

ایمینی و گزارش دهی خطا

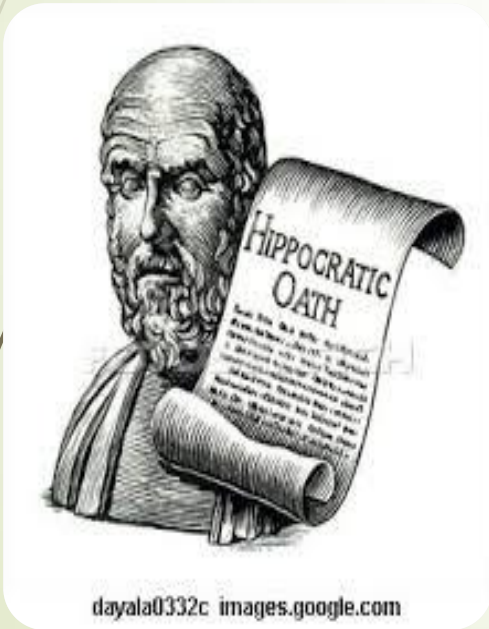


الهام شانسیان

مرداد ۱۳۹۵

تعریف ایمنی بیمار و گزارش دهی خطا:

در واقع تاریخچه علم ایمنی بیمار به هزار سال پیش، زمانی که بقراط با تشخیص احتمال وجود جراحات و آسیب وارده به بیماران ناشی از اقدامات درمانی پزشکان، قسم نامه بقراط را به رشته تحریر درآورد، بر می گردد.



dayala0332c images.google.com

qalajqj25c iun962:000j6:caw



قسم نامه ای که پزشکان یونانی در سده چهارم قبل از میلاد مسیح، با سوگند به آن متعهد می شدند که فقط و فقط برای مصلحت و سلامت بیمار خود و براساس توانایی و قضاوت علمی شان، اقدامات درمانی را انجام و هیچگاه به قصد صدمه به بیماران اقدامی ننمایند. از آن هنگام تاکنون شعار " اول آسیب نرسانید " به عنوان شعار عملیاتی و فلسفه عملکرد کاربران پزشکی واقع شد.

ایمنی بیمار از نظر WHO یعنی اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه ی مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است.



FIRST DO NO HARM

FIRST DO NO HARM

همواره باید مدنظر داشت که خطاهای درمانی به واسطه وجود سیستم های نامناسب، فرصت بروز می یابند و نه به علت وجود افراد. از آنجا که کلیه فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با درجه ای از عدم ایمنی و خطر توأم می باشد لذا ایمنی بیمار یکی از اساسی ترین اصول ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی می باشد.

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود.



➤ بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

ارزیابی ریسک 🔔

شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار 🔔

گزارش دهی و تحلیل حوادث 🔔

ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و خطاها و پیاده سازی راه حل های برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خطا 🔔



حادث و خطاها کدامند؟

پتانسیل ایجاد خطا یک چالش دائمی برای ارائه خدمات بهداشتی ایمن و مناسب می‌باشد. وقتی که مسائل رو به خطا پیش رود (به سمت ایجاد مشکل سوق یابد)، یا در بعضی از موارد از بعضی مسائل اجتناب شود، فرصتی برای بیماران، تیم‌ها و سازمانها برای شناسایی علت اتفاق می‌باشد و در اینجا نیازمند فعالیتی برای بهبود ایمنی بیمار هستیم.



► وقتی درباره حوادث، خطاها و اتفاقات منجر به خطا صحبت می کنیم، منظور چیست؟

► **حادثه:**

اتفاق ناخواسته یا غیر قابل انتظار که منجر به آسیب به بیمار یا کارمند می شود، شامل مرگ، ناتوانی، جراحی، بیماری یا هرگونه آسیب دیگر می باشد.



خطا:

اشتباه، لغزش یا تخلف که منجر به حادثه می شود.

عدم موفقیت اقدامات برنامه ریزی شده برای دستیابی به اهداف مورد انتظار که ناشی از عدم پیشرفت اقدامات مطابق برنامه و یا نقص در خود برنامه است.

خطای پزشکی:

هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد، چه منجر به آسیب و صدمه به بیمار گردد و چه آسیبی در پی نداشته باشد.

انواع خطاهای پزشکی عبارتند از خطاهای پزشکی، تشخیصی، درمانی، پیشگیری و سایر خطاها (ارتباطی، مرتبط با تجهیزات، نقص در سایر سیستمها)



► حوادث به خیر گذشته:

هر شرایطی که بتواند منجر به حادثه شده، اما حادثه ای ایجاد نکند.

✍ ما تنها زمانی می‌توانیم بر روی اقدامات و عملیاتی که ایمنی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد مداخله انجام دهیم که با همکارانمان برای شناسایی موارد زیر تعامل داشته باشیم:

✍ چه اشتباهی رخ داده است؟

✍ کجا این اتفاق افتاده است؟

✍ چرا این اتفاق افتاده است؟



► **بازنگری و آنالیز حوادث و حوادث بخیر گذشته برای شناسایی علل لازم و ضروری است. این موضوع شامل ابزارهای بهبود کیفیت مانند تحلیل ریشه ای وقایع یا تحلیل حوادث خیلی برجسته (مهم) می باشد. در ابتدا که علل شناسایی شد می توانیم برای بهینه سازی یا جلوگیری از وقوع مجدد این حادثه عمل کنیم.**

► **ایمنی بیمار با این مسئله که « چرا این اتفاق افتاده است؟» به وسیله تشویق پرسنل و بیماران برای گزارش دهی و بازنگری حوادث سر و کار دارد(مورد ملاحظه قرار می دهد).**

جنبش ایمنی بیمار

ایمنی بیمار سیستمی است که از آسیب دیدن بیمار جلوگیری می کند از طریق:



حذف خطاها



یادگیری از خطاهای رخ داده



ایجاد فرهنگی که ایمنی بیمار را، کارکنان و بیمارستان را ترویج کند



به دنبال راه هایی باشیم که ایمنی بیمار را در بیمارستان ها افزایش دهیم

درک آن که چرا حادثه اتفاق افتاد به شما فرصت آن را می دهد تا روش ارائه مراقبت را تغییر دهد. تاکید بر ایمنی می تواند منجر به ارتقای مدیریت ریسک در تیم ها شده و در اداره یک سازمان نیز کمک کننده (یاری دهنده) باشد.



خطای انسانی:

با هر سطحی از آموزش، مهارت، تجربه و انگیزه ممکن است خطا رخ دهد. با توجه به ماهیت رفتار انسان، امکان خطا همیشه وجود دارد.

❌ از این دو عقیده غیر علمی بر حذر باشید:

👉 بی نقصی و کامل بودن: اگر ما به اندازه کافی سعی کنیم، دچار خطا و اشتباه نمی شویم.

👉 اگر ما افراد را به خاطر ارتکاب خطا تنبیه کنیم، آنها در آینده خطای کمتری مرتکب می شوند.



► دلایل بروز خطا:

رویکرد فردی: نگرش این رویکرد مبتنی بر این است که افرادی که مرتکب خطا می‌شوند، بی‌دقت و بی‌مبالات هستند و باید فرد خطاکار سرزنش و تنبیه شود.

« کنار گذاشتن فرد خطاکار ≠ بهبود ایمنی »

رویکرد سیستمی: نگرش این رویکرد مبتنی بر این است که علت اصلی بروز خطاها ضعف‌ها و نقائص موجود در سیستم‌ها است. در این رویکرد به جای تمرکز بر افراد باید بر سیستم‌ها متمرکز شد و از خطاها درس گرفت.

نمونه فرایند گزارش دهی خطا





دانشگاه علوم پزشکی شیراز - کفایت و نبیست

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
مرکز آموزشی درمانی قلب شهید چمران
فرم گزارش دهی خطاهای پزشکی

شماره فرم: QI-FO-90

شماره بازنگری: A

با سلام، ضمن قدردانی از احساس تعهد شما به ایمنی بیمار و اصلاح فرآیندها و افزایش کیفیت خدمات درمانی فرم گزارش دهی خطاهای پزشکی با هدف یادگیری از خطاها طراحی گردیده است. این فرم صرفاً توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی قابل دسترسی بوده و اطلاعات آن کاملاً محرمانه می باشد. خواهشمند است جهت جلوگیری از بروز خطاهای مشابه و تکراری در بیمارستان خطاهایی را که در محیط کاری خود مشاهده می نمایید در فرم ذیل وارد نمایید.

نام بخش :	شیفت وقوع خطا/حادثه:
تاریخ وقوع خطا/حادثه :	سمت گزارش دهنده خطا/حادثه:

شرح خطا/حادثه:

.....

.....

.....

نوع خطا:

<input type="checkbox"/>	خطا در تشخیص	<input type="checkbox"/>	خطا در ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی	<input type="checkbox"/>	خطای آزمایشگاهی	<input type="checkbox"/>	خطا در رادیولوژی
<input type="checkbox"/>	انجام عمل غیر ضروری	<input type="checkbox"/>	انجام عمل روی بیمار دیگر	<input type="checkbox"/>	جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن	<input type="checkbox"/>	انجام عمل در موضع غلط
<input type="checkbox"/>	عدم توجه به عوارض بعد از عمل	<input type="checkbox"/>	دادن داروی اشتباه	<input type="checkbox"/>	روش اشتباه تجویز دارو	<input type="checkbox"/>	دوز اشتباه دارو
<input type="checkbox"/>	فراموشی زمان دارو دادن	<input type="checkbox"/>	تکرار داروی تجویز شده	<input type="checkbox"/>	عدم توجه به تداخلات دارویی	<input type="checkbox"/>	عدم توجه به واکنش های دارویی
<input type="checkbox"/>	حذف دارو	<input type="checkbox"/>	خطا در شناسایی بیمار	<input type="checkbox"/>	خطا در ثبت دستور پزشک	<input type="checkbox"/>	خطا در ثبت اقدامات پرستاری
سایر موارد.....							

<input type="checkbox"/>	زیاد	<input type="checkbox"/>	متوسط	<input type="checkbox"/>	کم
اهمیت خطا					
<input type="checkbox"/>	زیاد	<input type="checkbox"/>	متوسط	<input type="checkbox"/>	کم
امکان مجدد بروز خطا					
<input type="checkbox"/>	بله		<input type="checkbox"/>	خیر	
آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟					

علل بروز خطا/حادثه:

<input type="checkbox"/>	کمبود اطلاعاتی پرسنل	<input type="checkbox"/>	کمبود پرسنل	<input type="checkbox"/>	تشابه ظاهری یا اسمی دارو
<input type="checkbox"/>	شلوغی بخش و حضور همراهان	<input type="checkbox"/>	ناخوانا بودن دستور پزشک	<input type="checkbox"/>	ناقص بودن دستور دارویی
<input type="checkbox"/>	عدم گزارش به موقع به پزشک	<input type="checkbox"/>	مشکلات شخصی	<input type="checkbox"/>	حواس پرتی
<input type="checkbox"/>	عدم رعایت احتیاطات مربوطه	<input type="checkbox"/>	عدم رسیدگی به موقع به بیمار	<input type="checkbox"/>	واگذاری مراقبت به فرد غیر مسئول
<input type="checkbox"/>	ضعف در محاسبات دارویی	<input type="checkbox"/>	تاخیر در تشخیص	<input type="checkbox"/>	

اقدامات انجام شده و پیشنهادات در این رابطه:

.....

.....

.....

با پیاس از توجه شما

