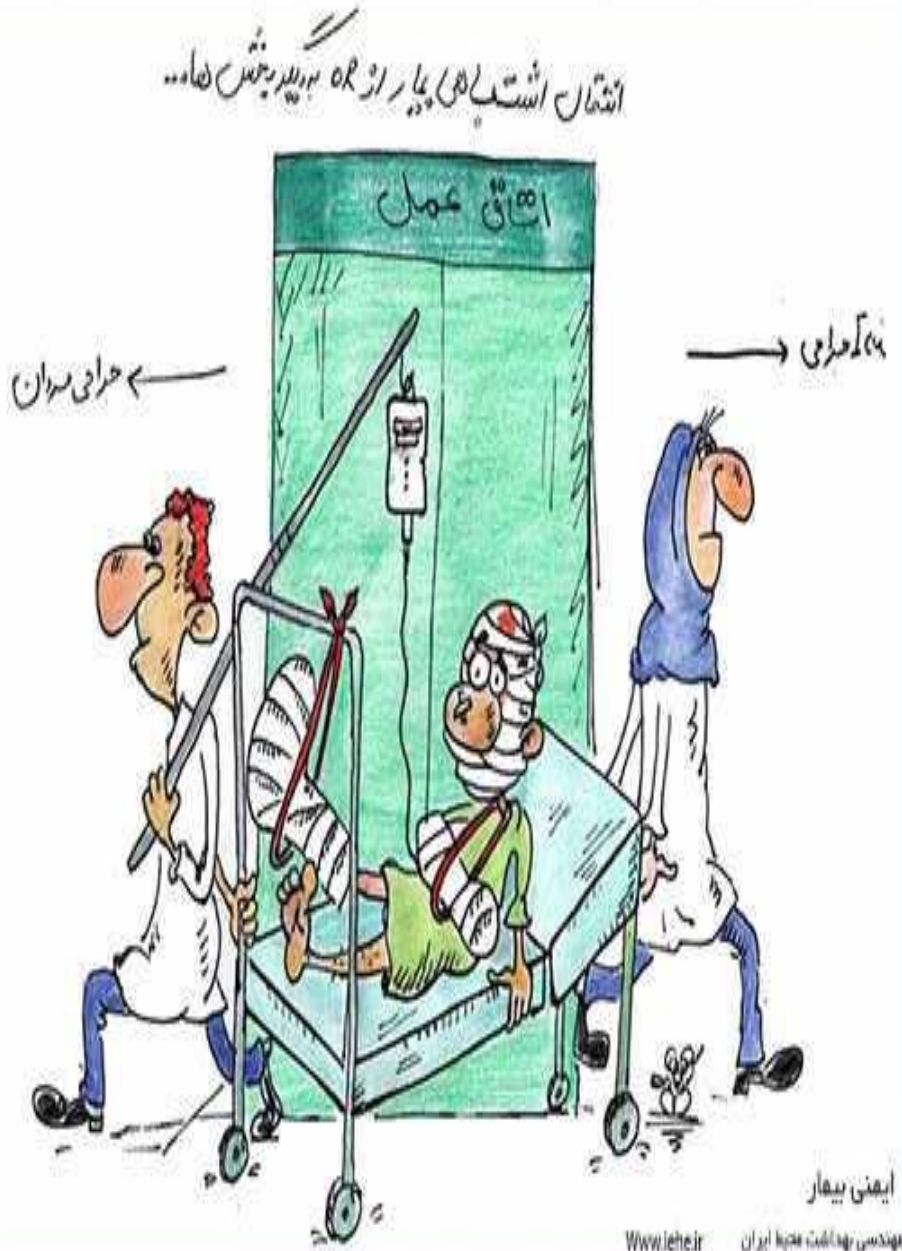
*برای بهبود عملکرد افراد از روش هایی مانند آموزش اجباری، هشدار، وضع قوانین و تعیین مجازات برای فرد خطاکار استفاده میشود.

رویکرد مبتنی بر سیستم

رویکرد مبتنی بر سیستم فرض می‌کند که همه افراد ممکن است مرتکب اشتباه شوند و این‌گونه در نظر می‌گیرد که بیشتر خطاها توسط سیستم‌های معیوب ایجاد می‌شوند و آنها هستند که افراد را به سمت ارتکاب خطا یا ناتوانی در پیشگیری از آن رهنمون می‌کند، البته این موضوع به این معنا نیست که افراد می‌توانند بی‌دقت باشند، بلکه هر فردی باید پاسخگوی اعمال خویش باشد.

بنابراین رویکرد مبتنی بر سیستم بر پایه توسعه و بهبود بسیاری از موانع، زنگ خطرها و تدابیر به منظور پیشگیری از رخداد خطا بنا شده است.

How to Get Out Of the Hospital Alive



مخاطره:

هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا زردست دادن تجهیزات دارایی سازمان شود.

ریسک:

احتمال مخاطره یا عواقب بد ، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب
شدت: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسیب به اموال ، و یا
دیگر موارد مضر که می تواند اتفاق بیفتد

مدیریت ریسک در حوزه سلامت

تعریف:

فرایند مدیریت خطر بالینی شامل طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک فرایند بالینی است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل میشود.

مدیریت خطر :

شناسایی ، بررسی ، تجزیه و تحلیل ، و ارزیابی خطرات
و

انتخاب با صرفه ترین روش :

تصحیح ، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

رویکرد های مدیریت خطر

(Proactive) “پیش گیرانه”

(Reactive) واکنشی

*آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است (واکنشی)

*جلوگیری از خطرات بالقوه که در خدماتی که مراکز درمانی ارائه می کنند تاثیر می گذارد (پیش گیرانه)

در مدیریت بالینی جدید تاکید بر روش پیشگیرانه است

۷ مرحله در فرایند مدیریت خطر

زمینه سازی

شناسایی خطر

تحلیل خطر

ارزیابی خطر

استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال خطر

بررسی و نظارت مداوم

ارتباطات موثر و مشاوره

چهار روش مدیریت ریسک

Terminate اجتناب از خطر

Treat به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر

Transfer انتقال خطر

Tolerate پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

چهار روش مدیریت ریسک

- اجتناب از خطر: حذف یا ادامه ندادن یک وظیفه یا فرایند
- کنترل ریسک و به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی آن:
 - کاهش احتمال وقوع ریسک
 - کاهش میزان اثرات پیامدهای وقوع ریسک
 - افزایش قابلیت شناسایی ریسک
- انتقال خطر: بیمه و برون سپاری خدمت
- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

اجتناب از ریسک:

محدود کردن دسترسی به داروهایی که درصد بالای پتاسیم دارند.

کنترل ریسک با کاهش احتمال وقوع آن

مشخص کردن داروهای غلیظی
که قبل از تزریق نیاز به رقیق
شدن دارند با استفاده از برچسب
ها و رنگ بندی

کنترل ریسک با کاهش اثرات منفی آن (در صورت وقوع)

اولویت دادن به انتخاب داروهای با غلظت پایین پتاسیم

Alert systems for Adverse Events. Patient records analysis. Sentinel alerts.

سیستم های هشدار دهنده وقوع رویدادهای ناگوار ، تحلیل و آنالیز پرونده های بیماران،

کنترل ریسک با افزایش توانایی ما برای شناسایی وقوع آن

بیمه

سطح ریسک قابل قبول، هزینه بالا/ منفعت کم، پروسیجرهای شناسایی ریسک دقیقی اجرا و به کار گرفته شده است.

انتقال ریسک پذیرش ریسک

تصویب و بکارگیری پروسیجرهای اضطراری، اطلاع رسانی در مورد این برنامه ها ، مشخص کردن وظائف و مسئولیتها

برنامه های مقابله با حوادث غیر مترقبه
contingency plan

کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم؟

تجارب قبلی

افراد با تجربه در سازمان

اسناد و مدارک ، گزارش ها ، پروتکل ها ، روش های اجرایی، برنامه ها ، آموزش ،...

بازرسی ، ممیزی داخلی ، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات...

مصاحبه ها ، نظرسنجی ها ،...

انواع خطاها

براساس نظریه : reason James

خطاها به دو دسته تقسیم میشوند:

خطاهای اجرایی

خطاهای برنامه ریزی و طراحی

خطای مرحله برنامه ریزی planning error

این دسته از خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیتهای مرتبط با بیمار رخ
وزمانی خود را نمایان می سازد که پیامدهای نامطلوبی برای بیمار ایجاد
کند.

این دسته خطاها به علت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان درخصوص
وضعیت بیمار و روشهای درمان و تجویز دارو میباشد.

استراتژی کاهش خطاهای مرحله برنامه ریزی

انجام پژوهش، تحقیق و مطالعه
انجام رویه های پزشکی مبتنی بر شواهد بالینی
تدوین برنامه های مراقبتی اثر بخش

Error Execution خطای مرحله اجرا:

این نوع خطاها به صورت غیر عمد و در حین انجام فعالیتهای بالینی و در زمان

برقراری ارتباط بین بیمار و ارائه کننده مراقبت رخ میدهد. خطاهای اجرایی ممکن است به علت:
slip یا lapse باشد.

در طی انجام روتین وظایف خطا ایجاد میشود خطای slip: خطای زمانی اتفاق می افتد که از یک گایدالین پیروی نمیشود: lapse

طبقه بندی دیگری که برای انواع خطاها میتوان ذکر کرد

خطای فعال: این نوع خطاها در مواجهه با بیمار و توسط ارائه کننده خدمت اتفاق می افتد افراد از این خطاها آگاهی بیشتری دارند.

خطای مخفی: این نوع خطا در نتیجه یک سری فاکتورهای سازمانی یا ▪
مدیریتی است که ممکن است سالها مخفی بماند و تحت شرایط مقتضی به
خطای فعال تبدیل شود.

RCA تحلیل علل ریشه ای چیست ؟

فرآیند تجسسی - RCA بخشی از فرآیند بهبود ایمنی و کیفیت است .
RCA فرایند تجسسی و پرسشی است.
RCA به یادگیری و رشد سازمان کمک میکند

تعریف جامع تحلیل علل ریشه ای ▪
تحلیل علل ریشه ای فرآیند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت واقعی یک مسئله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت (علل) می باشد .
هدف اصلی از تحلیل ریشه ای چیست ؟
هدف اصلی یادگیری از ریسک ها و رویدادهای ناگوار با هدف حذف یا کاهش میزان احتمال یا شدت پیامد بروز آنها در آینده است.
روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش
گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها
پردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند
▪ همچنین می تواند در تحلیل رویداد های “نزدیک به وقوع
Near misses” مورد استفاده قرار گیرد.

هدف از تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

به منظور آگاهی از اینکه :

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاد است؟

چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود

تمرکز بر فرایند و سیستم ها به جای عملکرد فرد ▪

۹ راه حل ایمنی بیمار

۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

Look-alike, sound-alike medication names

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا.
patient identification

۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار.
communication during patient hand-overs

۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار -
performance of correct procedure at correct
body site





۹ راه حل ایمنی بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

control of concentrated electrolyte solutions

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات.

assuring medication accuracy at transitions in care

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها.

avoiding catheter and tubing misconnections

۸- استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات

single use of injection devices

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

improved hand hygiene to prevent health care

توجه به داروها با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

توجه در نوشتار در دستورات پزشکی
در درخواست از داروخانه بیمارستان
در گزارشات پرستاری
توجه در گفتار در دستورات شفاهی پزشکی
در تحویل بیماران
توجه در شنیدار در شرح حال بیمار



توجه به مشخصات فردی و شناسایی صحیح بیمار

شناسایی بیمار می بایست مبتنی بر مشخصات فردی هر بیمار باشد

توجه به بیماران هم نام

تعریف هم زمان چند آیتم شناسایی که خطر را کمتر کند

توجه به شناسایی بیماران با سطح هوشیاری پایین

توجه به شناسایی بیمار آ آسیب پذیر

توجه به شناسایی کودکان بیمار

۹ راه حل ایمنی بیمار

باشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
بیمارستان شهید بهشتی تهران

1- توجه به داده های نام و نام خانوادگی جهت جلوگیری از خطای دارویی

2- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

3- استفاده صحیح از وسایل اندازه گیری

4- انجام پروسیجر تشخیص در محل تشخیصی از بدن بیمار

5- کنترل علائم حیاتی های الکترولیت

6- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل تشخیصی از وقت تشخیص

7- اطمینان از اتصال بازرسی سوند و لوله ها

8- استفاده صحیح از وسایل اندازه گیری

9- جلوگیری از دست بردن های جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های بهداشتی

SEE YOUR HANDS
HAND-HOLDING SAFETY
SAFE SURGICAL CARE

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

- * برقراری ارتباط موثر با بیمار در شناسایی نواقص سیستم بیمار کمک کننده میباشد و توجه فوری به نیازهای اولیه بیمار به پیشرفت درمان و مراقبت از بیمار کمک شایانی میکند.
- * بطور مثال در بیماران پلی فارمسی به دلیل دقت بالای بیماران در مصرف طولانی مدت داروها توجه به حرف بیمار در مورد نحوه و میزان مصرف داروها از وقوع خطاهای دارویی پیشگیری میکند
- * شناختن بیمار توسط پرستار مسئول حتی اگر بیمار در تخت نادرست حضور داشته باشد از اجرای دارو و انجام پروسیجر اشتباه پیشگیری میکند.



انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

سالانه حدود ۲۳۴ میلیون جراحی در جهان انجام می شود

سالانه حدود یک میلیون مرگ و هفده میلیون عوارض ناتوان کننده نتیجه این تعداد جراحی است .

پس

ایمنی جراحی یک دغدغه
جهانی است



مدیریت دارو درمانی بیمار



۹ راه حل ایمنی بیمار

باشگاه علوم رستنی و خدمات بهداشتی رستنی کلان
بیمارستان شهید بهشتی تهران




۱- پوشیدن ماسک و عینک و دستکش و کلاه و پوشیدن لباس محافظ در هنگام مراقبت از بیمار



۲- استفاده غیر قابل بازگشت از وسایل تیز و غلبه بر وسایل تیز



۳- استفاده از وسایل یکبار مصرف و دور کردن وسایل تیز از دست بیمار



۴- استفاده از وسایل یکبار مصرف و دور کردن وسایل تیز از دست بیمار

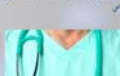
۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶- تعیین آزار صحت دارو درمانی در هر لحظه

۷- تعیین آزار صحت دارو درمانی در هر لحظه

۸- تعیین آزار صحت دارو درمانی در هر لحظه

۹- پوشیدن ماسک و عینک و دستکش و کلاه و پوشیدن لباس محافظ در هنگام مراقبت از بیمار



۱۰- پوشیدن ماسک و عینک و دستکش و کلاه و پوشیدن لباس محافظ در هنگام مراقبت از بیمار



۱۱- پوشیدن ماسک و عینک و دستکش و کلاه و پوشیدن لباس محافظ در هنگام مراقبت از بیمار



۱۲- پوشیدن ماسک و عینک و دستکش و کلاه و پوشیدن لباس محافظ در هنگام مراقبت از بیمار



استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات (وسایل یکبار مصرف)

سالانه حدود ۱۶ بلیون تزریق در کشورهای در حال توسعه تجویز می شود

میزان تزریقات غیرایمن از ۱۵٪ در اروپای شرقی تا ۵۰٪ در آسیا متفاوت است تقریباً به ازای هر نفر ۳ تا ۴ تزریق در سال

▪ مفهوم تزریق ایمن :
تزریقی که در طی آن به بیمار آسیب نرسد
تزریقی که در طی آن به ارائه کننده خدمت آسیب نرسد
تزریقی که پسماند آن به محیط زیست آسیب نرساند



بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبتهای سلامتی

در سال ۲۰۰۴ اتحادیه جهانی ایمنی بیمار تشکیل شد و به
عنوان اولین
چالش و اولین شعار

Clean care is safe care

در هر مقطع از زمان ۴.۱ میلیون نفر از عفونت های مکتسبه از
ارائه

خدمات بهداشتی و درمانی رنج می برند
میران عفونت در کشورها و بیمارستانهای مدرن ۱۰-۵٪ است
که این

میزان در کشورهای در حال توسعه ۲۰-۲ برابر است



کنترل غلظت محلول های الکترولیتی اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

*کنترل دوپرستار در تمامی مراحل آماده سازی و تزریق
داروهای با غلظت بالا

*چرخش دوره ای محل داروها در تریتمنت و انبار های دارویی

*جداسازی و مشخص نمودن با برچسب های هشدار

*توجه به تاریخ تمامی اتصالات بیمار

*توجه به صحت کارکرد تمامی

اتصالات (شالدون، سوند فولی، درن، سوند معده، لوله تراشه....)



دو چالش مهم سازمان بهداشت جهانی در مقابل ایمنی بیمار

*** عفونتهای مکتسبه**
*** انجام جراحی غیر ایمن**



چک لیست جراحی ایمن

این چک لیست به بررسی ۱۰ نکته برای تضمین ایمنی جراحی می پردازد:

۱. بیمار درست، محل درست عمل، عمل جراحی درست

۲. امنیت بیهوشی (داروهای بیهوشی)

۳. ایمن بودن عملکرد تنفسی و راههای بیهوشی

۴. تمهید جبران خون از دست رفته

۵. عوارض ناخواسته یا آلرژیک داروئی

۶. جلوگیری از عفونت محل عمل جراحی

۷. ممانعت از جابجایی سبوی لوازم جراحی و گازها در محل عمل

۸. آماده سازی جهت تحویل صحیح نمونه عمل بیمار به آزمایشگاه

۹. برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم

۱۰. برقراری نظام مراقبت برای اتاق عمل و برنامه جراحی ایمن



NHS Seven Steps to Patient Safety

هفت گام
به سوی
ایمنی بیمار

Step 1 Build a safety culture

ایجاد فرهنگ و بستر سازی
بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی
بیمار فراهم کنید



Step 2 Lead and support your staff

کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید
بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار
تاکید و تمرکز کنید



عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید
برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد
کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.



Step 4 Promote reporting

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

۹ راه حل ایمنی بیمار
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
بیمارستان شهید بهشتی، تهران

۱- آموزش در زمینه های لازم و اطلاع صحیح جهت جلوگیری از
خطای دارویی

۲- ارتباط موثر در زمان تعامل بیمار

۳- انجام پروسیجر صحیح در محل مشخصی از بدن بیمار

۴- استفاده صحیح از وسایل پزشکی

۵- کنترل عفونت ها و اختلالات

۶- اطمینان از صحت داده های درمانی در مراحل
تشخیصی و درمانی

۷- اطمینان از اصلاح رفتار و سبک زندگی

۸- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از
انتقال میکروب ها

۹- توجه به تشخیصات فرایندی بیمار جهت جلوگیری از
خطا

SEE YOUR HANDS
SAFER PATIENT CARE

Step 6 Learn and share safety lessons

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



Step 7 Implement solutions to prevent harm

راه حل‌هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید
درس‌هایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم
نهادینه و عملی سازید.



چهار خصوصیت عمده فرهنگ امینی مطلوب عبارتند از

امنیت روانی

مدیریت

شفافیت

انصاف

۹ راه حل امنی بیمار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
بیمارستان شهید بهشتی، بیمار آری

۱- نوسازی داروهای بیمار و نظارت بر مصرف داروهای بیمار

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳- کنترل عفونت محل زخم های الکتریک

۴- فلانسی از صحت دارو درمانی در مراحل ابتدای ارائه خدمات

۵- احداث از اصلاحات بازرسی و نظارت و تکرارها

۶- استفاده صرفاً از شماره از وسایل در رفاقت

۷- انجام بررسیهای صحیح در محل مشخصی از بدن بیمار

۸- محدود نگهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

۹- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

SEE YOUR HANDS
SAFER PATIENT CARE
SAFE SURGICAL CARE

شاخص های ایمنی بیمار

شاخص های ایمنی کشور ما که بر گرفته از شاخص های تدوین شده آژانس تحقیقات سلامت و کیفیت امریکا است عبارتند از

- ۱- سقوط بیمار
- ۲- عفونت های مکتسبه
- ۳- زخم بستر (زخم فشاری)
- ۴- عوارض بیهوشی
- ۵- عوارض انتقال خون
- ۶- باز شدن زخم بعد از عمل جراحی
- ۷- خونریزی یا هماتوم بعد از عمل
- ۸- آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی
- ۹- مرگ به دنبال زایمان
- ۱۰- عفونت محل عمل جراحی
- ۱۱- مرگ به دنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر
- ۱۲- ترومای زایمانی
- ۱۳- ترومای به نوزاد
- ۱۴- پارگی یا بریدگی اتفاقی
- ۱۵- جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی



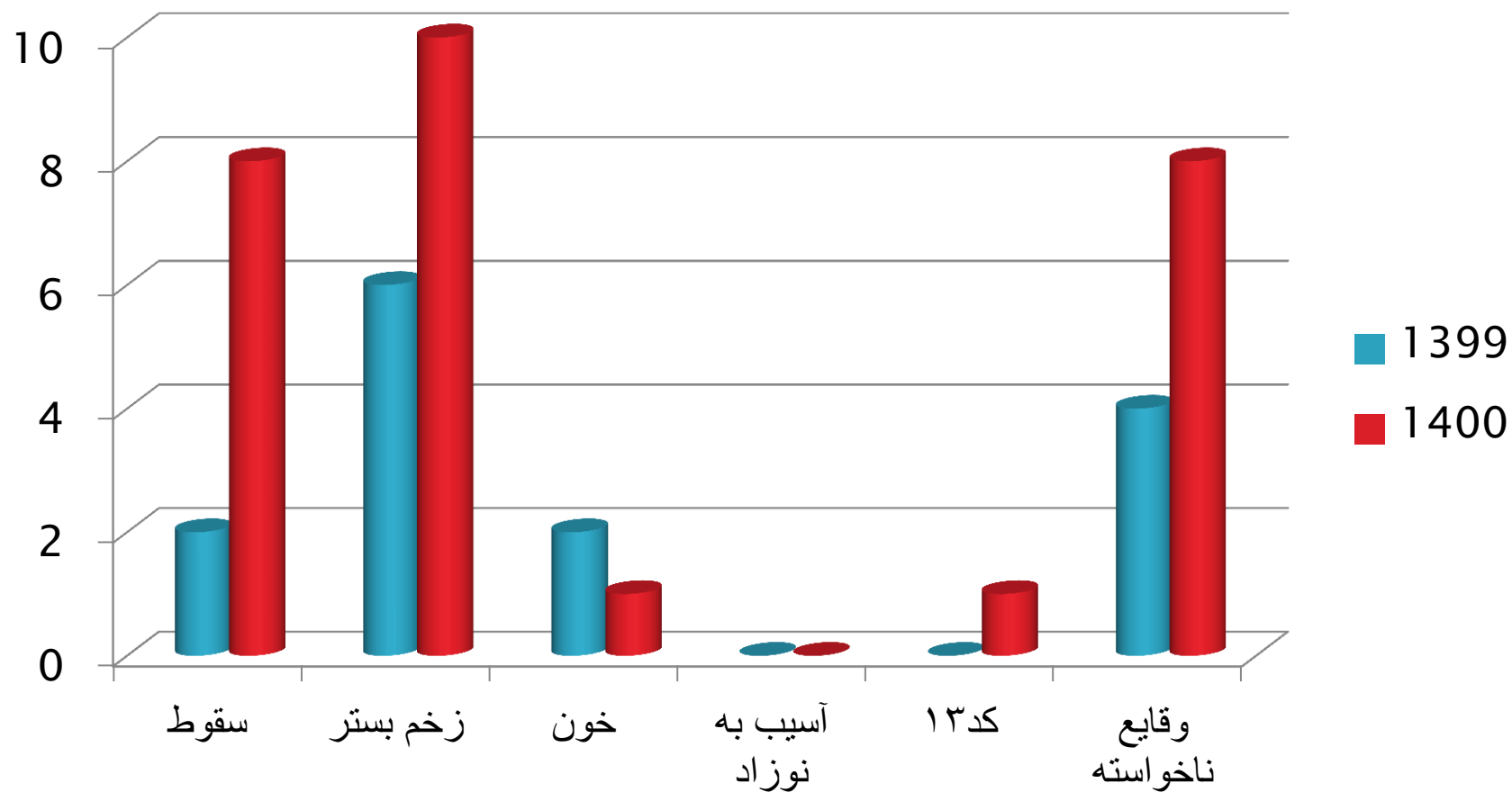
همکاران توجه داشته باشید عدم گزارش خطا دلیل کارکرد مناسب آن نیست بلکه خیلی از خطاها که در ابتدا قابلیت پیشگیری داشته اند شناسایی نشده و چه بسا تبدیل به خطاهای جبران ناپذیری میگردند. از جمله خطاهای ۲۸ گانه.

در صورت بروز خطاهای ۲۸ گانه اقدام صحیح چیست؟





NEVER EVENT



موارد ۲۸ گانه Never event

- کد ۱.** انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- کد ۲.** انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- کد ۳.** انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
- کد ۴.** جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس .. در بدن
- کد ۵.** مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی امریکا)
- کد ۶.** تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
- کد ۷.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد ۸.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاههای آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- کد ۹.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
- کد ۱۰.** ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱.** مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...)
- کد ۱۲.** خود کشی یا اقدام به خود کشی در مرکز درمانی
- کد ۱۳.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو....
- کد ۱۴.** مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- کد ۱۵.** کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین
- کد ۱۶.** مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷.** بروز زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸.** کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی...)
- کد ۲۰.** مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- کد ۲۱.** حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر...)
- کد ۲۲.** سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- کد ۲۳.** موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...)
- کد ۲۴.** سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابه جایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله....)
- کد ۲۵.** موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶.** هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار
- کد ۲۷.** ربودن بیمار
- کد ۲۸.** اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

به محض اطلاع از بروز هر کدام از موارد فوق ضروری است بلافاصله در شیفت صبح با داخلی ۵۲۱ و در شیفت عصر و شب با کارشناس

همانگ کننده ایمنی تماس حاصل نمایید.

اطلاع به مسئول شیف/سوپر وایزر/سرپرستار
(اطلاع به مسئول ایمنی توسط سوپر وایزر کشیک) (آنکال وقایع ناخواسته
پیامک به معاونت درمان توسط سوپر وایزر کشیک
تکمیل فرم مخصوص توسط واحد مربوطه و تحویل به کارشناس
هماهنگ کننده ایمنی
ارسال فرم به معاونت
تحلیل ریشه ای ظرف مدت ۷۲ ساعت و ارسال به معاونت
بصورت سناریو جهت رویت پرسنل به اشتراک گذاری تحلیل ریشه ای
وپیشگیری از بروز آن



چیست؟ **Near Miss** خطای

خطایی است که بالقوه استعداد رخ دادن دارد ولی به دلایلی مانند خوش شانسی و ... رخ نمیدهد اگر تعداد رخ داد این خطا بالا باشد و تحلیل ریشه ای و بررسی وقوع آن صورت نگیرد خطر رخ دادن خطای مرگبار را دارد بنابراین اهمیت گزارش این خطا ها نیز بسیار بالا میباشد

مثال: پرستار جهت تزریق دارو بر بالین بیمار حاضر شده دارو را کشیده ولی قبل تزریق متوجه اشتباه شباهت در ظاهر دارو میشود و تزریق انجام نمیگیرد





توصیه هایی برای ارتقاء ایمنی بیمار
از پروتکل های مکتوب ایمنی استفاده کنید
در مواقعی که احساس نگرانی از احتمال بروز خطا دارید دغدغه خود
را پیدا کنید بصورت شفاف ارتباط برقرار نمایید
خودتان بی احتیاطی نکنید و نگذارید دیگران هم بی احتیاطی کنند
مواظب ایمنی خودتان باشید

۹ راه حل ایمنی بیمار
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
بیمارستان شهید بهشتی سبز ارانی

۱- موجودیت لازمه های دارم و بافتن عفونت حاد و گوارشی در
جراحی دارم

۲- از زمانیکه بیمار در زمان عمل بیمار
۳- انجام پروسیجر صحیح در عمل تشخیصی از بدن بیمار

۴- استفاده صرفا انگشت به از وسایل در برفات

۵- کنترل عفونت متداول های الکتریکل
۶- افزایش از صحت دارو فرم های در مراحل
شفا و ارفاد خدمات

۷- احصای از اشیاء باقی مانده و پاک ها

۸- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از
عفونت مریدان تا برکت های سانس

۹- توجه به مستندات فردی بیمار جهت جلوگیری از
خطا

SEE YOUR HANDS
SAFE SURGICAL CARE

۹ راه حل ایمنی بیمار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
بیمارستان شهید بهشتی بندر انزلی



۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی



۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا



۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیحی از بدن بیمار



۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات



۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



سقوط بیمار

گرد آورنده: کارشناس پرستاری افروز نبی زاده



تعریف سقوط بر اساس نظر آگوستینی بیکر و بوگاردوس در بیماران بستری حاد مزمن در صورتی که ناشی از سنکوپ یا نیروی شدید خارجی نباشد به عنوان دراز کشیدن یا استراحت غیر عمدی بروی کف زمین یا سطح پایین تر میباشد. که در بیماران بالای ۶۵ سال شایع میباشد و سالانه منجر به مرگ ۱۴مورد از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت میشود.

طی ۵۰ سال گذشته پیشگیری از سقوط در بخش بستری بیمارستانی یکی از مهمترین دغدغه ها و اندازه گیری سقوط و آسیب های مرتبط به آن از مهمترین شاخص های ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری بوده است.

از آنجا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد
آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جزاءاتفاقات ناخواسته ای
قلمداد میشوند که هرگز نباید رخ دهند.
(neveroccur)

تشخیص بین عوامل خطر داخلی و خارجی شناسایی استراتژی های موثر در پیشگیری از سقوط را تسهیل می نماید. عوامل داخلی مجموعه عواملی هستند که دارای منشأ **فیزیولوژیک** بوده و عوامل خارجی **علل محیطی** یا **سایر مخاطرات** را دارند.

عوامل خطر را در بخش بستری حاد و مزمن:

عوامل خطر زای داخلی:

سقوط قبلی

اختلالات بینایی

قامت لرزان: نوع راه رفتن

معلولیت ها همراه و وضعیت مختل عملکردی از مهمترین عوامل خطر زادر بخش بستری حاد میباشد.

مشکلات سیستم عضلانی اسکلتی مثل آتروفی - استئوپورز

سر گیجه

بیماری های حاد مثل سکتة سنکوپ تشنج

بیماری های مزمن مثل دمانس پارکینسون کاتاراکت

بیماران سالمند - بیمار بستری در بخش انکولوژی - توانبخشی

جنسیت مونث عامل خطر زای بسیار قوی در مورد سقوط است بخصوص در ۳



عوامل خطر زای خارجی :

- مصرف داروهای موثر بر سیستم عصبی مرکزی مانند آرام بخشها - مسکن ها- خواب آورها و شل کننده ها
- فقدان ریل های کمکی در توالی و دستشویی
- طراحی اسباب و اثاثیه اتاق و بخش ها
- شرایط زمین (کفپوش های کنده شده و فرش و سطوح لغزنده
- عدم کفایت نور محیط
- نوع کفش : کفش تنگ و بی حفاظ
- استفاده نامطلوب از وسایل
- عدم کفایت وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر و عصا
- پایین بودن نسبت تعداد کمک پرستاران به بیماران

با نگرشی دیگر سقوط ها به سقوط تصادفی - سقوط های غیر قابل پیش بینی فیزیولوژیک هنگامی که علت فیزیکی سقوط از عوامل خطرزای شناخته شده نمی باشد و سقوط قابل پیش بینی در آن دسته از بیمارانی رخ میدهد که بر اساس معیار های ارزیابی خطر سقوط نمره دهی شده اند.

بر اساس آمار مورس **۷۸ درصد** سقوط ها سقوط های فیزیولوژیک قابل پیش بینی - **۱۴ درصد** سقوط ها در بیمارستان سقوط های تصادفی و **۸ درصد** موارد سقوط های فیزیولوژیک غیر قابل پیش بینی میباشند.



مداخلات پیشگیری کننده از سقوط

بررسی احتمال سقوط از معیار مورس اگر عدد به دست آمده بین ۰-۲۵ باشد احتمال سقوط کم اگر بین ۲۵-۴۵ متوسط و اگر از ۴۵ بیشتر باشد احتمال سقوط بالا و نیاز به مداخله پیشگیرانه دارد

تمام بیماران بالای ۶۵ سال در بدو پذیرش و در راندهای روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی شوند.

ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری حداقل یک بار در روز و هنگام تغییر شرایط صورت گیرد.

بالا بودن همیشگی نرده کنار تخت

مناسب بودن نور محیط و روشن نگهداشتن نسبی محیط در شیفت های شب

ایمن سازی محیط و آموزش خطرات موجود در بخش در بدو ورود به بیمار و همراهان

حضور همیشگی همراه **موثر**

برداشتن موانع موجود در راهرو بخش و اتاق بیمار

در دسترس قرار دادن وسایل کمک حرکتی جهت بیمار

تنظیم ارتفاع تخت و گذاشتن پله کنار تخت

اطمینان از بالا بودن نرده برانکارد در جا به جایی برانکارد

بررسی دمپایی بیمار و مناسب بودن اندازه آن





راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار



بالا نگهداشتن
حفاظ تخت بیمار

مناسب بودن
ارتفاع تخت

فشردن زنگ
احضار پرستاری

توجه به موانع



استفاده از
حفاظ تخت

استفاده از عصا

استاده از واکر

استفاده از دمپایی
و کفش مناسب

سناریو اسقوط

بیمار کودک ۱ ساله در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۰ با تشخیص کroup مراجعه و بستری گردید در تاریخ یازدهم فروردین ساعت ۶ صبح در حالی کودک در تخت بود و مادر از کنار تخت فاصله داشت کودک غلط زده و از تخت سقوط میکند.

علل ریشه ای بروز حادثه:

- *نقص در آموزش موثر به مادر کودک در مورد اهمیت خطر سقوط
- *نقص در بررسی متناوب بد ساید تخت ها
- *همزمانی پذیرش نوزاد و انجام امور بالینی بیمار دیگر
- *بی توجهی مادر و همراه دیگر در مراقبت از کودک
- *بی توجهی مادر به آموزش های داده شده در مورد اهمیت بالا بودن نرده تخت
- *خواهیدن مادر و همراه دیگر و عدم مراقبت مستمر از کودک

سناریو ۲ خطای مربوط به تزریق خون

به مرکز مراجعه و در سرویس HT بیمار آقای ۳۷ ساله به نام الف-ق در تاریخ ۱۰ اردیبهشت با تشخیص نروسرجربستری گردید.

بستری CU اقدامات درمانی دستور و انجام شد مشاوره بیهوشی درخواست و انجام گردید بیمار در بخش شد و اقدامات درمانی در حال انجام بود در تاریخ ۱۵ اردیبهشت نروسرجر در خواست رزرو ۱ واحد خون نمود.

گردید که در ساعت CU در تاریخ ۱۶ اردیبهشت درخواست تلفنی یک واحد کیسه خون توسط پرسنل ۱۳.۳۰ توسط مسئول بانک خون کیسه خون به الف-ق تحویل خدمات گردید.

خون به بخش آورده و آماده جهت تزریق گردید در حین آماده سازی کیسه خون طبق گفته پرسنل متوجه این نکته میشوند که خون مورد نیاز جهت بیمار ع-ن بوده حال آنکه خون تحویلی به بخش به نام الف-ق بوده و خون به بیمار ع-ن تزریق نمیشود.

مجددا جهت بیمار ع-ن درخواست شده و جهت بیمار خون مورد نیاز تزریق میشود.

خون ارسالی اول با برگه نظارت در حالیکه رقیق شده بوده به آزمایشگاه عودت داده شده و خون به دلیل رقیق شدن پرت میشود

علل ریشه ای پس از بررسی توسط اعضاء حاضر:

*تاخیر در تحویل کیسه خون و شناسایی صحیح کیسه خون به دلیل تحویل بین شیفت

*عدم اجرای پروتکل هموویژیلانس

*عدم انجام گرفتن رضایت آگاهانه از همراه جهت تزریق خون بیمار

*بی توجهی به پروتکل هموویژیلانس توسط پرستار و تایید توسط ۲ پرستار

*عدم ثبت تحویل خون بیمار در دفتر آزمایش توسط پرسنل آزمایشگاه

*عدم رعایت دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار در پروسیجر تهاجمی تزریق خون

سناریو ۳ سقوط

بیمار خانم ۸۸ ساله در تاریخ ۱۶ خرداد ۱۴۰۰ در حال انتقال از بخش دیالیز به بخش زنان جلوی در آسانسور در حال هول دادن داخل آسانسور توسط راننده آمبولانس، تخت از محل شکن برانکارد تا شده و بیمار از ناحیه سر، لیز خورده و به دلیل سنگین وزن بودن در حال سقوط بوده که بلافاصله شکن چرخ عقب فعال و بیمار با تخت روی زمین نشست و بلافاصله با کمک همراه و راننده بیمار روی برانکارد منتقل گردید.

علل ریشه ای:

- * نقص در آموزش پرسنل جدید آمبولانس در مورد ایمنی بیمار توسط مسئول نقلیه
- * عدم آگاهی راننده به اهمیت انتقال ایمن
- * عدم کنترل شرایط غیر قابل پیش بینی توسط راننده به دلیل تازه کار بودن
- * چک نکردن شاسی برانکارد قبل از جا به جایی
- * عدم چک دوره ای منظم آمبولانس توسط مسئول نقلیه
- * دخالت همراهان بیمار در جا به جایی و دست و پا گیر بودن
- * وزن بالای بیمار
- * وجود برجستگی کف در قسمت ورودی در آسانسور
- * مستهلک بودن برانکارد آمبولانس
- * فقدان وجود کمر بند ایمنی در برانکارد آمبولانس
- * عدم آشنایی راننده جدید با قلق چرخ برانکارد و احتمال تا شدن برانکارد به دلیل نداشتن تجربه

سناریو ۴ سقوط

بیمار آقای ۴۹ ساله با تشخیص درد شکم به مرکز مراجعه و بستری میشود در تاریخ ۱۴۰۰/۳/۳۰ بیمار جهت رفتن به سرویس بهداشتی دچار تشنج شده و سقوط میکند .

علل ریشه ای رخداد:

نقص در ارزیابی اولیه توسط پرستار

نقص در دادن شرح حال توسط خمره به پرسنل

نقص در آموزش موثر به همراه و حضور مداوم بر یالین بیمار توسط همراه

سناریو ۵ انجام سی تی اسکن در بیمار اشتباه

بیمار آقای ۵۰ ساله در تیر ۱۴۰۰ جهت انجام سی تی اسکن به واحد رادیولوژی توسط خدمات منتقل میشود سی تی مربوطه انجام شده و بیمار به بخش برمیگردد که پرستار متوجه شده سی تی جهت بیمار اشتباه انجام شده است.

علل ریشه ای رخداد:

عدم توجه پرستار مسئول بیمار به اقدامات بیمارش طی شیفت
عدم توجه به شناسایی بیمار حین انتقال به واحد رادیولوژی
عدم اجرای اصولی پروتکل شناسایی بیمار در واحد رادیولوژی و
مشخصات مندرج روی دستبند شناسایی بیمار

سناریو ۶ تزریق دارو با دوز اشتباه به کودک

بیمار دختر ۲ ساله در تاریخ ۳ خرداد ۱۴۰۰ ساعت ۲۰.۱۰ با شکایت بریدگی انگشت در ناحیه بولب و بند ۳ با درگیری بستر ناخن توسط والدین به مرکز آورده و بستری گردید بیمار بلافاصله توسط متخصص طب ویزیت گردید کودک در حین بستری ب هوشیار و بقرار است محل زخم شستشو شد گرافی انجام شد و به رویت متخصص طب رسیده شد.

طبق دستور ایشان دستور تزریق ۱ میلی گرم کتامین داده شد که توسط پرستار مسئول بیمار ۸ میلی گرم کتامین بصورت مستقیم بدون حضور پزشک و پرستار شاهد تزریق گردید و سطح هوشیاری کودک کاهش یافته و خواب آلوده شد. بلافاصله اقدامات: اصلاح پوزیشن، ساکشن ترشحات، اکسیژن تراپی با ماسک رزروال انجام گردید ایلروی گذاشته شد در ساعت ۱۵.۴۰ بیمار هوشیار شد.

علل ریشه ای پس از بررسی توسط اعضاء حاضر:

- *عدم اجرای دستورالعمل داروهای پرخطر
- *عدم توجه به حضور پرستار شاهد در حین اجرا
- *تزریق دوز اشتباه دارو به کودک
- *عدم رعایت ۷ راه دادن دارو توسط پرستار مسئول
- *عدم توجه به اجازه پزشک در تزریق

سناریو ۷ فوت بیمار به دنبال عمل رینوپلاستی

خانم ۱۳ ساله جهت عمل رینوپلاستی به مرکز جراحی محدود مراجعه نموده و آزمایشات، نوار قلبی و مشاوره بیهوشی قبل از عمل انجام می گردد که تمامی آنها در پرونده بیمار نرمال ثبت گردیده و بیمار مشکلی نداشته است.

بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و پس از انتوباسیون و شروع اینداکشن بیهوشی (ده دقیقه پس از اینداکشن و حدود پنج دقیقه پس از تزریق آدرنالین توسط جراح دچار برادیکاردی و افت فشار خون شدید می گردد. BP: 50

بلافاصله اقدامات احیاء انجام شد. و داروهای آتروپین، افدرین و آدرنالین شروع شد ولی اثر بخش نبوده و فشار خون بالا نمی رفت

پس از اقدامات احیاء ساعت ۱۳ بیمار جهت بستری در بخش مراقبت های ویژه به بیمارستان الف فرستاده می شود. طبق اظهارات همکاران بیمارستان الف بیمار بدون علائم حیاتی تحویل گرفته شد و فوت شده بود و اقدام خاصی برای بیمار انجام نشد

علل ریشه ای بروز حادثه:

- ارزیابی و شرح حال ناقص و نادرست از بیمار (عدم ثبت علائم حیاتی قبل، حین شروع عمل)، ارزیابی تکمیلی بیماران معمولاً انجام نمی شود

- عدم ارزیابی (شناسایی کامل تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی بیمار) توسط پزشکان و پرستاران

- عدم ارزیابی مجدد بیمار قبل از ورود به اتاق عمل

- عدم رعایت معیارهای جراحی ایمن در اتاق عمل

سناریو ۸ خطای جراحی

بیمار آقای ۳۳ ساله در تاریخ ۹۹/۱/۲۱ به دنبال سقوط از ارتفاع به علت تروما به قفسه سینه و لگن در بیمارستان الف بستری گردید و تحت نظر جراحی عمومی قرار گرفته و مشاوره اورتوپدی انجام شده و از نظر ارتوپد نیاز به جراحی نداشت و دستور استراحت در منزل را داشت و در تاریخ ۹۹/۱/۲۳ از بیمارستان مرخص گردید.

هنگام ترخیص همراه بیمار گرافیه‌های لگن بیمار دیگر (تخت مجاور) که وی شکستگی هیپ داشته به اشتباه برداشته و در پاکت گرافیه‌های خود قرار می‌دهد.

همراه بیمار جهت گرفتن گواهی پزشکی گرافیه‌ها را به مطب پزشک جراح عمومی برده و متخصص جراحی عمومی به محض رویت گرافیه‌ها (گرافی لگن بیمار دیگر هم شامل آنها بود) او را به متخصص ارتوپدی ارجاع می‌دهد. پزشک ارتوپد هم به محض رویت گرافیه‌ها بدون حضور بیمار دستور بستری بیمار و عمل جراحی اورژانسی را می‌دهد. بیمار در همان تاریخ بستری و مشاوره بیهوشی می‌شود و در تاریخ ۹۹/۱/۲۶ با همان گرافیه‌ها به اتاق عمل منتقل می‌شود.

بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و بعد از باز کردن ناحیه متوجه می‌شوند که بیمار شکستگی نداشت و محل عمل مجدداً بسته شد و به اطلاع همراه بیمار رسیده شد.

علل ریشه‌ای بروز حادثه :

*عدم شناسایی بیمار هنگام بستری اولیه

*عدم اجرای فرآیند **ترخیص ایمن** (وضعیت بیمار قبل از بستری در بیمارستان، شرایط بالینی بیمار و حال عمومی وی، خدماتی که در حال ارائه به بیمار می‌باشد).

*عدم اجرای فرآیند **کلیدی** هنگام ترخیص یعنی **آموزش اثر بخش** حین ترخیص به بیمار و همراهان (عدم آموزش وضعیت بیمار، مراقبت‌های بعد از ترخیص و)

سناریو ۹ مرگ و میر غیر منتظره

بیمار آقای ۵۰ ساله که در ساعت ۱۶:۴۵ مورخ ۹۹/۴/۶ بعلت سقوط از ارتفاع ۶ متری توسط / بیمارستان الف به بیمارستان ب اعزام گردید. در بدو ورود با هوشیاری ۱۴/۱۵ توسط پزشک عمومی ویزیت شد و دستور کلار گردن داده شد. بیمار سابقه بیماری قلبی و مصرف داروی قلبی داشت. در بدو ورود یک گرافی ساده همراه بیمار بود. در ساعت ۱۷:۳۰ توسط طب اورژانس ویزیت اورتوپدی و جراحی درخواست شد و در ساعت ۱۷:۳۵ سونوی فست انجام شد.

بدلیل خراب بودن دستگاه سی تی اسکن، بدون انجام سی تی مغز، سینه و گردن توسط متخصص طب اورژانس درخواست مشاوره جراح مغز و اعصاب داده شد. در همان تاریخ مشاوره مغز و اعصاب در ساعت ۲۰ انجام شد و در گرافی ساده ضایعه ای مشاهده نکردند. و درخواست سی تی مغز و توراسیک و گردن را دادند. در ساعت ۲۰:۳۰ توسط جراح ویزیت شد و درخواست سی تی توراکس و آزمایش خون و ادرار دادند. در ساعت ۲۰:۴۵ توسط ارتوپد ویزیت شد و دستور بستری در بخش جراحی بدلیل شکستگی کلاویکول را دادند

در ساعت ۲۲ همان تاریخ با هوشیاری ۱۳/۱۵ به بخش جراحی منتقل گردید. صبح ۹۹/۴/۷ بیهوشی انجام شد و با تأیید جراح مشاوره قلب خواسته شد بعد از انجام مشاوره درخواست اکو شد و بدلیل خرابی دستگاه اکو و سونو و استفاده رادیو لوژیست و متخصصین قلب از تنها دستگاه اکو و سونوی پرتابل اکوی بیمار به روز بعد موکول شد.

در تاریخ ۹۹/۴/۷ ساعت ۱۹:۳۰ جهت انجام سی تی بیمار به بیمارستان خصوصی شهر فرستاده شد

در ساعت ۲۱ اسکن و گرافی بیمار برای جراح و جراح مغز و اعصاب ارسال گردید. به متخصص داخلی نیز جهت رویت اسکن اطلاع داده شد که گفتند فردا توسط آنکال دیده شود. در ساعت ۲۳:۱۰ بیمار جهت چست تیوب گذاری به اتاق عمل منتقل شد.

در ساعت ۳۰ دقیقه بامداد بیمار با هوشیاری از اتاق عمل تحویل گرفته شد. و در حدود ۳۰۰ سی سی ترشحات خونی در باتل بوده است. در ابتدای ورود به بخش بقرار بوده است اکسیژن درمانی گردید. توسط پزشک اورژانس ویزیت شد و به پزشک معالج اطلاع داده شد. در حین اطلاع دهی بیمار دچار برادیکاردی و ایست قلبی تنفسی گردید و عملیات احیاء انجام شد که موفقیت آمیز نبود.

علل ریشه ای بروز حادثه:

- نقص فرآیند رسیدگی به بیماران بدحال و مشخص نبودن برنامه بیمارستان جهت بیماران بدحال و اورژانسی
- انجام ویزیت متخصصین با تاخیر
- ارزیابی نامناسب بیماران بدحال و پرخطر
- تاخیر در تشخیص و درمان بیمار پرخطر
- عدم توجه به تجهیزات ضروری خراب
- عدم برنامه ریزی مناسب در صورت خرابی دستگاهها (استفاده از بیمارستان سطح شهر و ...)
- تاکید بر اورژانسی بودن بیمار
- مدیریت نکردن تخت های بیمارستانی خصوصا تخت های ویژه
- آمادگی نداشتن بیمارستان جهت ارائه خدمات در بخشی که حداقل امکانات بخش ویژه را داشته باشد.

اقدامات اصلاحی

*آگاهی و پایش تیم مدیریتی از عملکرد های جاری بیمارستانی و فرآیندهای موجود

*اصلاح و اقدامات موثر براساس تحلیل و پایش شاخص ها

*رعایت دستورالعمل های اجرایی مانند دستورالعمل آنکالی (حضور به موقع متخصصین آنکال)

*ویزیت به موقع (بدو ورود) بیمار بد حال و پرخطر توسط طب اورژانس حداقل برحسب (سطح بندی بیمار)

*تعمیر تجهیزات ضروری بیمارستان

*انجام بازدید های دوره ای پیشگیرانه از تجهیزات

سناریو ۱۰ تبدیل زخم بستر درجه یک به ۳

شرح رویداد

بیمار آقای ۳۲ ساله با سابقه مولتیپل تروما (سابقه تصادف از ۴۰ روز قبل داشته) از تاریخ ۹۹/۱/۱۶ با علائم عفونت ریوی در بیمارستان الف بستری مجدد می شود.

بیمار بدلیل سابقه تصادف، تراکتوستومی و پلژی اندام راست داشته است. در بدو ورود به بیمارستان اسهال و درتاریخ ۹۹/۱/۲۸ در زخم درجه یک در ناحیه ساکروم (قرمزی پوست) داشته است.

در تاریخ ۹۹/۱/۲۸ در ناحیه ساکروم و پاشنه پای چپ زخم درجه ۳ گزارش شد و علی رغم تعویض پانسمان زخم بیمار بهبود نیافت.

در تاریخ ۹۹/۲/۱۴ دلیل افزایش زخم در ناحیه ساکروم و پای چپ توسط پزشک معالج درخواست مشاوره جراحی گردید و بیمار در تاریخ ۹۹/۲/۱۷ جهت دبرید به اتاق عمل فرستاده شد.

علل ریشه ای بروز حادثه:

- *عدم شناسایی و دقیق بیمار بر اساس معیارهای ارزیابی زخم بستر (برادن)
- *ارزیابی نامناسب بیمار بر اساس وضعیت بالینی وی
- *عدم شناسایی و توجه به بیمار پرخطر توسط پرسنل
- *عدم نظارت و بررسی روزانه زخم توسط تیم بررسی کننده بیمارستان
- *نداشتن برنامه ریزی مناسب و فرآیند تشخیص و درمان زخم بستر در بیمارستان
- *عدم تغییر وضعیت بیمار هر ۳ ساعت یکبار
- *عدم ثبت تغییر درجه زخم بیمار از یک به سه در گزارش پرستاری
- *عدم اطلاع پیشرفت زخم توسط پرستار به پزشک

اقدامات اصلاحی پیشگیری از بروز زخم بستر

- *ارزیابی صحیح بیمار خصوصا بیماران پرخطر
- *ارزیابی زخم بیمار براساس معیارهای دستورالعمل های ابلاغی
- *برنامه ریزی و طراحی فرآیند مناسب برای بیمارانی که وضعیت پر خطر دارند و بستری دربخش ویژه می باشند.
- *انجام اقدامات تشخیصی و درمانی برای اینگونه بیماران بصورت تیمی
- *نظارت بر اقدامات ارائه شده برای اینگونه از بیماران
- *چیدمان نیروی انسانی مناسب و کافی برای مواردی که بیمار مورد تهدید پیشرفت زخم بسترقرار می گیرد.
- *مداخلات و اقدامات تغذیه ای مناسب توسط کارشناس تغذیه برای بیماران در معرض خطر
- *فراهم نمودن امکانات و تجهیزات مورد نیاز بیماران در معرض خطر پیشرفت زخم بستر

نکات لازم الاجرا جهت پیشگیری از بروز

- * اجرای ارزیابی اولیه و صحیح بیماران توسط کارکنان
- * انجام ارزیابی های مستمر و مجدد برای بیماران خصوصا بیماران بد حال و بستری در بخش مراقبتهای ویژه
- * نظارت و پایش ارزیابی اولیه بیمار بر اساس دستورالعمل ها و پروتکل های ابلاغی
- * رعایت دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار و اجرای آن هنگام بستری بیمار
- * اجرای دستورالعمل های تحویل و تحول بیمار
- * داشتن ارتباط موثر تیم درمانی با یکدیگر و با بیمار و همراهان بیمار
- * اجرای دستورالعمل و اجزای فرآیند ترخیص ایمن
- * آموزش صحیح و اثر بخش به بیمار و همراهان بیمار توسط تیم درمانی و مراقبت کننده بیمار
- * پایش اثر بخشی آموزشی به بیمار و همراهان بیمار
- * ارتقاء آگاهی و کیفیت عملکرد کارکنان جهت ارتقاء کیفی خدمات
- * نظارت و پایش مستمر موارد ایمنی از طریق بازدید های مدیریتی و بازدید های میدانی مدیران و کارشناسان



خسته نباشید

گرد آورنده : کارشناس پرستاری افروز نبی زاده