



مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س)

بروشور مدیریت خطر



واحد ایمنی و مدیریت خطر

بهار ۹۵



هفت گام به سوی ایمنی

Seven Steps to Patient Safety

۱. برای استقرار ایمنی، فرهنگ سازی و بستر سازی کنید.
۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید.
۳. عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید.
۴. گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید.
۵. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده با آنها ارتباط برقرار کنید.
۶. درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید.
۷. راه حلها را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید.

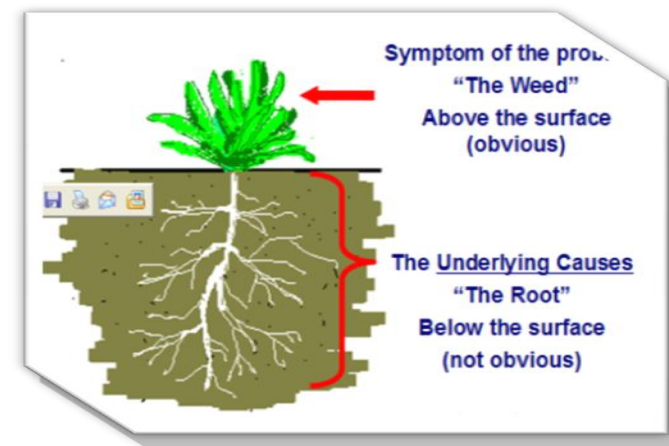
۹ راه حل ایمنی بیمار

۱. توجه به داروها با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

۱۵ شاخص کشوری پایش ایمنی بیمار

۱. افتادن از تخت
۲. زخم بستر
۳. نرخ کنترل عفونت
۴. عوارض بیهوشی
۵. عوارض انتقال خون
۶. جدا شدن زخم محل عمل جراحی
۷. خونریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی

تحلیل علل ریشه ای وقایع (RCA)



- ❖ مرحله اول: تشکیل تیم و تعریف مسئله
- ❖ مرحله دوم: جمع آوری و نگاشت اطلاعات
- ❖ مرحله سوم: شناسایی مسئله (تعیین خطاهای مربوط به ارائه خدمت SDP و خطاهای مراقبتی CDP)
- ❖ مرحله چهارم: تحلیل حادثه – شناسایی عوامل دخیل در حادثه –
علل ریشه ای.
- ❖ مرحله پنجم: ارائه راه حل

۱۵ شاخص کشوری پایش ایمنی بیمار

۸. جاماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی

۹. پارگی یا سوراخ شدگی اتفاقی

۱۰. نرخ مرگ و میر در عوارض بیمارستانی پس از زایمان

۱۱. ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از اعمال

جراحی

۱۲. عفونت زخم های جراحی

۱۳. نرخ مرگ و میر در اثر MI و عمل جراحی بای پس

۱۴. ترومای زایمان (با ابزار - بی ابزار)

۱۵. ترومای تولد - صدمه به نوزاد

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

(WALK ROUNDS)

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان

۱. تعهد مدیریت ارشد سازمان را به ایمنی نشان می دهد

۲. فرصتی را برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در

ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید.

۳. فرصت های بهبود ایمنی را در سازمان شناسایی و

معرفی می نماید.

۴. خطوط ارتباطی بین مدیران، کارکنان و هیات مدیره

سازمان برقرار می نماید.

۵. گزارش دهی وقایع ناخواسته و حوادث نزدیک به خطا

را ترویج می دهد.

۶. راه حل های کاربردی به منظور کاهش ریسک را ارائه

می نماید.

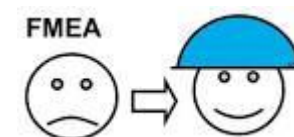
گزارش دهی خطاهای پزشکی

منظور از خطاهای پزشکی، خطاها یا اشتباهاتی است که می توانند ایمنی بیمار، پرسنل و سازمان را در مخاطره قرار دهد . این خطاها می توانند شامل اشتباه در تجویز دارو، انجام پروسیجرهای تشخیصی، درمانی، استفاده یا کارکرد تجهیزات پزشکی، اعلام نتایج اقدامات پاراکلینیکی (نتیجه آزمایشات، رادیوگرافی ها)، ... باشد.

استقرار سیستم عاری از سرزنش گزارش خطا و به اشتراک گذاری خطاهای رخ داده می تواند منجر به شناسایی سریع مخاطرات و تلاش برای حذف یا کاهش مخاطرات و توانمند سازی پرسنل در یادگیری از خطاها و اشتباهات مشابه شود.

FMEA

(Failure Mode Effects Analysis)



فرآیندی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خطا و خطر در ارائه خدمات با هدف پیشگیری از وقوع این خطاها و خطرات می باشد.

اهداف FMEA

۱. شناسایی راههایی که ممکن است یک فرآیند دچار شکست شود.
۲. شناسایی اثرات یا نتایج احتمالی بروز این شکست ها
۳. شناسایی علل احتمالی بروز این شکست ها
۴. اتخاذ تدابیری برای کاهش احتمال وقوع حوادث
۵. اتخاذ تدابیری برای کاهش پیامدهای وقوع

مدیریت خطر

RISK management



مدیریت خطر از طریق اجرای برنامه هایی چون تکمیل و تجزیه و تحلیل فرم های گزارش خطا، RCA، بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (Walk – round) و آنالیز حالات خطر بالقوه و اثرات آن (FMEA) امکان پذیر بوده و غایت نهایی تمامی این اقدامات تضمین و ارتقاء ایمنی بیماران، کارکنان و سازمان می باشد. اولین و مهمترین گام در راستای اجرای برنامه های مدیریت خطر، استخراج لیست خطرات و الویت بندی آنهاست.