

سُبْحَانَكَ يَا عَزِيزُ



• مدیریت خطا و خطر

• محمود کاظمی

• مسئول دفتر حاکمیت بالینی

• هر بیشه مگو خاری است

• شاید که پلنگی خفته باشد



آرامگاه نیکو پرورشیده

امیر عطا جوکار

فرزند «غلامرضا»

ولادت: ۱۳۰۹ هجری قمری

گذشتگی: ۱۳۸۸ هجری قمری

قبرستان قضا

جان به جان اخیرین تقدیم نمود





مدیریت ریسک در حوزه درمان

تعریف :

- انجام فعالیت های بالینی و اداری برای
- شناسایی ، ارزیابی ، کاهش آسیب به
- بیماران ، کارکنان ، ملاقات کنندگان و سازمان

(Joint commission, 2007)

ضرورت های مدیریت ریسک

■ در تمامی اقدامات درمانی و غیر درمانی امکان تصمیم گیری متعدد است

■ شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف ، متفاوت است

■ عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است

■ وقایع آینده عمدتا غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است

• افزایش ایمنی بیمار

• افزایش انتظارات بیمار ، متخصصان و کارکنان

• ارایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه

میشود

هدف کلی: ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت

اهداف اختصاصی : Objectives

مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

• **استقرار نظام طبابت مبتنی بر اثربخشی بالینی**

• **استقرار نظام ممیزی بالینی**

• **ارتقا و بهبود فرایند تعامل با بیمار و جامعه**

• **ارتقا و بهبود فرایند آموزش و مهارت کارکنان**

• **ارتقا و بهبود فرایند مدیریت کارکنان**

• **ایجاد فرهنگ استفاده از نظام مدیریت اطلاعات**

استراتژی های هدف اختصاصی مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار:

۱- فرهنگ سازی و بسترسازی مناسب

۲- حمایت و رهبری کارکنان در مسیر مدیریت خطر

۳- ایجاد نظام مدیریت خطر با رویکرد واکنشی (reactive)

۴- ایجاد نظام مدیریت خطر با رویکرد پیشگیرانه (proactive)

۵- ترویج گزارش دهی خطاها

۶- تعامل با بیمار و مردم و استفاده از نظرات آن ها در مدیریت خطر

۷- یادگیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده

۸- نهادینه کردن و اجرایی نمودن درس های آموخته شده از خطاها

7 مرحله در فرایند مدیریت ریسک

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- ارزیابی ریسک
- تحلیل ریسک
- استراتژی جهت کاهش، حذف و انتقال ریسک
- بررسی و نظارت مداوم
- ارتباطات موثر و مشاوره

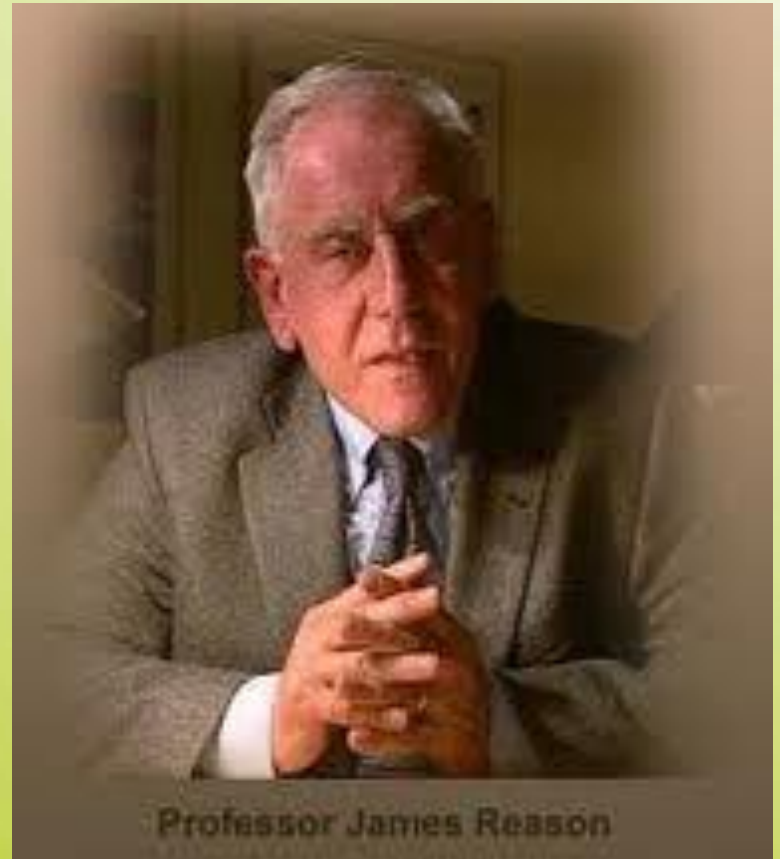
10- زمينه سازي



System or person.....?

“We can’t change the human condition, but we can change the conditions under which humans work”.

Prof James Reason



Transfer to 11 North (Cortina)
 S/P Anterior Cervical Dissections
 and Spinal Craft / Prost / Fusion
 stable

DATE/TIME: 3/29/00
 SIGNATURE: [Signature]

Initials per patient
 OOB draw / COB UBA T
 Soft collar 2 weeks all times
 Fed / SCNs while in bed

DATE/TIME: 3/29/00
 SIGNATURE: [Signature]

Ps + Os
 O/C Foley
 1:1 observation for confusion/safety
 Soft collar per protocol per

DATE/TIME: 3/29/00
 SIGNATURE: [Signature]

AT consult UBA T
 Rebrat consult Placement Brooke or
 Regular Acet. No. Cervicals Study

DATE/TIME: 3/29/00
 SIGNATURE: [Signature]

W-ORIG'S W: [Signature]
 DOCS / INSTR: [Signature]

SPECIAL INSTRUCTIONS: [Signature]

PHYSICIAN'S SIGNATURE: [Signature]
 NURSE'S SIGNATURE: [Signature]

DATE/TIME: 3/29/00
 SIGNATURE: [Signature]

PHYSICIAN'S SIGNATURE: [Signature]
 NURSE'S SIGNATURE: [Signature]

DATE/TIME: 3/29/00
 SIGNATURE: [Signature]

Review a Patient's Order Profile

- ORDER CHART -

| 3-May2000 | 4-May2000 | Fri | Sat

Category	Order	Current Status	...4...8...N...4...8... ...4...8...N...4...8... 5-May00 6...
MEDIC	SIMVASTATIN,20 MG,hs,PO	Active/A	-----x----- -----a-----a....
MEDIC	ASPIRIN,81 MG,qd,PO	Active/A	-----x-----x-- -----a-----....
MEDIC	NYSTATIN,1 appl,Ntid,TP	Active/A	-----x--x--x-----x-- a--a-----aa-a....
MEDIC	PHENYTOIN ER,100 MG,q8h,PO	Active/A	-----x-----x-----x-----x-- a-----a--a-a-a....
MEDIC	CARBAMAZEPINE,400 MG,qAM,PO	Active/A	-----ax----- -----a-----....
MEDIC	CARBAMAZEPINE,200 MG,qPM6,PO	Active/A	-----x----- -----a-----a....
CARE	Vital Signs(T/P/R, BP),Nq8h	Active/A	-----x-----x-----x-----x----- a-----a--a-a-a....
CARE	Seizure Precaution,qs	Active/A	-----x-----x-----x-----x----- a-----a--a-a-a....
NUTRI	2gm Na/Low Cholesterol,tid	Active/A	-----x--x--x-----a-- a--a-----aa-a....
PROCE	Holter Monitor,once	Active/A	
PROCE	Physical Therapy Eval/Tx,qwkm-f	Active/A	-----x-----a-- -----a-----....
PROCE	OccupationalTherapy /Eval/Tx,qwkm-f	Active/A	-----a----- -a-----a....
PROCE	MRI BRAIN W/O CONTRAST,once	Active/A	a -----X
PROCE	MRA HEAD AND /OR NECK W OR W/O,once	Active/A	a -----X
LABS	Add On Laboratory Order,once	Active/A	
LABS	CARBAMAZEPINE,6AMDraw	Active/A	S- -----aK
LABS	CARBAMAZEPINE,Next Rnd	Active/A	a- -----K

Selected Order Functions

Order List Legend

a=Action to be Done **x=Action Performed**
d=Action Discontinued **c=Action Canceled**
p=Result Pending
S=Scheduled Order Start Time **X=Order End Time**
O=Not Given/Held=> See Viewer for Information

Medication Order Conflicts

This New Order For

a Drug **INTERACTION** has been detected

Conflicts with These Existing Orders:

Action	I	D	Effect	Medication	Dose	Freq	Prn	First Dose	Ord#
<input type="checkbox"/>	2		MAR	LISINOPRIL 2.5MG TAB	2.5 MG	qd		25Apr 1000	42

Process Actions

Identified Allergies and Reactions for this Patient

- 1 NO KNOWN ALLERGIES
- 2
- 3
- 4
- 5

For New Order

For further info, click





7/28/1998



زمینه سازی

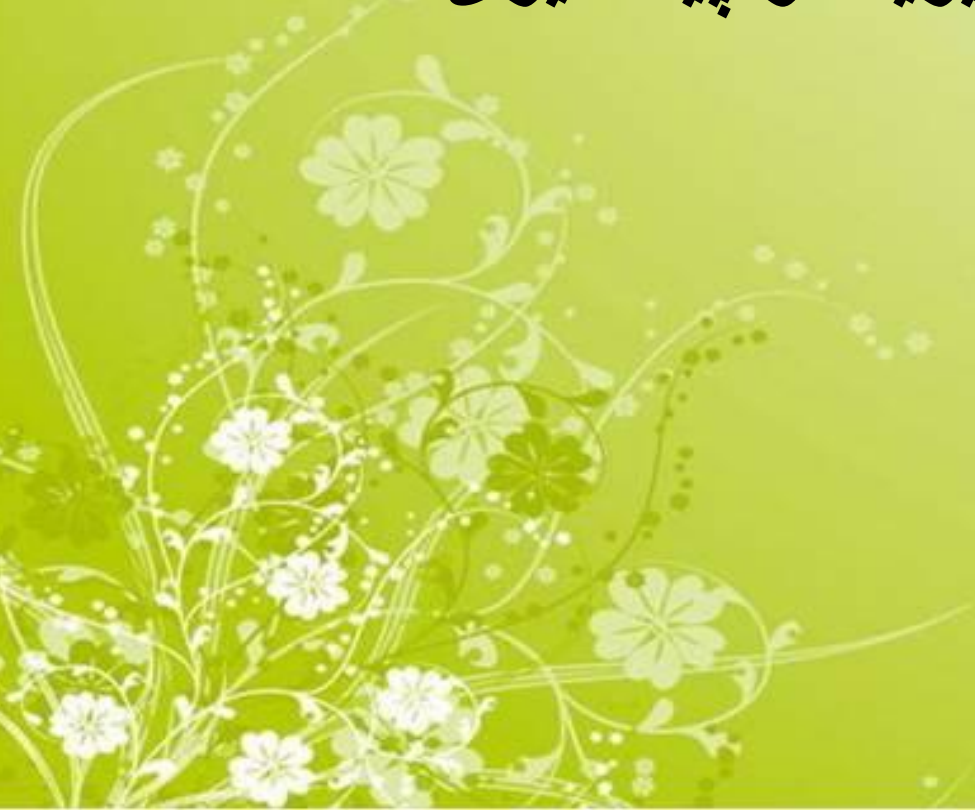
فراوانی و شیوع خطاهای پزشکی

عوارض جانبی ثبت شده در هفت کشور (برداشت از وینسنت ، ۲۰۰۶)

میزان عوارض جانبی-درصد از پذیرش	تعداد پذیرش در بیمارستان	تعداد بیمارستانهای مورد مطالعه	مکان مطالعه	نویسنده
3.7	20864	51	ایالات متحده	Brennan et al. (1991)
16.6*	14179	28	استرالیا	Wilson et al. (1995)
10.8	1014	2	انگلیس	Vincent et al. (2001)
9.0	1097	17	دانمارک	Schioler et al. (2001)
11.2	6579	13	نیوزیلند	Davis et al. (2001)
14.5	778	7	فرانسه	Michel et al. (2004)
7.5	3745	20	کانادا	Baker et al. (2004)

• **10-16 درصد از بیماران بستری در بیمارستان دچار
خطا یا عوارض ناخواسته می شوند.**

• **نیمی از این موارد قابل مدیریت و پیشگیری هستند.**



میزان عوارض جانبی 2-4 درصد به چه معنی است؟

• ارزش 0.1%:

1 ساعت آب آشامیدنی ناسالم هر ماه

در هر روز فرود نا ایمن دو هواپیما در فرودگاه شیکاگو

16,000 نامه گم شده در هر ساعت

22,000 چک اشتباه از حساب بانکی در هر ساعت

20,000 تجویز دارو اشتباه هر سال

500 عمل جراحی نادرست در هر هفته

افتادن 50 نوزاد در هنگام تولد هر روز

• در 20-40 ضرب شود میزان خطای 2-4 درصد را نشان می دهد

الف (وقایع جراحی

1. انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن
2. انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه
3. انجام جراحی با روش و رویه غلط بر روی بیمار
4. جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعد از جراحی یا سایر روش های درمانی
5. مرگ در حین عمل یا بلافاصله بعد از عمل جراحی در بیمار با وضعیت سلامتی طبیعی
6. تلقیح مصنوعی با اهداکننده های (اسپرم و تخمک) اشتباه

ب (وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات

- ۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتی
- ۲- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از دستگاهها و تجهیزات مصرف شده قبلی و یا دستگاههایی با عملکرد متفاوت با آنچه مورد انتظار است .
- ۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال آمبولی هوای داخل عروقی در مراکز ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی

پ (وقایع مراقبتي بیمار

- 1- ترخیص نوزاد به شخص اشتباه
- 2- مرگ یا ناتوان جدي بیمار بدنبال مفقودشدن (بیش از 4 ساعت بیمار
- 3- خودکشي یا قصدخودکشي منجر به ناتواني جدي درحین ارائه خدمات مراقبتي

ت) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

- 1- مرگ یا ناتوانی جدي بیمار مرتبط با خطاي درمانی
- 2- مرگ یا ناتوانی جدي بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک بعلت تجویز خون یا فراورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)
- 3- مرگ یا ناتوانی جدي مادر در زایمان طبیعی یا وضع حمل حاملگی های کم خطر موقع ارائه خدمات مراقبتی

ج (وقایع جنائی

- 1- هرگونه اصرار دستورات درمانی توسط شخصیت های پزشك ، پرستار ، داروساز و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی دارای پروانه کار
- 2- سوء استفاده و تجاوز جنسی از بیمار
- 3- مرگ یا جراحت مهم بیماریا پرسنل ناشی از سوء استفاده و تجاوز فیزیکی
- 4. ربودن بیمار

اهمیت ایمنی بیمار

Safety is like peeling an onion; the more you look, the more you find, the more you find, the more you cry!

(Haig, 2004)



خطاهای پزشکی

خطای انسانی

تشخیص

تاخیر در تشخیص

اشتباه در تشخیص

تجویز

فقدان تشخیص

ثبت

درمان

روابط و هماهنگی

استفاده نامناسب از فن
آوری دارو و تجهیزات روشها

دوز نامناسب
بیش از حد کمتر از حد

دارو یا تست یا ابزار
بالینی اشتباه

مسیر اشتباه بالینی

ارزیابی و پایش
نامناسب بیمار

خطای سیستمی

خطای مدیریتی سازمانی
ساختار / فرآیند

خطای تکنولوژی / تکنیکی

9 راه حل ایمنی بیمار

1. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

Look-alike, sound-alike medication names

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

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

4. انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
performance of correct procedure at correct body site

9 راه حل ایمنی بیمار

5. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

control of concentrated electrolyte solutions

6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

assuring medication accuracy at transitions in care

7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

avoiding catheter and tubing misconnections

9 راه حل ایمنی بیمار

8. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات

single use of injection devices

9. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

improved hand hygiene to prevent health care-associated infection

G هدف کلی: ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت						
O1 هدف اختصاصی ۱: مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار						
S1-1 استراتژی ۱-۱: فرهنگ سازی و بستر سازی مناسب						
برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۱:						
نام فعالیت	مسوول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت
انتخاب فردی به عنوان risk manager و patient safety officer						
نیازسنجی آموزشی						
طراحی برنامه آموزشی مناسب (در خصوص فرهنگ عدم سرزنش، فرهنگ یادگیری مستمر سازمانی و...)						
ثبت و نگهداری مستندات و ورود اطلاعات مربوطه در شناسنامه پرسنلی						
درج اهمیت مدیریت خطر و ایمنی بیمار در برنامه ریزی استراتژیک بیمارستان						
تدوین پمفلت‌ها و پوسترهای آموزشی درخصوص بیان اهمیت ایمنی بیمار برای کارکنان						
توزیع پمفلت‌ها و نصب پوسترها در معرض دید کارکنان						
ذکر اهداف و چشم انداز بیمارستان در مسیر تحقق ایمنی بیمار در فیش‌های حقوقی پرسنل						

ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت						هدف کلی:	G
مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار						هدف اختصاصی ۱:	O1
حمایت و رهبری کارکنان در مسیر مدیریت خطر						استراتژی ۱-۲:	S1-2
برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۲:							
گزارش پیشرفت	هزینه	شاخص دستیابی	تاریخ پایان	تاریخ شروع	مسئول اجرا	نام فعالیت	
						فراهم کردن شرایط حضور کارکنان در برنامه های آموزشی خارج سازمانی در خصوص مدیریت خطر	
						ایجاد سیستم نظر سنجی از کارکنان در خصوص ایمنی بیمار	
						تسهیل دسترسی ملاقات های حضوری کارکنان با مسوول ایمنی بیمار در بیمارستان برای ارائه نظرات و پیشنهادات	
						تشویق کارکنانی که فعالانه در مدیریت خطر نقش داشته اند (مانند ارائه پیشنهادات در مسیر ایمنی بیمار، شناسایی و تهیه لیست خطرات بخش، مشارکت در گزارش دهی عفونت ها، مشارکت با کمیته های	
						تشویق بخش های فعال در گزارش خطاها (اعلام عمومی در گزارشات صبحگاهی، در تابلوی اعلانات، دادن تسهیلات رفاهی و...)	
						ارائه بازخورد به کارکنان در خصوص عملی کردن نظرات و پیشنهادات آنان	
						انجام walk round توسط مدیریت بیمارستان به منظور تثبیت اهمیت مدیریت خطر و ایمنی بیمار	

2-شناسایی ریسک

تکنیکهای ایمنی نشان داده که ما می توانیم حوادث را شناسایی و کنترل نماییم تا از وقوع آنها پیشگیری کنیم. شناسایی موفق حادثه، حداقل نیاز به ۵ اقدام اساسی دارد:

۱- مطالعه و بررسی همه جانبه محیط کار

۲- تجزیه و تحلیل حوادث به وقوع پیوسته

۳- تشکیلات کنترل و نظارت

۴- بازرسی در حین کار

۵- انجام مطالعات و تحقیقات

شناسایی ریسک

- منابع برای شناسایی خطرات و ریسک
- 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 ، ...

3- ارزیابی ریسک

■ شرح آن دقیقاً معانی واژه های "احتمال" و "شدت" خطر را شامل می شود.

مخاطره - هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه ، بیماری یا مرگ افراد ، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و 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 مضرى که می تواند اتفاق بیفتد

احتمال - احتمال رخ دادن یک رویداد

ارزیابی ریسک

پس از شناسایی و تجزیه و تحلیل ریسک ، می توانیم ارزیابی کنیم :

احتمال

5	تقریبا قطعی
4	احتمالا
3	متوسط
2	بعید
1	نادر

شدت

5	بی نهایت
4	بسیار بالا
3	متوسط
2	کم
1	قابل اغماض

Existing level of risk =
severity (as a measure of magnitude) x likelihood (as a measure of frequency)

LIKELIHOOD/PROBABILITY

SEVERITY		Impossible	Unlikely	Low	Moderate	High	Certain
	Nil/negligible	0	0	0	0	0	0
	Low/minor	0	1	2	3	4	5
	Moderate	0	2	4	6	8	10
	Serious	0	3	6	9	12	15
	High/major	0	4	8	12	16	20
	Above tolerance	0	5	10	15	20	25

LEVEL OF RISK

No risk	Min risk	Low risk	Mod risk	High risk	Above tolerance
0	1 – 2	3 – 6	8 – 12	15 – 20	25
Do nothing	Act last	Act later	Act soon	Act NOW	Stop activity

نتایج ارزیابی ریسک

سطح ریسک

- ناچیز

- قابل تحمل

- متوسط

- اساسی

-

- تحمل ناپذیر

نشود و اگر کاهش ریسک امکان پذیر نیست فعالیت به کلی انجام نگیرد

هیچ عملی مورد نیاز نیست

هیچ کنترل بیشتری مورد نیاز نیست

اقدامات کاهش خطر باید اجرا شود

فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود.

فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع

4- تحلیل ریسک

- رویکردهای "واکنشی" و "بلادرنگ"
- 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 (بلادرنگ)

علل

- **علل تقریبی (سطحی یا واضح)**

Proximate (Superficial or obvious) causes

- **علل ریشه ای (عللی که منجر به علل تقریبی می شود)**

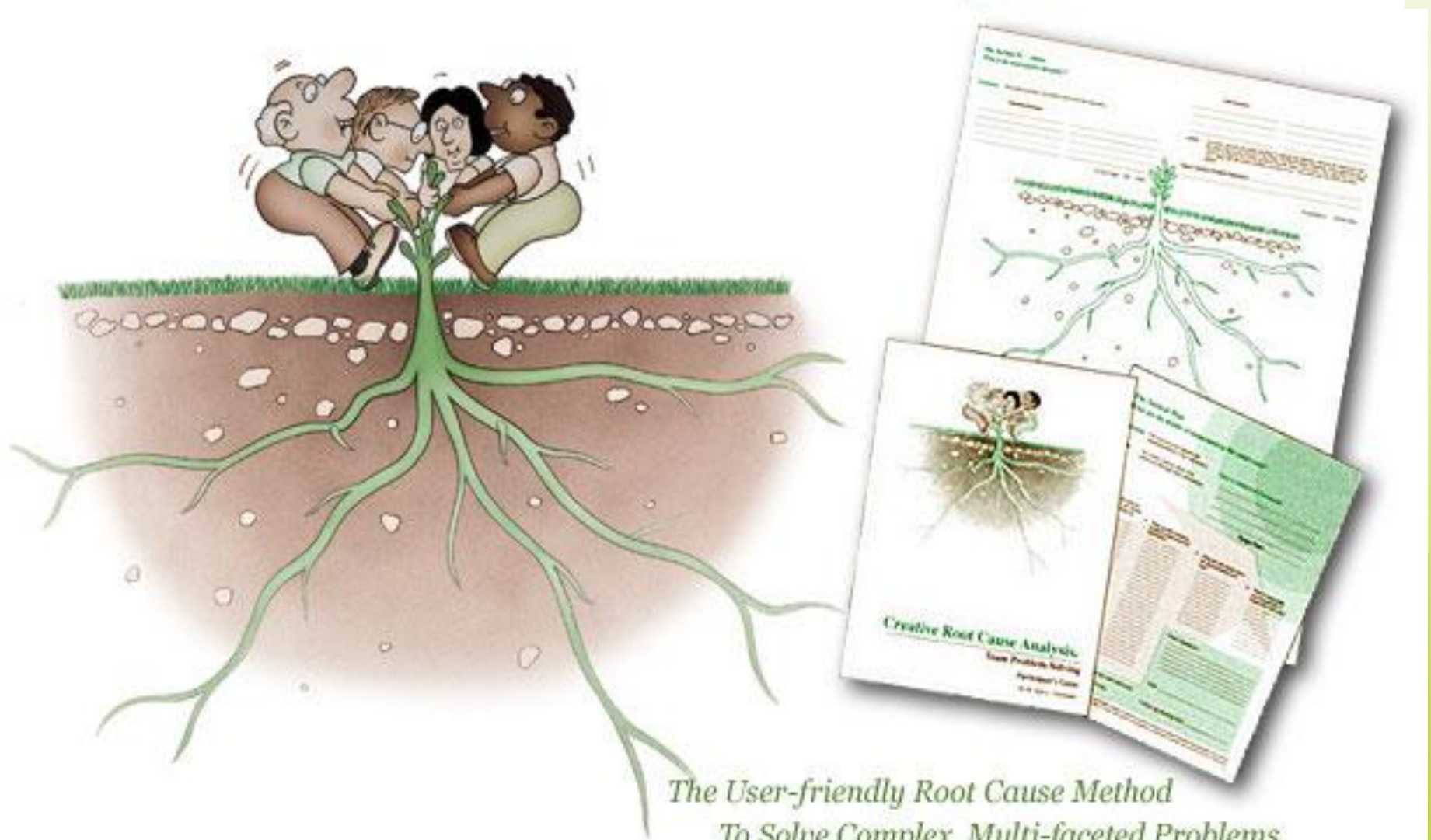
Root Cause(s)

- **روابط بین علل**

The interrelationship of causes

رویکرد واکنشی :

تحلیل ریشه ای علل وقایع



RCA Techniques

- **5 Whys**
- **Safeguard analysis**
- **Change analysis**
- **Causal factor tree analysis**
- **Failure mode and effects analysis**
- **Ishikawa diagram (the fishbone diagram or cause and effect diagram)**
- **Fault tree analysis**

5whys (5 چرا)

• رویکرد سیستماتیک سوال :

چگونه است که؟

چه چیزی بدانیم در مورد . . . ؟



نمونه ای از 5 چرا بلیط پارکینگ



I have just been given a parking ticket

Why ?

Parked in a 10 minute max parking zone and time expired

Why ?

Held up in a queue at the local bakery

Why ?

The till was inoperative

Why ?

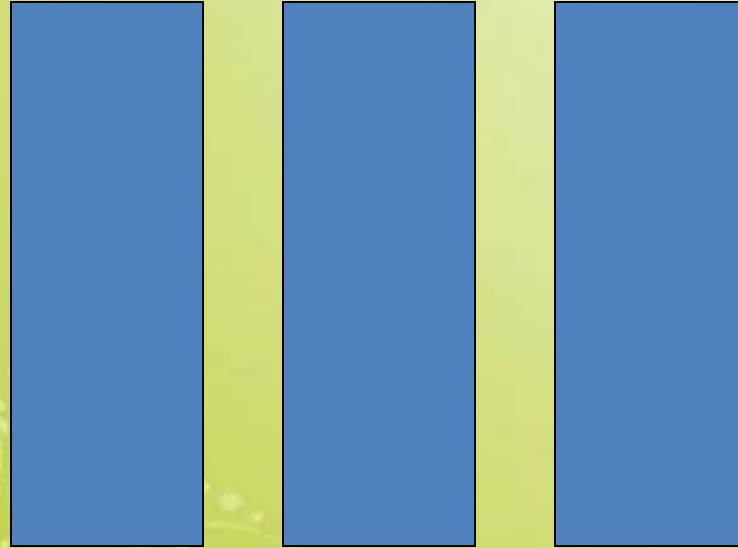
Till had not been serviced by manufacturers

Why ?

Bakery had forgotten to extend maintenance contract

Root Cause

تجزیه و تحلیل تدابیر حفاظتی



تدابیر محافظتی

Safeguards

مانع

- مانع : اقدامی کنترلی است که برای پیشگیری از وارد شدن آسیب به موارد آسیب پذیر (افراد، اشیا و ساختمان، وجهه و اعتبار سازمان، جامعه) طراحی و اجرا می گردد .

موانع، کنترل ها و لایه‌های دفاعی

- موانع مبتنی بر اعمال انسان

- موانع اجرایی و مدیریتی

- موانع طبیعی

- موانع فیزیکی



موانع انسانی مانند:

- ▶ چک کردن دوز دارو قبل از تزریق به بیمار
- ▶ امتحان کردن گرمای آب حمام قبل از شستشوی بیمار مسن
- ▶ کنترل و مهار بیماران مهاجم



موانع اجرایی مانند:

- ▶ پروتکل ها و پروسیجرها مانند سیاستهای شناسایی بیمار
- ▶ آموزش و نظارت
- ▶ امضای حداقل دو نفر برای داروهای ویژه



موانع طبیعی مانند :

- استفاده از موانع زمانی، فاصله ای، نحوه قرار گرفتن و ذخیره اشیا/داروها ، نحوه استقرار بیماران مانند :

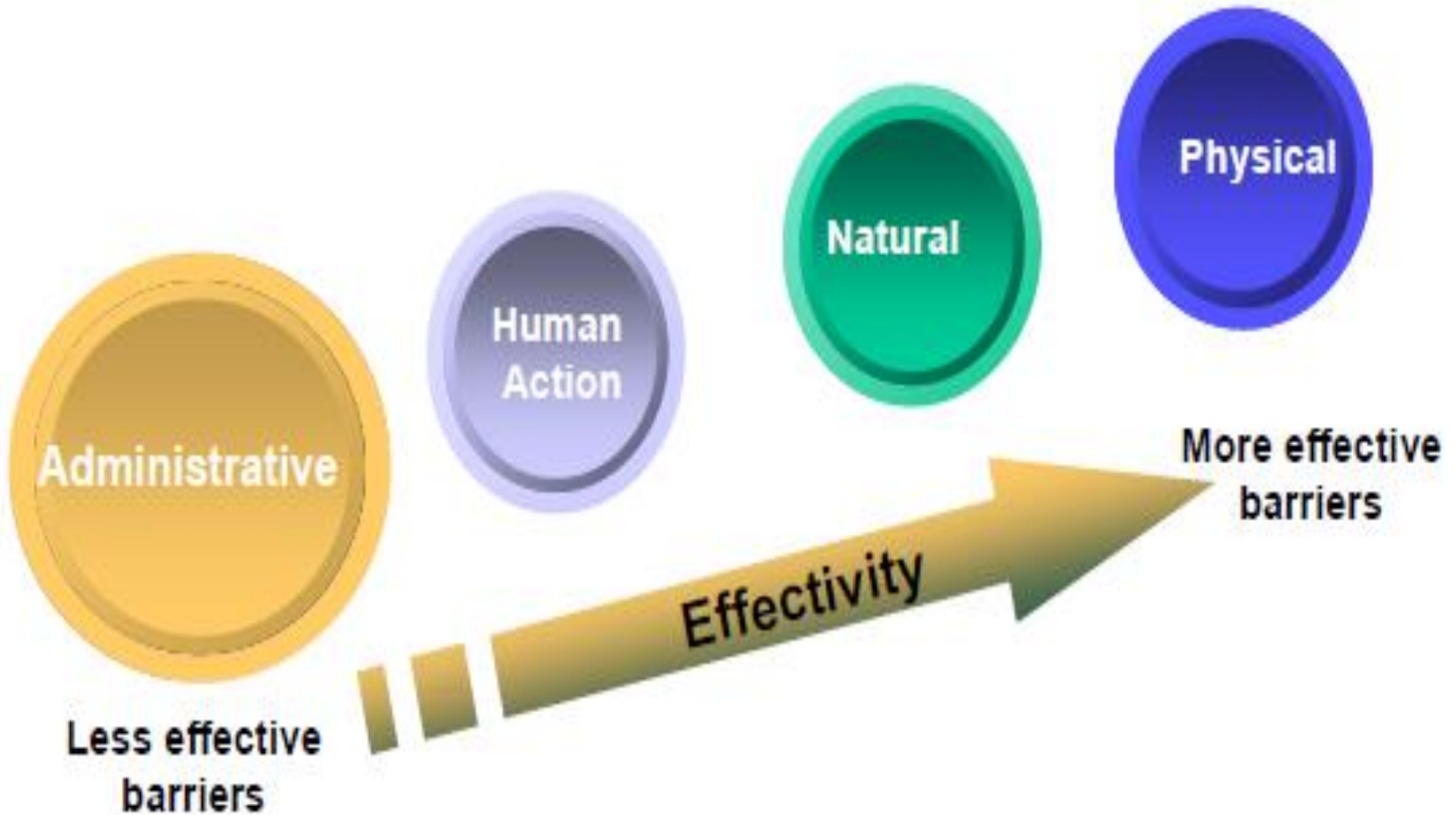
ایزوله کردن بیمار **(MRSA) methiciline resistant Staphyloccous aureus**

- وجود پروسیجر برای تشخیص مرگ بیماران مغزی که به صورت مستقل توسط دو پزشک انجام می شود و ۱۲ ساعت بعد مجدداً تکرار می شود.
- تجویز متوترکسات و وینکریستین در روزهای جدا توسط افراد جدا
- وجود پروسیجر برای کنترل داروهای تجویز شده در دارخانه مثلاً تخصیص زمان کافی (۱۰ دقیقه) بین چک اولیه نسخه و پیچیدن نسخه

موانع فیزیکی مانند :

بارکدها، نگهداری برخی داروها در قفسه های دربسته، دستبند شناسایی بیمار، برنامه های کامپیوتری که تا یک مرحله تمام نشده اجازه ورود به مرحله بعدی را نمی دهد (در تکمیل پرونده بیماران) و ...

اثر بخشی موانع



اثر بخشی موانع

▶ می توان گفت که معمولاً موانعی که دربر گیرنده اقدامات انسانی و اجرایی هستند، ضعیف ترین موانع هستند، از آن جهت که بر روی رفتار و عملکرد انسانی تکیه زیادی داشته و انسان نیز جائز الخطا است.

▶ در بخش بهداشت و درمان بکارگیری **موانع انسانی** و **موانع اجرایی** و **مدیریتی** متداول تر از سایر موانع است (Weak Failsafe)، دلیل این امر هم به خوبی مشخص نیست، اما می توان یک دلیل آن را تکیه بیش از حد به فعالیت های انسانی در این بخش دانست.

▶ در موانع فیزیکی معمولاً از بقیه موانع قوی تر می باشند (Strong failsafe).

▶ با ترکیب و ادغام موانع در مراحل مختلف می توان قدرت و اثر بخشی آنها را افزایش داد (به خصوص در مورد موانع اجرایی و انسانی)

نمودار استخوان ماهی

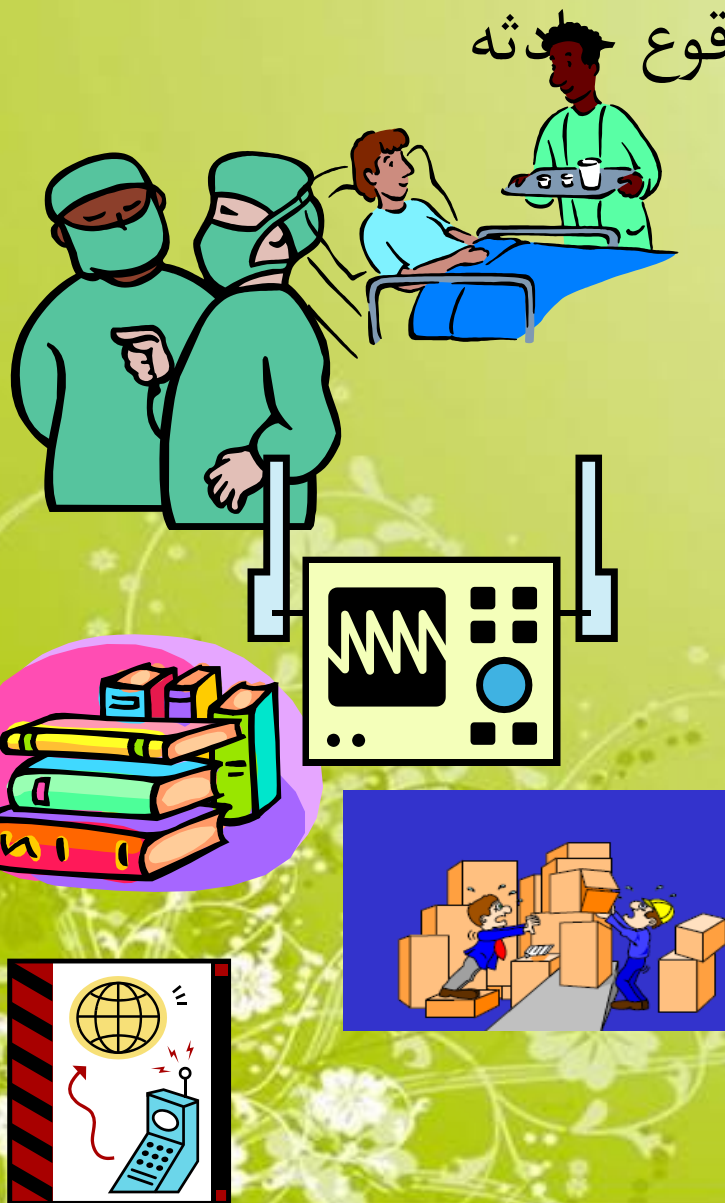
Fishbone Diagram

- در سر ماهی :
منطقه یا فرایند مورد مطالعه

- در تیغه های اصلی :
گروه های مختلف ریسک و یا دسته بندی های مختلف ریسک

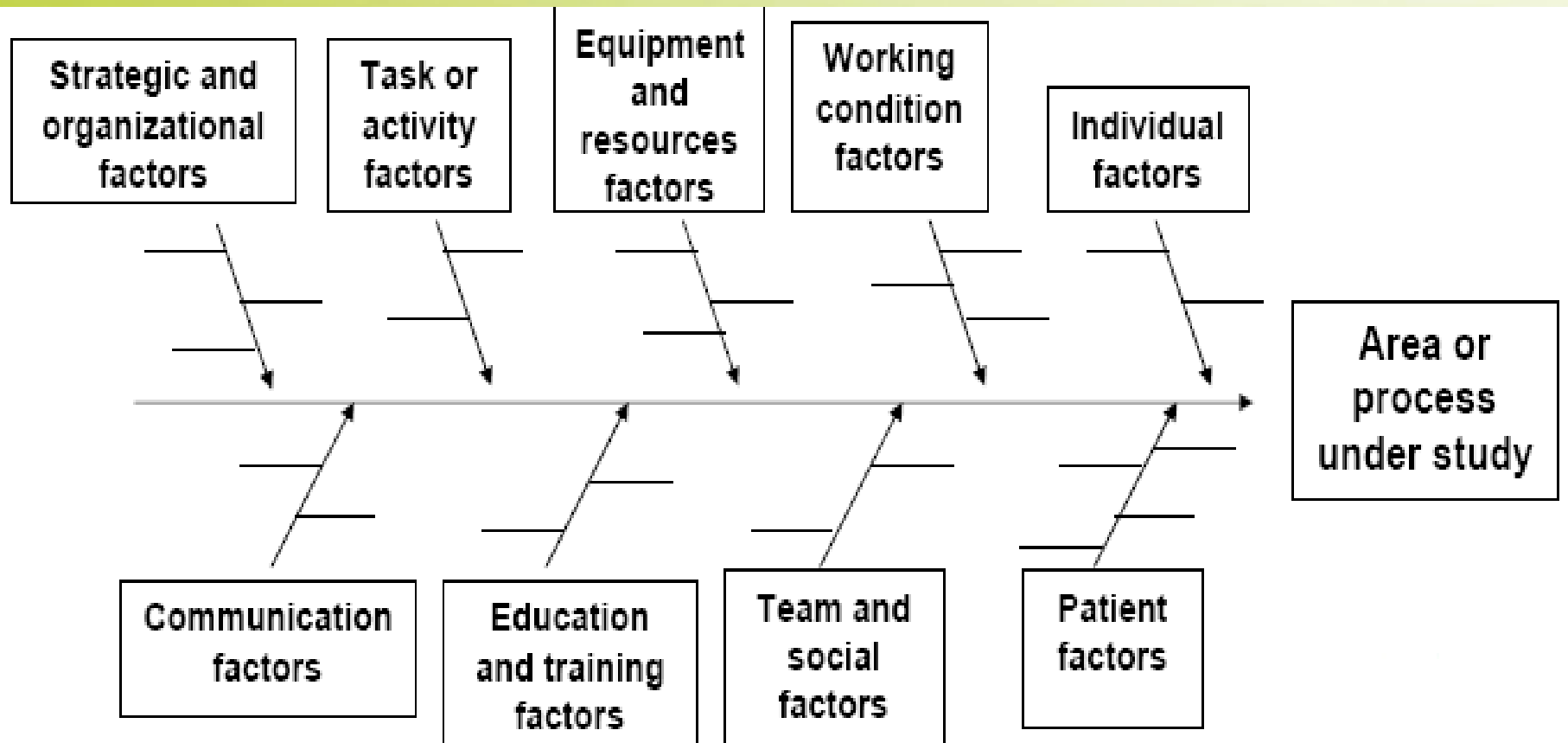
- در هر تیغه کوچک :
ریسک های ویژه مشخص شده برای هر دسته بندی

عوامل اصلی دخیل در وقوع حادثه



- ▶ عوامل مرتبط با بیمار
- ▶ عوامل شخصی
- ▶ عوامل مرتبط با وظیفه
- ▶ عوامل ارتباطی
- ▶ عوامل اجتماعی و مرتبط با تیم
- ▶ عوامل مرتبط با آموزش
- ▶ عوامل مرتبط با منابع و تجهیزات
- ▶ عوامل مرتبط با شرایط کاری
- ▶ عوامل مدیریتی و سازمانی

Fishbone diagram with the NPSA-NHS risk categories in HEALTH



G هدف کلی: ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت

O1 هدف اختصاصی ۱: مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

S1-3 استراتژی ۱-۳: ایجاد نظام مدیریت خطر با رویکرد واکنشی (reactive) و پیشگیرانه (proactive)

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۳:

نام فعالیت	مسوول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت
فعال کردن کمیته های مرگ و میر و عفونت بیمارستانی و تشکیل تیم RCA						
ارسال کلیه پرونده های مرگ و میر و عفونت های بیمارستانی به کمیته مربوطه						
بررسی و تجزیه و تحلیل کلیه پرونده های مرگ و عفونت های بیمارستانی به روش RCA						
انجام اقدامات اصلاحی براساس نتایج تحلیل در کمیته ها						
انتشار تجربیات کسب شده در سطح بیمارستان ، دانشگاه						
شناسایی و تهیه لیست خطرات شایع در هر بخش						
تشکیل کمیته مدیریت خطر و ایمنی بیمار جهت بستر سازی چرخه مدیریت خطر						
ارزیابی خطرات شناسایی شده در بخش ها در کمیته ایمنی بیمار و تعیین اولویت از بین آن ها (براساس شدت خطر و احتمال بروز)						
انجام اقدامات اصلاحی بر روی خطرات شناسایی شده، براساس اولویت های تعیین شده در کمیته ایمنی بیمار						
بررسی و نظارت مستمر برای پیشگیری از بروز مجدد خطر						

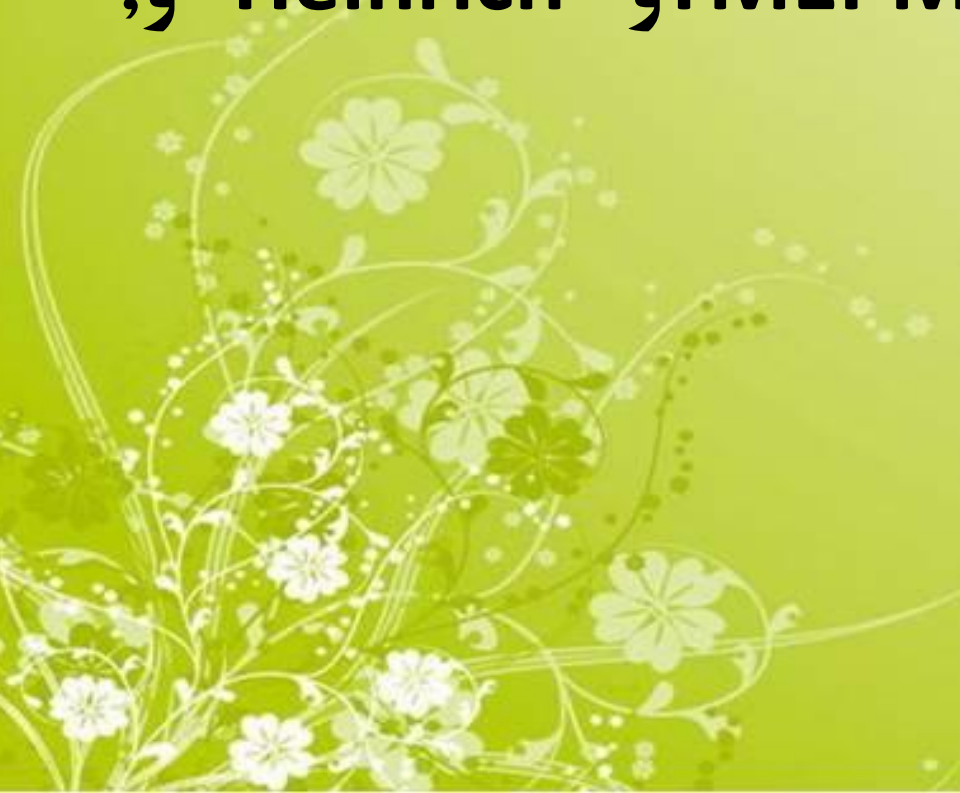
ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت						G هدف کلی:
مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار						O1 هدف اختصاصی ۱:
ایجاد نظام مدیریت خطر با رویکرد واکنشی (reactive) و پیشگیرانه (proactive)						S1-3 استراتژی ۱-۳:
ادامه برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۳:						
نام فعالیت	مسوول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
ایجاد ارتباطات موثر و مشاوره با کارکنان برای دریافت نظرات و پیشنهادات و اطلاع رسانی به آنان در رابطه با نتایج حاصل از چرخه مدیریت خطر						
ابلاغ دستورالعمل شستشوی دست ها مطابق دستورالعمل WHO						
آموزش و توجیه کارکنان در خصوص اهمیت شستن دست ها						
فراهم کردن تجهیزات و مواد لازم برای اجرای شستن دست ها مطابق دستورالعمل WHO						
پایش و نظارت بر نحوه عملکرد شستن دست ها						
شستن دست ها توسط متخصصان و روسای بخش ها به منظور ترغیب و آموزش غیر مستقیم به دیگر کارکنان						
برقراری همکاری با سازمان انتقال خون جهت استقرار نظام هموویژیلانس						
آموزش و توجیه فرایند نظام هموویژیلانس در بیمارستان برای کارکنان						
تهیه فرم ها و دستورالعمل های مربوط						
اجرای نظام هموویژیلانس						
ثبت و گزارش دهی عوارض ناخواسته به ستاد سازمان انتقال خون						
پایش و نظارت بر برنامه						

5- استراتژی جهت کاهش، حذف و انتقال ریسک

- اجتناب از خطر
- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
- انتقال خطر
- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

6- بررسی و نظارت مداوم

- مدل های گوناگونی جهت بررسی و نظارت مداوم بر علل وقوع حوادث مطرح شده است که شامل مدل های ۳E و ۴M، TMEPM و Heinrich و، Domino می شود



مدل 4M

- Man (انسان و کلیه فاکتورهای انسانی)
- Machine (ماشین آلات) ،
- Material (عوامل محیطی و فرایند و مواد کاربردی)
- Management (مدیریت)
- به عنوان عوامل مؤثر در وقوع حادثه مطرح شده اند.

مدل 3E

• Education (آموزش)

• Engineering (اقدامات مهندسي)

• Enforcement (اعمال قوانين ايمني و بهداشتي)

مدل TMEPM

Task (وظائف محوله به کارکنان)

Material (وسایل و تجهیزات و مواد کاربردی)

Environment (محیط کار)

Personal (مسائل شخصی کارکنان)

Management (مدیریت)

7-ارتباطات موثر و مشاوره

- راه اندازی برنامه منظم walk round
- برگزاری منظم جلسات کمیته ها و بویژه کمیته ایمنی بیمار
- اسقرار برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی
- راه اندازی نظام پیشنهادات
- راه اندازی تورهای ایمنی
- توجه به برنامه ممیزی داخلی
- استفاده از نظرات ارزیاب خارجی
- استفاده از نتایج شاخص ها

ارتباطات موثر و مشاوره

• ترویج گزارش دهی خطاها

• یادگیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده

• نهادینه کردن و اجرایی نمودن درس های آموخته شده
از خطاها

• تعامل با بیماران و همراهان و مردم و استفاده از نظرات
آن ها در مدیریت خطر

نحوه گزارش: A- گزارش اختیاری

B- گزارش اجباری

فرم هفتگی گزارش موارد خطا

بیمارستان از تاریخ لغایت

ردیف	خطا	نحوه گزارش	منبع گزارش	علت	نتیجه یا عارضه	شیفت
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

G هدف کلی: ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت

O1 هدف اختصاصی ۱: مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار

S1-4 استراتژی ۱-۴: ترویج گزارش دهی خطاها

S1-6 استراتژی ۱-۶: یادگیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده

S1-7 استراتژی ۱-۷: نهادینه کردن و اجرایی نمودن درس های آموخته شده از خطاها

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۴ و ۱-۶ و ۱-۷

نام فعالیت	مسوول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص	هزینه لازم	گزارش پیشرفت برنامه
تدوین فرم مخصوص گزارش دهی (به صورت الکترونیک، کاغذی و یا)				وجود فرم گزارش دهی		
تسهیل دسترسی به فرم های گزارش دهی در تمام بخش ها						
ابلاغ دستورالعمل چگونگی ثبت و گزارش دهی به تمام کارکنان				وجود ابلاغیه		
آموزش و توجیه کارکنان در خصوص اهمیت گزارش دهی وقایع ناخواسته						
جمع آوری فرم های تکمیل شده و تحلیل آن ها به روش RCA در کمیته مدیریت خطر و ایمنی بیمار	مسوول کمیته					
انجام اقدامات اصلاحی براساس نتایج تحلیل در کمیته						
ارائه فیدبک به کارکنان در خصوص وقایع ناخواسته	مسوول کمیته					
ارائه فیدبک به کارکنان در خصوص اقدامات اصلاحی	مسوول کمیته					
انتشار تجربیات کسب شده به سطح دانشگاه	مسوول کمیته					
پایش و نظارت مستمر به منظور اطمینان از تداوم اجرای اقدامات اصلاحی	مسوول کمیته					

ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت						
هدف کلی: G						هدف اختصاصی ۱: O1
مدیریت خطر و حفظ و ارتقای ایمنی بیمار						S1-5 استراتژی ۱-۵:
تعامل با بیماران و همراهان و مردم و استفاده از نظرات آن ها در مدیریت خطر						
برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی ۱-۵:						
گزارش پیشرفت برنامه	هزینه لازم	شاخص دستیابی	تاریخ پایان	تاریخ شروع	مسوول اجرا	نام فعالیت
						تدوین فرم های نظر سنجی (الکترونیک، کاغذی، ...) در خصوص شناسایی خطرات موجود در بیمارستان از دیدگاه بیماران، همراهان و مردم
						تدوین فرم های نظر سنجی در خصوص خطاهای پزشکی رخ داده از دیدگاه بیماران، همراهان و مردم
						دریافت نظرات بیماران در طول بستری و زمان ترخیص
						جمع بندی و تحلیل نظرات و اولویت بندی آنان برای انجام مداخلات
						انجام مداخلات اصلاحی
						ارائه بازخورد به بیماران، همراهان و مردم در خصوص اجرایی نمودن نظرات و پیشنهادات آنان

