



۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل ایجاد فرهنگ گزارش دهی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه به منظور شناسایی خطاهای پزشکی و ارائه راهکار جهت کاهش خطاهای پزشکی و ایجاد موانع جهت تکرار خطاهای پزشکی می باشد.

سایر اهداف شامل:

- شناسایی حوادث بالقوه و ارزیابی و تعیین میزان آسیب های ناشی از آن به منظور تعیین اقدامات پیشگیرانه و بهبود در راستای حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان بیمارستان و بیماران و همراهان و پیشگیری از خسارات احتمالی
- کسب اطمینان از اجرای استانداردهای ایمنی بیمار
- اعمال کنترل های لازم در مدیریت گزارش دهی خطا
- تعیین شرایط لازم و امکانات و ابزار و تجهیزات لازم
- شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود در زمینه موارد واگذار شده
- بررسی و تحلیل ریشه ای در زمینه وقایع گزارش شده

۲- دامنه کاربرد: تمامی بخش/ واحدهای بیمارستان
صاحبان فرایند: مسئول ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و تیم ایمنی بیمار

۳- تعاریف:

۱-۳ خطای پزشکی: هرگونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است سبب به خطر انداختن ایمنی و سلامتی گیرنده خدمت و بیمار شود. این خطاها مستقل از خطرات 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 ۴ دسته تقسیم می شوند:

۱. **وقایع نزدیک به خطا (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.
۲. **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.
۳. **خطاهای منجر به بروز آسیب (Accident):** خطا اتفاق افتاده و منجر به آسیب شده اما آسیب 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.
۴. **خطاهای منجر به بروز آسیب های فاجعه آمیز (Sentinel event):** خطاهای جبران ناپذیری که منجر به مرگ، آسیب جدی و از کار افتادگی دائم می شوند. مانند بیماری که در اثر سقوط، فوت شده است.

گزارش خطاهای نوع ۱ و ۲ داوطلبانه، و نوع ۳ و ۴ اجباری می باشد.

۴- سیاست اجرائی بیمارستان:

۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی بر مبنای رعایت مفاد منشور حقوق بیمار، شناسایی حوادث بالقوه و ارزیابی و تعیین میزان آسیب های ناشی از آن به منظور تعیین اقدامات پیشگیرانه و بهبود در راستای حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان بیمارستان و بیماران و همراهان و پیشگیری از خسارات احتمالی، مقرر گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو: مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

۶- مسئولیت ها و اختیارات :

۱-۶ مسئول فنی/ مسئول ایمنی بیمار مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارد.

۲-۶ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

۷- شیوه انجام کار:

مسئول اجرا

- | | |
|---|---|
| کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/ سوپروایزر آموزش | ۱-۷ به منظور ترویج فرهنگ ایمنی بیمار به کلیه پرسنل خصوصاً کارکنان جدیدالورود، نحوه گزارش دهی خطاها آموزش داده شود. |
| کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | ۲-۷ به منظور ترویج فرهنگ گزارش خطا و افزایش مشارکت کارکنان در این امر، در جلسات بازدید ایمنی بیمار، مدیران بر شیوه های خوداظهاری بدون ترس از تنبیه و سرزنش تاکید نمایند و موانع گزارش دهی خطاها در جلسات مورد بحث و بررسی قرارگیرد. |
| کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | ۳-۷ به منظور رفع موانع گزارش خطا در خطاهای داوطلبانه، فرم گزارش دهی داوطلبانه خطا در پرتال بیمارستان قرار داده شده است. |



۴-۷- به منظور گزارش پرسنل بدون ترس از تنبیه و سرزنش، در فرم‌های گزارش خطا، درج نام گزارش کننده خطا می‌بایست اختیاری در نظر گرفته شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۵-۷- به منظور رفع گزارش خطا در خطاهای اجباری، در موارد خود اظهاری خطا، بیمارستان موظف است از پرسنل حمایت حقوقی نماید ولی در غیر این صورت طبق مقررات با عامل خطا در کمیته انضباطی برخورد شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۶-۷- کلیه خطاهای گزارش شده، به صورت محرمانه جمع‌آوری و براساس نوع خطا، سمت، بخش، موضوع و... بدون توجه به نام خطا کننده/ گزارش کننده تقسیم بندی و تحلیل گردد.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۷-۷- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به صورت روزانه خطاها را مورد بررسی قرار دهد و اقدامات اصلاحی انجام گردد.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۸-۷- خطاها توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی طبقه بندی شود و براساس اهمیت و الویت بررسی و اقدامات اصلاحی انجام گیرد.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۹-۷- در صورت نیاز به برگزاری جلسه و RCA هماهنگی های لازم با صاحبان فرایند انجام شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۰-۷- موارد گزارشات خطا در انتهای ماه به مسئول بخش جهت به اشتراک گذاشتن بین پرسنل بخش و انجام اقدامات اصلاحی اتوماسیون گردد.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۱-۷- چنانچه خطای رخ داده جزو خطاهای وقایع تهدید کننده حیات در درمان بیماران باشد فرایند گزارش دهی خطاهای ۲۹ گانه اجرا گردد.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سوپروایزر، پرستار
۱۶-۷- نتایج تحلیل خطا را در کمیته پایش و سنجش کیفیت گزارش شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

۱۷-۷- در خصوص وقایع ناخواسته حیات باید به شرح زیر عمل می‌گردد:

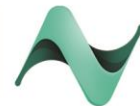
۱-۱۷-۷- کدهای ۲۹ گانه وقایع ناخواسته در بیمارستان و فلوچارت فرآیند واکنش سریع وقایع ناخواسته به بخش های بستری ابلاغ گردد.	مسئول ایمنی
۲-۱۷-۷- کلیه پرسنل درمان در صورت وقوع وقایع ناخواسته، می‌بایست موارد ناخواسته را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در شیفت صبح و به سوپروایزر در شیفت های غیراداری اعلام کنند.	سوپروایزر بالین، پرستار
۳-۱۷-۷- وقایع ناخواسته حیات در صورت رخ داد می‌بایست نهایتا تا پایان همان شیفت توسط سوپروایزر به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به صورت پیامک اطلاع رسانی شود.	سوپروایزر بالین
۴-۱۷-۷- گزارش واقعه ناخواسته درمانی به محض وقوع به صورت پیامک به کارشناس متناظر در معاونت درمان ارسال شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۵-۱۷-۷- حادثه، به محض وقوع در سامانه NEVER EVENT دانشگاه، گزارش شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۶-۱۷-۷- بارگذاری فرم خطا در کمتر از ۶ ساعت در سامانه NEVER EVENT انجام شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۷-۱۷-۷- اطلاعات حادثه جمع آوری و پس از بررسی تمامی جوانب، RCA انجام واقعات اصلاحی جهت پیشگیری از موارد مشابه تعیین گردد و در کمیته مرگ و میر نیز مطرح گردد.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۸-۱۷-۷- انجام تحلیل علل ریشه‌ای براساس کاربرگ تحلیل علل ریشه‌ای انجام شود و صورتجلسه تحلیل ریشه‌ای مرکز حداکثر ظرف مدت ۲ هفته در سامانه NEVER EVENT بارگذاری شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۹-۱۷-۷- گزارش دهی و تحلیل کلیه کدهای مرتبط با وقایع ۲۹ گانه انجام شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۰-۱۷-۷- ثبت گزارش آن دسته از سقوطهایی که براساس راهنماها، با آسیب جدی و پایدار روبرو شده است در سامانه NEVER EVENT بارگذاری شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۱۱-۱۷-۷- مصوبات و درس آموخته ایمنی از خطای NEVER EVENT تهیه و به کلیه بخش ها ابلاغ شود و در سامانه پرتال قسمت LEARN & SHARE بارگذاری شود.	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در هر مرکز با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان مربوطه، طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول گیرنده خدمت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار هر ۳ ماه در کمیته سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد.

۲-۸- نظارت:

۲-۱- نظارت بر عملکرد پرستاران و ارائه دهندگان خدمت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی سرپرستاران و مسئولین واحدهای مرکز می‌باشد.



۲-۲-۸- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و مسئولین واحدها در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی سوپروایزران و مسئول گیرنده خدمت خواهد بود.

۳-۲-۸- نظارت بر عملکرد سوپروایزران، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول گیرنده خدمت در اجرای درست سند به عهده‌ی مسئول فنی، مدیر درمان و مدیر پرستاری هر مرکز می باشد.

۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۱-۹- تایید: پس از تایید اولیه ریاست بیمارستان، کمیته پایش و سنجش کیفیت هر مرکز مرجع تایید این سند خواهد بود.

۲-۹- تصویب و ابلاغ: روسای بیمارستان‌ها، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهند بود.

۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

۴-۹- بازنگری: این سند توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. روسای بیمارستان‌ها، مدیران درمان، دفاتر بهبود کیفیت در هر مرکز میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

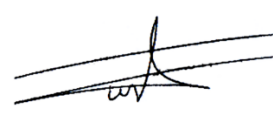
۱۰- منابع و مراجع:

۱-۱۰- استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار

۲-۱۰- استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم، ۱۴۰۱

۳-۱۰- دستورالعمل‌های ابلاغی معاونت درمان

تهیه کنندگان

فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	پیام عباسی مسئول بهبود کیفیت و آموزش
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	