

کد سند:
ISH/POL/GEN/ 48
ویرایش: 03
تاریخ تصویب:
95/09/30
تاریخ
بازنگری: 98/07/30
صفحه: 1

بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مدیریت پیشگیرانه
برای اجتناب از رخداد وقایع نا
خواسته ناشی از ارائه خدمات /
مراقبت سلامت»



هدف (بیانیه خط مشی و روش) :

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی

توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی

پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز

پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

دامنه کاربرد : بخش های بالینی و پاراکلینیک
تعاریف :

خطاهای پزشکی: خطاهای پزشکی یا **Medical Malpractice** عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی
عوامل مستعد کننده : عوامل مستعد کننده بروز خطا در بیمارستان به دو دسته زیرساختی و فرایندی تقسیم میشوند. عوامل زیرساختی مرتبط با منابع انسانی تجهیزات و عوامل ساختاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روشهای ارائه مراقبت و درمان است.

Root Cause Analysis-RCA تحلیل علل ریشه ای

تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن **Failure Mode and Effects Analysis –FMEA**

منابع و مراجع : دستورالعمل های ایمنی بیمار ارسالی از وزارت خانه

فرد پاسخگوی خط مشی : کادر درمان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

شیوه انجام کار (به صورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان اجراء) :



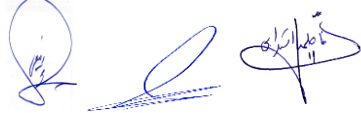
مدیریت پیشگیرانه خطاها و وقایع ناخواسته نیاز مند سیستم جامع در زمینه های آشنایی با خطاهای قابل گزارش ، سیستم ساده و در دسترس جهت گزارش دهی خطاها ، فراهم نمودن شرایط پیشگیری از خطاهای گزارش شده می باشد آشنایی با خطاهای قابل گزارش و وقایع ناخواسته روش اجرایی:

1. مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار با توجه به خطاهای رایج اتفاق افتاده در مرکز یا سایر مراکز لیست خطاهای قابل گزارش را تهیه و تدوین نماید

2. ریاست بیمارستان لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه متخصصین ارسال می نماید .

3. مدیر خدمات پرستاری لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه سرپرستاران ارسال می نماید .

4. مدیر بیمارستان لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه مسئول واحد های

تصویب کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان
		
رئیس بیمارستان	مدیریت داخلی	مترون . کارشناس ایمنی بهبود کیفیت

کد سند:
ISH/POL/GEN/ 48
ویرایش: 03
تاریخ تصویب:
95/09/30
تاریخ
بازنگری: 98/07/30
صفحه: 1

بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان





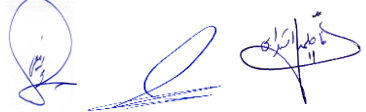
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
بهداشتی درمانی اراک

خط مشی و روش «مدیریت پیشگیرانه
برای اجتناب از رخداد وقایع نا
خواسته ناشی از ارائه خدمات /
مراقبت سلامت»

پاراکلینیک و خدماتی ارسال می نماید
5. کلیه مسئول واحد ها لیست خطاهای قابل گزارش را در اختیار کارکنان
قرار داده و اطمینان حاصل کند که تمامی کارکنان لیست
مربوطه را مطالعه نموده اند .
سیستم گزارش دهی ساده و در دسترس خطاهای پزشکی
روش اجرایی:
تیم مدیریت اجرایی سیستم گزارش دهی خطاها را به چند تدوین می نماید
- امکان برقراری تماس تلفنی جهت گزارش خطا به کارشناس ایمنی در ساعات
اداری و سایر مواقع گزارش به سوپر وایزر
- تهیه فرم های تسهیل شده گزارش خطا به صورت جمعی
- تیم مدیریت اجرایی امکانات و ملزومات گزارش دهی را فراهم می نماید.
- در دسترس بودن انواع فرم ها و آگاهی پرسنل از آنها
- آگاهی پرسنل از سیستم های تلفنی
- عضویت رابطین ایمنی بیمار در گروه مجازی مرتبط جهت گزارش خطاها
فراهم نمودن مدل و شیوه ارزیابی پیشگیرانه از خطاهای گزارش شده این
مرکز

روش اجرایی:

1. مسئول ایمنی با همکاری مسئول دفتر بهبود با توجه به نتایج علل بروز
ریشه ای خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی را
استخراج می نمایند
2. تیم مدیریت اجرایی در صورت نیاز اقدامات اصلاحی جهت عوامل مستعدکننده
بروز خطا تدوین و در اختیار واحد ها قرار می دهد .
3. ریاست بیمارستان باید فراهم کردن شرایط استاندارد انجام کارها ی
درمانی را تضمین نماید .
4. ریاست بیمارستان باید کلیه دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با
ایمنی بیمار را در اختیار متخصصان قرار دهد
5. سوپروایزر آموزشی باید کلیه دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با
ایمنی بیمار را در اختیار مسئول واحد ها قرار دهد
6. مسئولین واحد ها و سرپرستاران بخشهای بالینی تمامی دستورالعمل های
وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار کارکنان قرار داده
و از آگاهی و اجرای آنها توسط کارکنان اطمینان حاصل نماید .
7. سوپر وایزر آموزشی مرکز باید بر اساس نتایج علل بروز خطاهای پزشکی به
دلیل کمبود آگاهی ، دوره های آموزشی مرتبط برای کلیه رده های پزشکی
، پیرا پزشکی ، خدماتی تنظیم نماید .
8. سوپر وایزرین باید در راند های بخش نظارت دقیق بر اجرای دستورالعمل
های ایمنی بیمار نمایند و از طریق چک لیست ، بازخورد شناسایی عوامل
مستعد کننده بروز خطاها را به مسئول واحد ها گزارش دهند.

تصویب کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان
		
رئیس بیمارستان	مدیریت داخلی	مترون . کارشناس ایمنی بهبود کیفیت

کد سند:
ISH/POL/GEN/ 48
ویرایش: 03
تاریخ تصویب:
95/09/30
تاریخ
بازنگری: 98/07/30
صفحه: 1




بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی اراک

خط مشی و روش «مدیریت پیشگیرانه
برای اجتناب از رخداد وقایع نا
خواسته ناشی از ارائه خدمات /
مراقبت سلامت»

9. مسئول فنی بیمارستان باید در تدوین برنامه های پیشگیری از بروز و مدیریت خطاهای پزشکی براساس روشهای حرفه ای و هوشمندانه نظارت داشته باشند.
 10. کمیته مدیریت اجرایی باید بر اساس مقتضیات زیرساختی و فرایندی خود وسایر عوامل گردش اطلاعات و گزارش خطاهای رخ داده را تسهیل نماید
 11. مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مورد خطاهای پزشکی است را ترویج دهد .
 12. کمیته مرگ ومیر، دارو و درمان ،طب انتقال خون ،زایمان طبیعی و برخی کمیته های دیگر برحسب عوامل پیشساز خطاهای پزشکی بایست برنامه ریزی نموده و بامحوریت رئیس/ مدیرعامل و مسئول فنی بیمارستان مداخلات اصلاحی وپیشگیرانه بروز خطای پزشکی را در سطح بیمارستان به اجرا بگذارند.
 13. کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه به نتایج عوامل مستعد کننده بروز خطا گزارش شده به صورت فصلی در اختیار دفتر بهبود قرار دهد .
 14. دفتر بهبود باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحد های مرتبط قرار دهد .
 15. مسئول واحد ها باید کلیه روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را طبق برنامه زمانبندی شده اجرا نمایند.
 - سوپر وایزرین بالینی باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده ازواحد ها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند
 1. تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت دوره ای از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلبتوجهکارکنانابهمنظریجدیداز خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنشکوشا باشند.
 2. تیم بازدید های مدیریت ایمنی باید عوامل مستعد کننده برای بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان را شناسایی و براساس الویت بندی ،اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروزخطا صورت پذیرد.
- اقدامات پیشنهادی جهت پیشگیری از بروز خطاها بر اساس خطاهای صورت گرفته در این مرکز
- مسئول فنی داروخانه باید طبق دستورالعمل داروهای هشدار بالا لیست مربوطه دا تهیه و در اختیار مسئول واحد ها قرار دهد
 - مسئول فنی داروخانه باید کلیه داروهای هشدار بالا را در داروخانه با برچسب گذاری مشخص و سپس به واحد ها ارسال نماید.
 - مسئول فنی داروخانه باید لیست داروهای مشابه را تهیه و در اختیار واحد ها قرار دهد .

<p>تصویب کننده :</p>  <p>رئیس بیمارستان</p>	<p>تأیید کننده :</p>  <p>مدیریت داخلی</p>	<p>تهیه کنندگان</p>  <p>مترون . کارشناس ایمنی بهبود کیفیت</p>
--	--	--

کد سند:
ISH/POL/GEN/ 48
ویرایش: 03
تاریخ تصویب:
95/09/30
تاریخ
بازنگری: 98/07/30
صفحه: 1




بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
بهداشتی درمانی اراک

خط مشی و روش «مدیریت پیشگیرانه
برای اجتناب از رخداد وقایع نا
خواسته ناشی از ارائه خدمات /
مراقبت سلامت»



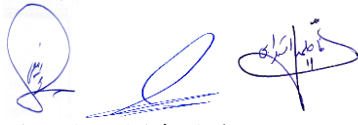
- مسئول واحد ها باید قفسه داروهای هشدار بالا را از سایر داروها جدا نمایند و برچسب گذاری با رنگ قرمز را بر روی باکس های نگهداری دارو انجام دهند .
- مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید .
- مسئول واحد ها باید کلیه تجهیزات پزشکی رابه صورت دوره ای از نظر نیاز به تعمیرات و صحت عملکرد بررسی و نتایج را در فرم های مرتبط ثبت نمایند
- سوپر وایزرین بالینی باید به صورت سه ماهه تمامی فرم های بررسی صحت عملکرد تجهیزات را مشاهده و امتیاز مربوطه را در ارزیابی عملکردی مسئول واحد منظور نماید.
- مسئول واحد یمسئول واحد یا مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و ترالی احیا مشخص نماید .
- فرد مسئول تحویل تجهیزات باید در ابتدای هر شیفت از صحت عملکرد تجهیزات حیاتی و ترالی احیا اطمینان حاصل نماید و نتایج را در دفتر های مرتبط ثبت نماید .
- مسئول واحد باید به صورت راندم دفاتر تحویل وسایل را از نظر ثبت صحیح کنترل نماید.
- مسئول واحد باید تمامی داروهای موجود در بخش را به صورت ماهیانه از نظر تاریخ انقضا کنترل و در لیست مربوطه ثبت نماید .
- مترون باید در پایان هر ماه لیست های تکمیل شده دارویی را کنترل و امتیاز مربوطه را در ارزیابی عملکردی مسئول واحد منظور نماید.
- مسئول واحد ها باید تمامی دستورالعمل های وزارت خانه که در راستای ایمنی بیمار می باشد را در اختیار کارکنان واحد خود قرار دهند. کلیه کارکنان باید مطابق با دستورالعمل های وزارتخانه اقدامات درمانی و مراقبتی را انجام بدهند.
- سوپر وایزر آموزشی باید سالیانه امتحانات صلاحیت حرفه ای مسئول واحد ها را برگزار نماید .
- مسئول واحد ها باید سالیانه امتحانات صلاحیت حرفه ای کارکنان واحد خود را برگزار نمایند.
- کلیه پزشکان باید مطابق با گاید لاین های معتبر و آخرین دستورالعمل های وزارتخانه خدمات درمانی را به بیماران ارائه دهند .
- کارکنان باید طبق آخرین دستورالعمل وزارتخانه در راستای کاهش ساعت کاری انجام وظیفه نمایند.
- مسئول واحد ها نباید بیشتر از ساعت موظفی و حداکثر سقف اضافه کار برای پرسنل ، شیفت کاری تنظیم نمایند.
- مسئول واحد ها باید به صورت فصلی با استفاده از نتایج خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطا را شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .

<p>تصویب کننده :</p>  <p>رئیس بیمارستان</p>	<p>تأیید کننده :</p>  <p>مدیریت داخلی</p>	<p>تهیه کنندگان</p>  <p>مترون . کارشناس ایمنی بهبود کیفیت</p>
--	--	--

<p>کد سند: ISH/POL/GEN/ 48 ویرایش: 03 تاریخ تصویب: 95/09/30 تاریخ بازنگری: 98/07/30 صفحه: 1</p>	<p>بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان</p> <p>خط مشی و روش «مدیریت پیشگیرانه برای اجتناب از رخداد وقایع نا خواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت»</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک</p>
---	---	--

- سوپروایزرین باید به صورت فصلی با استفاده از نتایج خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطا را در راند های زمانبندی شده شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .
- تیم بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار باید در بازدید های هفتگی عوامل مستعد کننده بروز خطارا شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .
- دفتر بهبود عوامل مستعد کننده بروز خطاهای گزارش شده و همچنین سایر عوامل استخراج شده از کمیته های مصوب بیمارستان را در کمیته مدیریت اجرایی مطرح می نماید .
- اعضای کمیته مدیریت اجرایی با توجه به نتایج تجزیه وتحلیل خطاهای گزارش شده و عوامل مستعد کننده بروز خطای شناسایی شده اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند .
- دفتر بهبود تمامی برنامه های عملیاتی را در اختیار واحد های مرتبط قرار می دهد .
- مسئول واحد ها باید تمامی برنامه های پیشگیری از بروز خطاهای تدوین شده را اجرا نماید .
- مراحل ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی به صورت مداوم انجام می گیرد .
- مدل های ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
- کمیته مدیریت اجرایی باید کلیه خطاهای گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل علل ریشه ای انجام دهد و علل بروز ریشه ای خطاها را استخراج و براساس اولویت اقدامات اصلاحی بنویسد .
- کمیته مدیریت اجرایی باید با استفاده از الگوی FMEA تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن را استخراج ودر پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی برنامه های عملیاتی تدوین نماید .
- مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و ترالی احیا مشخص نماید .

امکانات و تجهیزات: پرسنل آماده ، تجهیزات سالم ،

<p>تصویب کننده :</p>  <p>رئیس بیمارستان</p>	<p>تأیید کننده :</p>  <p>مدیریت داخلی</p>	<p>تهیه کنندگان</p>  <p>مترون . کارشناس ایمنی بهبود کیفیت</p>
--	--	--