



الف. مدیریت و رهبری

الف-۴) مدیریت خطا

الف	۴	۱	اقدامات برنامه ریزی شده ای برای پیشگیری از خطاهای پزشکی اجرا می شود.
دستآورد استاندارد			
- پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی - توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستان			

سنجه ۱. روش اجرایی "ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی" با حداقل های مورد انتظار در واحدها / بخش ها، با محوریت مسئول ایمنی و با مشارکت کمیته های بیمارستانی و واحدها / بخش های مرتبط تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش	☒ ایمنی بیمار	☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند	
۲	مشارکت صاحبان فرآیند** در تدوین روش اجرایی	مصاحبه	
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند	
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند	
۶	تعیین مدل و شیوه ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان، در روش اجرایی	بررسی مستند	
۷	تعیین شیوه شناسایی و کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی در بیمارستان، در روش اجرایی	بررسی مستند	
۸	نحوه شناسایی اعضا و توالی زمانی ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند	
۹	تعیین شرایط تکرار ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند	
۱۰	نحوه گزارش و پی گیری نتایج ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند	
۱۱	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند	
۱۲	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه	
۱۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده	
۱۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده	
*انتظار می رود این روش اجرایی برای پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان تدوین شود. در عین حال امکان شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی محتمل آتی را نیز فراهم نماید. **تدوین روش اجرایی با محوریت مسئول فنی / ایمنی و مشارکت کمیته های دارو و درمان، کنترل عفونت، مرگ و میر زایمان طبیعی و سایر کمیته ها و کارکنان به تشخیص بیمارستان انجام شود			
توضیحات	ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی به معنی ارزیابی خطا نمی باشد چراکه قبل از بروز خطا، عوامل زمینه ساز خطاهای پزشکی (انسانی، تجهیزاتی و ساختاری) ارزیابی می شوند. این عوامل معمولاً پس از تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی شناسایی می شوند (کمیته مرگ و میر). انتظار می رود بیمارستان با استفاده از تجربیات بدست آمده در سوابق مورتالیتی و موریبدتی بیمارستان و موارد شایع در سایر مراکز نسبت به ارزیابی پیشگیرانه برای جلوگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی اقدام نماید. از طرفی در حین ارزیابی، امکان تخمین احتمال بروز خطا با توجه به عوامل سه گانه پیش گفت نیز در مواردی میسر است. به عنوان مثال، عدم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی حیاتی یا وجود نقایص فرآیندی مانند عدم احراز دقیق هویت بیماران قبل از درمان، و سایر نقاط کلیدی مستعد کننده بروز خطا قابل شناسایی هستند.		
هدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی		



سنجه ۲. نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی در بخش ها/واحدهای بیمارستان توسط مسئول ایمنی پس از تعیین اولویت و ثبت در فهرست خطاهای احتمالی، با توجه به نوع خطا در کمیته های مرتبط طرح و اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	شناسایی عوامل تهدید کننده زیرساختی* در بروز خطاهای پزشکی در نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی بررسی مستند
۲	ارزیابی و شناسایی عوامل تهدید کننده فرآیندی** در بروز خطاهای پزشکی در ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی بررسی مستند و مصاحبه
۳	تهیه فهرست و اولویت بندی عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی توسط مسئول فنی بررسی مستند و مصاحبه
۴	بررسی فهرست عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی نتایج ارزیابی پیشگیرانه در کمیته های مرتبط*** و اخذ تصمیمات اصلاحی یا تدوین برنامه بهبود کیفیت جهت رفع عوامل زمینه ساز بروز خطا بررسی مستند
۵	اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت مصوب کمیته ها برای رفع عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*عوامل زیرساختی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل منابع انسانی (کمبود، ضعف عملکردی)، تجهیزات (کمبود، نقص فنی) است. **عوامل فرآیندی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل روش های ارائه مراقبت و درمان (عدم رعایت دستورالعمل ها، الزامات کیفی و فنی) می باشد. ***کمیته های مرتبط شامل کمیته های مرگ و میر، کنترل عفونت، طب انتقال خون، دارو درمان و تجهیزات پزشکی، زایمان طبیعی و سایر کمیته ها با توجه به نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی می باشد.
هدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی و مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۳. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس ها / سمینارهای مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می نماید.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	برگزاری سمینار/کنفرانس هایی با موضوع خطای پزشکی با محوریت کمیته مرگ و میر در بیمارستان در فواصل زمانی معین* بررسی مستند
۲	آموزش و اطلاع رسانی تجربه های واقعی** بیمارستان و گزارش نتایج ارزیابی های پیشگیرانه خطاهای پزشکی به کارکنان بررسی مستند
۳	آموزش و اطلاع رسانی نتایج تحلیل ریشه ای (RCA) موارد مرگ غیر منتظره و عوارض بیمارستانی بررسی مستند
توضیحات	*تواتر زمانی برگزاری این کنفرانس ها وابسته به حجم عملکرد و تعداد تخت فعال بیمارستان متفاوت است و با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و کمیته مرگ و میر برنامه ریزی می شود. اما در بیمارستان های بیش از ۱۰۰ تخت انتظار می رود که حداقل سه ماه یک بار برگزار شود و در سایر بیمارستان ها حداقل هر شش ماه یکبار برگزار شود. ** استفاده از سوابق خطاهای پزشکی بیمارستان (موضوع سنجه ۲ از استاندارد الف - ۴ - ۲ این محور)
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار، روسای بخش های بالینی



الف ۴ ۲ اقدامات برنامه ریزی شده برای پایش و کنترل خطاهای پزشکی اجرا می شود.

دستآورد استاندارد

- تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

سنجه ۱. روش اجرایی " نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه " توسط مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با مشارکت صاحبان فرآیند با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☒ آموزش ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی*
مصاحبه	۲ مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
مشاهده	۳ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند	۶ نحوه شناسایی موانع گزارش خطا در روش اجرایی
بررسی مستند	۷ راه کارهای رفع موانع گزارش دهی در روش اجرایی
بررسی مستند	۸ نحوه افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش خطاهای پزشکی در روش اجرایی
بررسی مستند	۹ نحوه جمع آوری گزارش ها در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۰ پیش بینی شیوه های خود اظهاری بدون ترس از تنبیه در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۱ پیش بینی فرم های کاغذی/ الکترونیکی گزارش خطا، اعم از نزدیک به خطا ^۱ و وقایع ناخواسته ^۲ در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۲ نحوه کسب اطمینان از رعایت محرمانه بودن مشخصات فرد گزارش دهنده/خطا کننده در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۳ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
مصاحبه	۱۴ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه و مشاهده	۱۵ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۱۶ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ
* با محوریت کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سایر کارکنان به تشخیص این کمیته. مهمترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی، گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه ای و انجام اقدامات پیشگیرانه در بروز مجدد خطا است. (موضوع استاندارد الف - ۴ - ۱). در مواردی به دلیل ترس از سرزنش و تنبیه، خطاهای پزشکی گزارش نمی شود. این روش اجرایی به منظور شناسایی و رفع موانع گزارش خطا و پیش بینی مدبرانه راه های جایگزین برای ترقیب کارکنان به گزارش خطاهای پزشکی است. قطعا منظور از این روش تشویق کارکنان خاطی نیست، بلکه با توجه به شرایط فرهنگی و بومی هر بیمارستان بایستی شیوه های اخذ گزارش بدون ترس از تنبیه را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال حمایت حقوقی بیمارستان از کارکنانی که خطای پزشکی خود را گزارش می نمایند و یا ایجاد صندوق گزارش خطا های با فرم های معین و بدون نام در هر بخش و بسیاری از روش های خلاقانه دیگر می تواند موانع را برطرف و پیش از تکرار، از بروز مجدد خطا پیشگیری به عمل آید.	
توضیحات	
اهدایت کننده	کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی و مسئول بهبود کیفیت

¹ Near Miss

² Adverse Events



سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده می شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☒ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	جمع آوری سوابق خطاهای پزشکی تایید شده در کمیته های مختلف بیمارستانی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت*
۲	جمع آوری گزارش های عمومی و خود اظهاری خطاهای پزشکی طبق روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی**
۳	تدوین فرم الکترونیکی*** ثبت سوابق خطاهای پزشکی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول فنی بیمارستان
۴	استفاده از سوابق خطاهای پزشکی به عنوان تجربه های آموزشی در پیشگیری از بروز خطا و بهبود ایمنی بیماران****
توضیحات	*نماینده دفتر بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار عضو تمامی کمیته های بیمارستانی هستند لذا انتظار می رود با مشارکت لازم سوابق خطاهای پزشکی احصا شده در کمیته را جمع آوری نمایند. **طبق روش اجرایی "نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه" موضوع سنجه ۱ استاندارد الف-۴-۲ ***فرم الکترونیکی حداقل شامل نوع خطا، رده شغلی فرد/ افراد خطا کننده، زمان و شیفت کاری که در آن خطا رخ داده، عوامل و شرایط ایجاد کننده خطا و عوارض یا مشکلات ایجاد شده در نتیجه خطا است. فرم ها بایستی حداقل دو ماه یک بار به روز رسانی شود. ****آموخته ها "با محوریت مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به منظور اشتراک گذاری با سایر کارکنان مرتبط اطلاع رسانی می شود (موضوع سنجه ۴ استاندارد الف-۴-۲) و در کنفرانس های آموزشی (موضوع سنجه ۳ استاندارد استاندارد الف-۴-۱) مورد استفاده قرار می گیرد.
هدایت کننده	مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی



سنجه ۳. گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به ویژه در موارد ذیل و سایر خطاهای پزشکی به تشخیص مسئول ایمنی بیمار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته مرتبط ارائه شده و پس از بررسی و تحلیل ریشه‌ای خطا اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت تدوین شده و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ شده و مسئول ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید. مرگ های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل : - واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند - خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند. - خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند. - تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ برگزاری جلسه کمیته مرگ و میر حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره* با محوریت مسئول فنی
بررسی مستند و مصاحبه	۲ برگزاری جلسه فوق العاده کمیته طب انتقال خون** در صورت تزریق فرآورده‌های ناسازگار و بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی
بررسی مستند و مصاحبه	۳ برگزاری جلسه فوق العاده کمیته دارو و درمان در صورت بروز خطاهای دارودهی، رویدادهای هوشبری، جراحی و سایر مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی که منجر به بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی
بررسی مستند و مصاحبه	۴ برگزاری جلسه کمیته آسیب شناسی و نسوج در صورت اخذ گزارش*** تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی توسط مسئول ایمنی/کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
بررسی مستند	۵ تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی ضمن بررسی دقیق پرونده بالینی بیماران در کمیته های مرتبط با موضوع خطا
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اخذ تصمیمات اصلاحی / پیشگیرانه در کمیته مرتبط و اجرای آنها بر اساس تصمیم کمیته
بررسی مستند و مصاحبه	۷ در صورت نیاز تدوین برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی با تشخیص کمیته مرتبط و طرح برنامه در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی و مسئول بهبود کیفیت
بررسی مستند و مصاحبه	۸ تصویب و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی و نظارت مسئول فنی بر اجرای صحیح آن با هماهنگی مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
توضیحات * با تشخیص مسئول فنی/ایمنی و حضور متخصص پزشکی قانونی ** با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار *** کمیته آسیب شناسی و نسوج با کمیته مرگ و میر جلسه مشترک برگزار می کند. اخذ گزارش پس از بررسی پرونده های بالینی بیماران جراحی و نتایج پاتولوژی توسط مسئول فنی با مشارکت رئیس بخش جراحی و پاتولوژیست انجام می‌شود.	
هدایت کننده	

سنجه ۴. علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد / کاهش خطاهای آتی به صورت " به اشتراک گذاری آموخته‌ها " با محوریت دفتر بهبود کیفیت به سایر کارکنان مرتبط اطلاع رسانی می‌شود.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ برنامه ریزی برای به اشتراک گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده از طریق اطلاع رسانی موثر به کارکنان مرتبط با محوریت دفتر بهبود کیفیت و هماهنگی مسئول فنی بیمارستان
بررسی مستند و مصاحبه	۲ به اشتراک گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در سمینارهای مرتبط*
بررسی مستند و مصاحبه	۳ به اشتراک گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در جلسات درون بخشی و درون گروهی**
توضیحات * موضوع سنجه ۳ استاندارد الف - ۴ - ۱ ** جلسات درون بخشی در قالب جلسات پرستاری و پزشکی و در بیمارستان های آموزشی در گزارش های صبحگاهی و ژورنال کلاب	
هدایت کننده	



الف ۴ ۳ ارزیابی عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه های مدیریت خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار انجام و بازنگری می شود.

دستاوردها

- ارتقای ایمنی بیماران از طریق مدیریت شاخص های ایمنی بیمار
- بازنگری و بهبود فرآیندها بر اساس ارزیابی مستمر میدانی ایمنی بیمار

سنجه ۱. شاخص های ایمنی بیمار با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت پزشکان/ پرستاران و سایر کارکنان بالینی تعیین و پایش شده و تیم مدیریت اجرایی پس از دریافت گزارش ارزیابی ها، اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ شده و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می نماید.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	تعیین شاخص های ایمنی بیمار* در بخش های تشخیصی و درمانی با محوریت مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی
بررسی مستند	پایش و اندازه گیری شاخص های ایمنی در بخش های تشخیصی و درمانی توسط مسئول اندازه گیری مربوط**
بررسی مستند	تحلیل نتایج شاخص های ایمنی بیمار با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در دفتر بهبود کیفیت
بررسی مستند	گزارش تحلیل نتایج شاخص های ایمنی در تیم مدیریت اجرایی در بازه زمانی معین توسط مسئول بهبود کیفیت
بررسی مستند	اخذ تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی***
مصاحبه	نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت ابلاغی
* حداقل شاخص های ایمنی شامل: ۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ ۲. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار ۳. آسیب حین تولد نوزاد ۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل ۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه ۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی ۷. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی ۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار ۹. خون ریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار ۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمارستان بستری ۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود ۱۲. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه ۱۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عوارض پایدار شود ۱۴. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود ۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ای ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود ** شناسنامه شاخص های ایمنی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت حداقل یک نفر از هر گروه از کارکنان بالینی تدوین می شود. در فواصل تعریف شده در شناسنامه شاخص توسط مسئول اندازه گیری شاخص، اطلاعات مربوط، جمع اوری، استخراج و به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ارائه می شود. *** تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می نماید ۱. استاندارد الف ۲-۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازبدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی ۲. گزارش تحلیل نتایج شاخص های ایمنی استاندارد الف ۴-۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص های ایمنی ۳. نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف ۴-۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی	
هدایت کننده	مسئول فنی، مدیر پرستاری، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت، روسا و سرپرستاران بخش های بالینی



سنجه ۲. رئیس/مدیرعامل بیمارستان از بین اعضای کمیته های بیمارستانی افرادی را برای عضویت در تیم ایمنی بیمارانتخاب می نماید و در فواصل زمانی معین نسبت به انجام ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستان اقدام نموده و مسئول ایمنی نتایج را به تیم مدیریت اجرایی و کمیته های مرتبط گزارش می نماید.		
سطح سنجه	☒ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☒ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تشکیل تیم ایمنی بیمار با سرپرستی مسئول فنی / ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار *	بررسی مستند
۲	انجام ارزیابی میدانی با موضوع ایمنی بیماران در فواصل زمانی ** حداقل هر ماه یک بار	بررسی مستند و مصاحبه
۳	گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی و سایر کمیته های مربوطه توسط مسئول ایمنی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* تیم ایمنی حداقل شامل: مسئول فنی/ ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مدیر پرستاری، مسئول کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت و سایر اعضا به تشخیص رئیس/مدیرعامل بیمارستان ** فواصل زمانی برحسب حجم فعالیت و تعداد تخت های فعال بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی زمان بندی می شود و حداقل بایستی هر ماه یکبار انجام شود. در صورتی که مسائل حاد و فوری مطرح نباشد می تواند در فواصل سه ماه یکبار در تیم مدیریت اجرایی مطرح شود.	
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، مدیر پرستاری، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول کنترل عفونت	

سنجه ۳. نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می نماید و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می نماید.		
سطح سنجه	☒ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☒ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	ارائه نتایج ارزیابی تیم ایمنی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی/ ایمنی *	بررسی مستند
۲	تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/ بهبود کیفیت برای موارد تهدید کننده ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/بهبود کیفیت ابلاغی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می نماید. استانداردهای همسو با این سنجه به شرح ذیل است: ۱. استاندارد الف - ۲-۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی ۲. گزارش تحلیل نتایج شاخص های ایمنی استاندارد الف ۴ - ۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص های ایمنی ۳. نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف ۴ - ۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی	



الف ۴ ۴ کمیته های تخصصی مرگ و میر و عوارض، طبق دستورالعمل های ابلاغی فعالیت می نمایند.

دستآورد استاندارد

- تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی در موضوع مهم خطاهای پزشکی
- فعالیت کمیته های قانونی مرگ و میر در بیمارستان

سنجه ۱. کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می نماید.		
سطح سنجه	☒ الزامی	☐ اساسی ☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر *	بررسی مستند و مصاحبه
۲	عضویت و حضور مسئول فنی/ ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه	بررسی مستند
توضیحات		
* با توجه به تفاوت های عوامل موثر در بروز خطا در کودکان و آسیب پذیری آنها بایستی جلسات اختصاصی با موضوع مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه برگزار شود و ضمن تحلیل ریشه ای دلایل مرگ و میر کودکان اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود.		
هدایت کننده		
مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر		

سنجه ۲. کمیته مرگ مادران و پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می نماید.		
سطح سنجه	☒ الزامی	☐ اساسی ☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	برگزاری جلسات کمیته مرگ مادران به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر* در موارد مرگ مادر	بررسی مستند و مصاحبه
۲	برگزاری جلسات کمیته مرگ پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر* در موارد پری ناتال	بررسی مستند و مصاحبه
۳	عضویت و حضور مسئول فنی/ ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ مادران و پری ناتال	بررسی مستند
توضیحات		
* توجه به تفاوت های عوامل موثر در بروز خطا در مرگ مادران و مرگ پری ناتال و اهمیت جهانی شاخص مرگ مادران بایستی جلسات اختصاصی با موضوع مرگ مادران و مرگ پری ناتال برگزار شود و ضمن تحلیل ریشه ای دلایل مرگ اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود.		
هدایت کننده		
مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر		

سنجه ۳. کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض، فعالیت می نماید.			
سطح سنجه	☒ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☒ سایر		
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
۱	تشکیل کمیته احیاء نوزادان* به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر		
۲	عضویت دایم مسئول فنی/ ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته احیاء نوزادان		
۳	تنظیم دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط با احیای نوزادان توسط این کمیته		
۴	ساماندهی وسایل و تجهیزات لازم برای احیای نوزادان برای برگزاری دوره های بازآموزی احیای نوزادان		
توضیحات			
* برگزاری جلسات این کمیته مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزادان و با حضور رئیس / مدیرعامل بیمارستان			
هدایت کننده			
رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر			



سنجه ۴. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشه ای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان براساس قوانین و مقررات مربوط پی گیری و اقدام لازم به عمل می آورد.	
سطح سنجه	☒ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تشکیل کمیته مرگ و میر* و زیر کمیته های آن، حداکثر ۲۴ ساعت پس از وقوع مرگ و میر غیرمنتظره و گزارش به دانشگاه بررسی مستند
۲	تحلیل ریشه ای ^۱ و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه بررسی مستند
۳	مشارکت کادر درمانی مرتبط در تحلیل ریشه در لایل مرگ و میری در کمیته بررسی مستند
۴	اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی/ ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پی گیری اقدامات قانونی بررسی مستند
توضیحات	* کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی نوعی ارزیابی داخلی از منظر خطا یا قصور پزشکی است که در صورت اثبات، ضمن گزارش فوری به ریاست بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی بایستی مسئول فنی طبق مقررات و شرح وظایف محوله اقدام نماید.
هدایت کننده	مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر

سنجه ۵. بیمارستان با همکاری پزشکی قانونی سازوکاری برای انجام اتوپسی در اولین فرصت ممکن برای اثبات علت مرگ ها فراهم می نماید.	
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	برنامه ریزی اتوپسی در مواردی که علت مشخصی برای مرگ و میر وجود ندارد با هماهنگی پزشکی قانونی* بررسی مستند
توضیحات	* در صورتی که پس از تحلیل ریشه ای علت مرگ مشخص نشود، استفاده از فرصت اتوپسی ریشه یابی مرگ های غیر منتظره را میسر می نماید.
هدایت کننده	مسئول فنی/ ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر