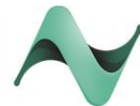




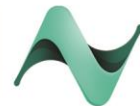
۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل، شناسایی بیماران آسیب پذیر در بخش های مختلف بیمارستان به منظور ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، افزایش ایمنی بیماران و فراهم نمودن امکانات و شرایط مناسب برای ارائه خدمات استاندارد و بدون تبعیض می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی، پاراکلینیکی و واحدهای سرپایی بیمارستان	
۳- تعاریف: ۱-۳- بیماران/ مراجعین آسیب پذیر: به افرادی اطلاق می شود که به دلیل شرایط خاص فیزیولوژیک، جسمی، روانی یا اجتماعی ممکن است در هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی نسبت به سایر بیماران در معرض خطر بیشتر، محدودیت دسترسی به خدمات یا تبعیض قرار گیرند. ۲-۳- فهرست بیماران آسیب پذیر: بیماران سالمند، روانپریشی/ اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضد اجتماعی، افراد بی خانمان و	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد بالادستی، استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان ها و برنامه ایمنی بیمار، موظف به شناسایی بیماران آسیب پذیر و فراهم نمودن شرایط مناسب جهت ارائه خدمات ایمن، با کیفیت و بدون تبعیض به این بیماران می باشند. در راستای استقرار نظام ایمنی بیمار و مدیریت خطر، شناسایی به موقع بیماران آسیب پذیر و برنامه ریزی برای مراقبت ایمن آنان در تمامی واحدهای بیمارستان الزامی است.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر درمان، مدیر پرستاری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	رئیس بیمارستان: مسئول ابلاغ و نظارت کلی بر اجرای دستورالعمل شناسایی بیماران آسیب پذیر و ارائه مراقبت و درمان ایمن در سطح بیمارستان می باشد.
۲-۶	مدیر درمان: مسئول برنامه ریزی، هماهنگی و نظارت بر ارائه خدمات تشخیصی و درمانی ایمن همراه با حمایت های اجتماعی و مالی برای بیماران آسیب پذیر است.
۳-۶	مددکار اجتماعی: مسئول شناسایی بیماران آسیب پذیر، ارزیابی وضعیت اجتماعی آنان و برنامه ریزی جهت ارائه حمایت های لازم تا زمان ترخیص می باشد.
۴-۶	پرستار: مسئول شناسایی مخاطرات ایمنی، ثبت وضعیت آسیب پذیری بیمار و ارائه خدمات مراقبتی ایمن و استاندارد برای این بیماران همانند سایر بیماران می باشد.
۵-۶	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی: مسئول پایش وضعیت بیماران آسیب پذیر در بخش های بستری و سرپایی و گزارش موارد عدم انطباق به کمیته های مربوطه جهت اجرای اقدامات اصلاحی می باشد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	۱-۷- فهرست بیماران آسیب پذیر تعیین شده و دستورالعمل مراقبت و درمان ایمن برای این بیماران تدوین و توسط رئیس بیمارستان به کلیه بخش ها و واحدهای مرتبط ابلاغ گردد.
رئیس بیمارستان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی مسئول بهبود کیفیت	۲-۷- برنامه ریزی لازم جهت ارائه مراقبت و درمان ایمن متناسب با شرایط بیماران آسیب پذیر در بیمارستان انجام شود.
مدیر درمان	۳-۷- آموزش کارکنان در خصوص نحوه شناسایی، ارتباط مؤثر و مراقبت ایمن از بیماران آسیب پذیر به صورت دوره های برگزار گردد.
سوپروایزر آموزشی	۴-۷- در زمان پذیرش و احراز هویت، بیماران آسیب پذیر شناسایی شده و در صورت نیاز به حمایت اجتماعی، موضوع به مددکار اجتماعی اطلاع داده شود.
مسئول پذیرش	۵-۷- ارائه خدمات به بیماران آسیب پذیر باید مطابق با استانداردهای حرفه ای و بدون تبعیض انجام شود و شرایط خاص بیمار نباید مانع ارائه خدمات مناسب گردد.
تیم درمان	۶-۷- در بخش های بستری، پرستار پس از انجام ارزیابی اولیه بیمار، بیماران آسیب پذیر را شناسایی نموده و برنامه مراقبتی متناسب با شرایط آنان تدوین می نماید و در صورت نیاز مددکار اجتماعی را مطلع سازد.
پرستار	۷-۷- در صورت نیاز به مشاوره روانشناسی یا روانپریشی، هماهنگی با متخصص مربوطه انجام شود.
پرستار/پزشک معالج	

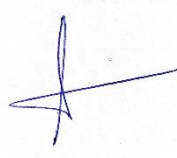


تیم درمان	۸-۷- مخاطرات ایمنی مرتبط با بیماران آسیب پذیر (مانند خطر سقوط، خطای شناسایی بیمار و مشکلات ارتباطی) به طور ویژه مورد توجه قرار گیرد.
تیم درمان	۹-۷- وضعیت بیماران آسیب پذیر در طول شیفت های کاری به طور مستمر پایش و مانیتور شود.
تیم درمان	۱۰-۷- در صورت نیاز به وسایل کمک حرکتی یا حمایتی مانند عصا، واکر، ویلچر و سایر تجهیزات کمک توانبخشی، هماهنگی لازم با مدیر پرستاری و مدیریت اجرایی بیمارستان انجام شود.
۱۱-۷- ملاحظات ایمنی در گروه های خاص بیماران آسیب پذیر:	
تیم درمان	۱-۱۱-۷- سالمندان: به علت مشکلات شنوایی، بینایی، اختلالات شناختی (مانند آلزایمر و دمانس) و مشکلات حرکتی در معرض خطر خطای شناسایی بیمار، سقوط و اختلال در ارتباط درمانی قرار دارند.
تیم درمان	۲-۱۱-۷- نوزادان و کودکان: به دلیل محدودیت در برقراری ارتباط و وابستگی به مراقبین، در معرض افزایش خطر خطاهای درمانی و حوادث ناخواسته مانند سقوط قرار دارند.
تیم درمان	۳-۱۱-۷- بیماران مبتلا به اختلالات ذهنی و روانپزشکی: به دلیل مشکلات در برقراری ارتباط (مانند آلزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات روانپزشکی نظیر اسکیزوفرنی) در معرض افزایش خطاهای شناسایی بیمار قرار دارند. همچنین به علت مشکلات حرکتی، عوارض ناشی از مصرف داروها و احتمال بروز رفتارهای پرخطر از جمله ریسک سقوط و خودآسیب رسانی یا خودکشی، نیازمند توجه و مراقبت ویژه می باشند. از این رو لازم است در فرآیند ارائه خدمات مراقبتی و درمانی، با نظارت دقیق تر و برقراری ارتباط مناسب، ایمنی و همکاری این بیماران به طور ویژه مورد توجه قرار گیرد.
تیم درمان	۴-۱۱-۷- بیماران دچار معلولیت های جسمی: بینایی/شنوایی/حرکتی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند و مورد توجه بیشتری قرار گیرند.
تیم درمان	۵-۱۱-۷- بیماران مجهول الهوية: به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه ها و نحوه نامگذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند و مورد توجه بیشتری قرار گیرند.
تیم درمان	۶-۱۱-۷- بیماران با اختلال هشیاری: به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند و مورد توجه بیشتری قرار گیرند.
تیم درمان	۷-۱۱-۷- مادران باردار: با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روش های درمانی، دارو دهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند و مورد توجه بیشتری قرار گیرند.
تیم درمان	۸-۱۱-۷- مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری: این بیماران از یک سو ممکن است به دلیل کیفیت مراقبت و نگهداری پیش از بستری و عوارض ناشی از آن، و نیز احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه یا خانواده، در معرض آسیب پذیری بیشتری قرار داشته باشند. از سوی دیگر، پس از ترخیص نیز ممکن است به علت محدودیت های مالی در تأمین هزینه های مراقبت و درمان با مشکلاتی مواجه شوند. بنابراین این بیماران از نظر تداوم مراقبت، کیفیت خدمات پس از ترخیص و عوارض احتمالی ناشی از شرایط نگهداری، نیازمند توجه و پیگیری بیشتری می باشند. اختلال در تداوم زنجیره مراقبت می تواند ایمنی بیمار را تهدید کرده و منجر به عدم دستیابی به پیامد مطلوب درمان گردد؛ لذا لازم است مراقبت و برنامه ریزی ویژه برای این گروه از بیماران انجام شود.
۱۲-۷- ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی:	
تیم درمان	۱-۱۲-۷- بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضد اجتماعی، افراد بی خانمان و موارد ذیل را در نظر گیرد: ❖ تأمین ارائه کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی ❖ تأمین تمهیدات/تسهیلات حفاظتی برای ارائه کنندگان خدمت مانند PPE ❖ انتخاب دقیق و رعایت ملاحظات میل بستری این بیماران برای پیشگیری از ایجاد استرس برای بیماران مجاور و احساس نامطلوب برای بیمار به عنوان فرد طرد شده ❖ ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به هر یک از بیماران آسیب پذیر به نحوی است که شرایط یاد شده تاثیری بر روند مراقبت و درمان آنها نداشته باشد. ❖ ارائه خدمات بدون تبعیض به این افراد



	❖ عدم استفاده از هرگونه شاخص / برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران/مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی
۱۳-۷- حمایت‌های روانی و اجتماعی:	
تیم درمان	۱-۱۳-۷- بیماران آسیب‌پذیر در صورت نیاز جهت دریافت حمایت‌های روانی و مشاوره‌ای به روانشناس یا روانپزشک ارجاع داده شوند.
سوپروایزر/ متصدی ترخیص	۲-۱۳-۷- در صورت نیاز به حمایت مالی در زمان ترخیص، هماهنگی با مددکار اجتماعی، واحد ترخیص و مدیر درمان انجام شود.
پزشک/پرستار/داروساز	۳-۱۳-۷- ترخیص بیماران آسیب‌پذیر مطابق با اصول ترخیص ایمن و بر اساس تکنیک SMART انجام می‌شود و در صورت نیاز، هماهنگی لازم با مراکز حمایتی، خیریه‌ها یا مراکز مراقبتی صورت گیرد.
تیم فالوآپ	۴-۱۳-۷- پیگیری پس از ترخیص نیز همانند سایر بیماران، مطابق با فرآیند پیگیری (Follow-up) بیماران در بیمارستان انجام شود.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول فنی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید. ۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول فنی بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب ، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: ۱-۹- تایید: مدیر درمان، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود. ۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود. ۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت. ۴-۹- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته پایش و سنجش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع: ۱-۱۰- کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران، دوره پنجم، سال ۱۴۰۱	



تهیه کنندگان			
			فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی
			
تصویب و ابلاغ کننده		تائید کننده	تائید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	