

**1- هدف :**

هدف از تدوین این دستورالعمل، اطمینان از

- 1-1- گزارش دهی خطاها بدون ترس از سرزنش و تنبیه و شناسایی خطاهای رخ داده در بیمارستان و ارائه راهکار جهت فرهنگ سازی و کاهش خطاها، به اشتراک گذاری و درس آموزی، انجام اقدامات اصلاحی و ایجاد موانع جهت جلوگیری از بروز مجدد خطاها
- 1-2- شناسایی حوادث بالقوه و ارزیابی و تعیین میزان آسیب های ناشی از آن به منظور تعیین اقدامات پیشگیرانه و بهبود در راستای حفظ و ارتقا سلامت کارکنان بیمارستان و بیماران و همراهان و پیشگیری از خسارات احتمالی
- 1-3- کسب اطمینان از اجرای استاندارد های ایمنی بیمارستان
- 1-4- اعمال کنترل های لازم در مدیریت گزارش دهی خطا
- 1-5- تعیین شرایط لازم و امکانات و ابراز تجهیزات لازم
- 1-6- شناسایی نقطه قوت و قابل بهبود در زمینه موارد واگذار شده
- 1-7- بررسی و تحلیل ریشه ای در زمینه های قابل گزارش در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش های بستری بالینی و واحدهای بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

- 3-1- **خطاهای کادر پزشکی:** هر گونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است سبب خطر انداختن ایمنی و سلامتی گیرنده خدمت و بیمار شود. این خطاها مستقل از خاطرات ذات بیماری زمینه ای و یا عوارض آن و حتی بیماری نهفته می باشد و به عبارتی بر بیمار تحمیل می شود. این خطاها به طور کلی به 4 دسته تقسیم می شوند:
- 3-2- **حادثه نزدیک به خط (Near Miss):** اشتباه و خطایی که توانایی بالقوه ایجاد آسیب را دارد اما به دلیل شانس و یا تصحیح و تشخیص به موقع، خطا متوقف شده و روی نداده است. مانند بیماری که نزدیک بود زمین بخورد اما چون ما به موقع رسیدیم زمین نخورد.
- 3-3- **خطاهای بدون عارضه (No harm event):** خطاهایی که اتفاق می افتد اما بیمار آسیبی نمی بیند مانند بیماری که زمین خورده اما آسیبی ندیده است.
- 3-4- **خطاهای منجر به بروز آسیب (ADVERSE):** خطا اتفاق افتاده و منجر به آسیب شده اما جبران پذیر می باشد. مانند بیماری که در اثر سقوط و زمین خوردن، دچار شکستگی دست شده است. پس آسیب وارد شده اما بعد از گچ گرفتن و باز نمودن گچ حدود یک ماه بعد، بیمار عملکرد طبیعی خود را به دست می آورد.
- 3-5- **خطاهای منجر به بروز آسیب های فاجعه آمیز (Sentinel event):** خطاهای جبران ناپذیر که منجر به مرگ، آسیب جدی، از کار افتادگی دائم می شوند. مانند بیماری که در اثر سقوط، فوت شده است.
- 3-6- **فرهنگ ایمنی بیمار:** محصول ارزش ها، نگرش ها، ادراکات، شایستگی ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی و سلامت سازمانی و روشی کارآمدی آن را نشان می دهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دو طرفه است که در آن همه کارکنان می توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی آن ها صحبت کنند بدون آن که ترسی از سرزنش غیر منصفانه یا تنبیه داشته باشند.
- 3-7- **تیم RCA بیمارستان:** شامل مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار، کارشناسان نظارت بر درمان، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول بهبود کیفیت می باشد.

**4- مسئولیت ها و اختیارات:**

- 4-1- مسئول فنی/ مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت تدوین، بازنگری این سند در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.
- 4-2- مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.
- 4-2- کلبه مدیران، مسئولین و سرپرستاران مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

- 5-1- ترویج و نهادینه نمودن گزارش دهی وقایع ناخواسته درمان، باید توسط رییس بیمارستان و تیم رهبری و مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستماتیک و فرهنگ منصفانه صورت گیرد و در فرهنگ سازمانی این موضوع درک گردد که کارکنان حرفه ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با ارزش های سازمانی از خود بروز دهند ولی بی مبالاتی ها قابل پذیرش و تحمل نیست.
- 5-2- به منظور ترویج فرهنگ ایمنی در کتابچه توجیهی و جلسه توجیهی کارکنان جدید الورد، نحوه گزارش دهی خطاها و انواع خطاها باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سوپروایزر آموزشی آموزش داده شود.
- 5-3- برنامه آموزشی در خصوص خطاهای پزشکی، گزارش دهی همگانی خطاها، فرهنگ بدون ترس از سرزنش و تنبیه برای کلبه کارکنان درمانی و غیر درمانی توسط واحد ایمنی و سوپروایزر آموزشی با هماهنگی واحد آموزش برگزار گردد.
- 5-4- به منظور ترویج فرهنگ گزارش دهی خطا و افزایش مشارکت کارکنان در این امر، در جلسات بازدید ایمنی، مدیران باید بر شیوه های خود اظهاری بدون ترس از تنبیه و سرزنش تاکید نمایند و موانع گزارش دهی خطاها توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات مورد مورد بحث و بررسی قرار گیرد.
- تبصره 1: به منظور رفع موانع گزارش دهی خطا، سامانه ثبت الکترونیکی خطا (سامانه تلفنی 9988) با رعایت کامل محرمانه ماندن فرد گزارش دهنده موجود است و ذکر مشخصات در فرم های گزارش دهی کتبی خطا اختیاری است.
- 5-5- در صورت ارایه گزارش خطا بصورت خوداظهاری نحوه پاداش و تشویق حمایتی پرسنل توسط مدیر ارشد آن حیطه بررسی و تصمیم گیری می گردد و در صورت کشف خطا بدون اطلاع رسانی طبق مقررات با اعمال خطا در کمیته انضباطی برخورد خواهد شد.
- 5-6- گزارش دهی خطا باید توسط پرسنل به روش های زیر انجام گیرد:
- 5-6-1- تماس با سامانه 9988
- 5-6-2- روش تکمیل دستی فرم گزارش خطا و تحویل فوری به مسئول بخش/ سوپروایزر وقت در مورد خطاهایی که نیاز به گزارش فوری و اجباری خطا دارد. مانند (29 گانه) سقوط بیمار و یا سوختگی با کوتر و...
- 5-7- کلبه خطاهای گزارش شده از طریق روش های مذکور، به صورت محرمانه جمع آوری و بر اساس نوع خطا، سمت، بخش، موضوع و... بدون توجه به نام خطا کننده/ گزارش دهنده باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تقسیم بندی و تحلیل گردد.
- 5-8- خطاها باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اولویت بندی شود و جهت طرح اقدامات اصلاحی در کمیته های مرتبط مورد بررسی قرار گیرد و اطلاع رسانی و بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش کنندگان خطای بخش مربوطه ارائه شود.



9-5- چنانچه خطای رخ داده جزء خطاهای وقایع ناگوار برای بیمار باشد فرایند گزارش دهی خطاهای 29 گانه باید فوراً توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اجرا گردد.

10-5- در صورت وقوع هر کدام از وقایع 29 گانه ناگوار برای بیمار در بیمارستان، فرم مربوطه باید توسط مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار تکمیل گردد و ظرف 24 ساعت به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مرجع توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار گزارش شود.

11-5- گزارش فکس وقایع تهدید کننده حیات به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مرجع باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بایگانی گردد.

12-5- به منظور یافتن علت اصلی خطای رخ داده شده و تدوین فرآیند های لازم در پیشگیری بروز موارد مشابه، کمیته مرتبط با نوع خطا (دارو و درمان و تجهیزات پزشکی، کنترل عفونت، مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی نسوج، طب انتقال خون) با حضور مسئول فنی و مدیر درمان و مسئول بهبود کیفیت حداکثر ظرف مدت 3 روز از زمان واقعه تشکیل شده و با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت، تحلیل ریشه ای (RCA) و اقدامات اصلاحی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار انجام گیرد.

13-5- طی بازدید های هفتگی مدیریت ایمنی (Walk round) با مشارکت پرسنل وقت خطاهای پنهان که گزارش نشده و یا احتمال وقوع آن وجود دارد، باید بدون ترس از تنبیه و سرزنش به صورت شفاهی توسط مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار اظهار گردد.

14-5- کلیه خطاهای گزارش شده باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار جمع آوری و تحلیل گردد.

15-5- اگر خطا نیاز به تحلیل ریشه ای (RCA) داشت باید توسط تیم RCA بیمارستان تحلیل و بررسی شود.

16-5- نتایج تحلیل RCA باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته اخلاق بالینی بصورت ماهانه گزارش شود.

17-5- مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار، واحدها یا کارکنانی که نقش فعال در ارائه گزارش خطا داشته اند باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار جهت تشویق به کارگروه منابع انسانی/کمیته اخلاق بالینی معرفی گردد.

18-5- درس آموخته حاصل از نتایج و راهکارهای ارائه شده باید جهت یادگیری، به اشتراک گذاری و پیشگیری از بروز مجدد خطا به صورت مستمر توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار از طریق بارگذاری در فضای اطلاع رسانی اسناد بیمارستان، در اختیار پرسنل بیمارستان قرار داده شود.

6-پایش و نظارت:

1-6-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری دفتر بهبود کیفیت، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به مدیر درمان و هر 6 ماه در کارگروه ایمنی بیمار مطرح خواهد شد.

2-6-نظارت: نظارت بر اجرای سند به شرح ذیل خواهد بود:

1-2-6-نظارت بر عملکرد سرپرستاران، پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیر پرستاری خواهد بود.

2-2-6-نظارت بر عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و پزشکان در اجرای درست سند بر عهده مسئول ایمنی بیمار / مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 1: ارسال گزارشات عدم انطباق توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاب به مدیر درمان و بصورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت اعلام میشود.

**7- مرجع تایید ، تصویب ، ابلاغ ، نگهداری ، توزیع و بازنگری :**

7-1 - تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان ، کارگروه ایمنی بیمار مرجع تایید این سند خواهد بود.

7-2 - تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

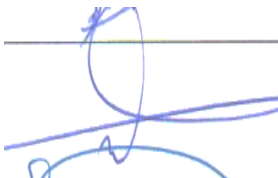
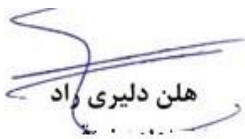
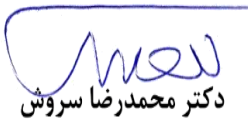
7-3 - نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

7-4 - بازنگری: این سند توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

8-1 - استاندارد های بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

8-2 - استاندارد های اعتبار بخشی-ویرایش پنجم- سال 1401

عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	الهام محمودی- سوپروایزر آموزشی	تکتم سبحانی- مسئول بهبود کیفیت	هلم دلیری راد- مدیر پرستاری
تهیه کنندگان			
تأیید اولیه		تصویب و ابلاغ کننده	
	رئیس کمیته	دکتر مهتابی معصومی مدیر بیمارستان نیکان	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ		نسخه کپی	
		کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ بیمارستان نیکان غرب	تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب