



ایمنی بیمار

ایمنی بیمار

تعریف ایمنی (Safety): ایمنی یعنی فقدان وجود هرگونه صدمه و آسیب اتفاقی به هنگام ارائه خدمات مراقبتی و درمانی

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

- تدوین و اجرای خط مشی های مرتبط با ایمنی بیمار
- سیستم گزارش دهی خطاهای پزشکی و استقرار فرهنگ گزارش خطای عاری از سرزنش در مراکز درمانی
- انجام RCA با نگاه سیستماتیک بعد از بروز خطاها و اعمال مداخلات لازم
- استقرار سیستم مدیریت خطر و FMEA
- برگزاری جلسات بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (Walk Rounds)

شاخص های ایمنی بیمار

شاخص های ایمنی بیمار: مقیاسهائی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج را پیش می کنند.

مثالهائی از شاخص های ایمنی بیمار

- عوارض بیهوشی
- هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی
- سقوط از تخت
- زخم فشاری
- جدا شدن زخم بعد از اعمال جراحی شکمی و لگنی
- سوختگی با کوتر
- آسیب حین تولد نوزاد
- عفونت محل عمل
- جا ماندن جسم خارجی
- مرگ و میر مادر
- خونریزی پس از زایمان
- ترومبوز یا آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی

فرهنگ ایمنی بیمار

۱- محصول ارزش ها، نگرش ها، ادراکات و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است، که تعهد به مدیریت ایمنی، سلامت سازمانی و کارآمدی آن را نشان می دهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دو طرفه است که در آن همه کارکنان می توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی حل آنها صحبت کنند بدون آن که ترسی از سرزنش غیرمنصفانه یا تنبیه داشته باشند.

۲- اگر فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار، امری بیهوده است. این فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد، وگرنه مصداق همان عبارت انگلیسی خواهد بود که "فرهنگ، استراتژی را به عنوان صبحانه می خورد".

وقتی می توان گفت در سازمانی، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه قرار نگیرند.

در این فرهنگ رویکرد به خطاها رویکرد سیستمیک است نه برخورد فردی بنابراین پرسنل در قبال بروز خطا تنبیه نشده بلکه در صورت خوداظهاری خطا تشویق نیز می شوند. رویکرد تنبیهی تنها در صورت تکرار خطا از سوی یک فرد مد نظر قرار می گیرد.

تحلیل ریشه‌ای وقایع (RCA)

تحلیل ریشه ای وقایع ، یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ می دهد را در بر می گیرد.

با اتکا به RCA ، سازمانها می توانند از خطاهای به وقوع پیوسته ، یادگیریهایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند.

مراحل انجام RCA: ۱. تشکیل تیم ۲. تعریف رویداد ۳. جمع آوری اطلاعات ۴. شناسایی علل ۵. تحلیل اطلاعات ۶. ارائه راه حل ها

در صورت وقوع هر یک از خطاهای ۲۸ گانه جلسه RCA در فاصله ۷۲ ساعت بایستی تشکیل شده و علل ریشه ای بروز خطا مشخص گردد.

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (Walk Rounds)

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان ، تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند. این بازدیدها طی برنامه ابلاغی در ابتدای سال، هر ۶ ماه یکبار در کلیه بخش ها و واحدها برگزار شده و پرسنل می توانند کلیه مسائل مرتبط با ایمنی بیمار را بصورت رو در رو با ریاست و مدیریت مرکز مطرح نمایند.

اهداف برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

۱. بستر سازی فرهنگ عاری از سرزنش در گزارش دهی خطاها
۲. افزایش تمایل به گزارش داوطلبانه خطاها توسط پرسنل
۳. اجرای مداخلات اصلاحی به منظور ارتقای ایمنی پرسنل و بیماران
۴. کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته

۹ راه حل ایمنی بیمار

- شامل ۹ موقعیت با پتانسیل بالای بروز خطا می باشد فلذا لازم است پرسنل در این موقعیت ها دقت بیشتری داشته باشند.
۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای داروئی
 ۲. شناسایی بیمار
 ۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
 ۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
 ۵. کنترل غلظت محلولهای الکترولیت
 ۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
 ۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
 ۸. استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
 ۹. بهبود بهداشت دست

راهنمایی برای ارزیابی انطباق بیمارستانها با استانداردهای ایمنی بیمار مورد انتظار از بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار ارائه گردیده است.

این استانداردها از نظر اهمیت و اولویت بر ۳ نوع هستند:

۱. استانداردهای الزامی (Critical Criteria)
استانداردهایی هستند که برای برخورداری یک بیمارستان از عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بسیار ضروری است ۱۰۰ درصد تحقق یابد.
۲. استانداردهای اساسی (Core Criteria)
حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آنها تبعیت کند.
۳. استانداردهای پیشرفته (Developmental Criteria)
استانداردهایی که بیمارستان بسته به ظرفیت و امکانات خود جهت دستیابی به آنها تلاش می کند.

خطاهای پزشکی Medical Error

تعریف خطا

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه‌ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می‌شود. خطاهای پزشکی مشکل بزرگ طب روز دنیا محسوب می‌شود آمارهایی که ارائه میشوند نیز عمق ماجرا را مشخص نمی‌کنند، چرا که این اطلاعات تنها بیماران بستری در بیمارستان را بررسی کرده‌اند و خطاهای مرتبط با بیماران سرپایی را در بر نمی‌گیرد اگر بیماران سرپایی هم به این موارد اضافه شوند آمار افزایش پیدا خواهد کرد .
۱۰ درصد از موارد بستری منجر به رویدادهای نامطلوب خواهد شد که ۸۵-۷۰ درصد آنها قابل پیشگیری است.

فرهنگ ایمنی باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد. وقتی می توان گفت این فرهنگ در سازمانی جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه قرار نگیرند. در این فرهنگ رویکرد نسبت به خطاها، رویکردی سیستمیک است نه برخورد فردی و تنبیه اشخاص.

انواع خطا از نظر علت پایه

۱- خطای انسانی Human Error

اگر فعالیت یا تصمیم اشخاص باعث ایجاد حادثه شود. به شکل مستقیم و فوری در سلامتی بیمار تاثیر گذار است.

۲- خطای علمی knowledge-based

وقوع اشتباهات در موقعیت های جدید که اشخاص هیچگونه سابقه قبلی آموزش یا نقشی در آن نداشته اند. (مثلاً یک روش درمانی جدید)

۳- خطای قوانین Role-based

اعمال مقررات و دستورالعملهای اشتباه و یا زمانی که اشخاص در مواجهه با مشکل مشابه، راه حل های مشابه اشتباه قبلی را اجرا کنند.

۴- خطای مهارت Skill-based

وقتی که پرسنل فکر می کند پروتکل اصلی در این وضعیت پاسخگو نبوده و از مهارت خود در کار استفاده می کنند اتفاق می افتد.

انواع خطا از نظر اثر

۱- حوادث مرگ آفرین و ناگوار Never Events / Sentinel Events

وقایع غیر منتظره ای که منجر به مرگ یا صدمه جدی و پایدار فیزیکی یا فیزیولوژیک در بیمار می شود.

شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و از طریق فرم " گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات " گزارش می شود.

در صورت وقوع خطای ۲۸ گانه، به محض وصول خبر تا ۲۴ ساعت مورد به معاونت درمان گزارش می شود.

همچنین در عرض ۷۲ ساعت جلسه RCA جهت علت یابی تشکیل می گردد.

۲- حوادث نزدیک به وقوع Near-Miss

اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است .

علت خوش شانسی:

۱. قوی بودن بیمار (تزریق پنی سیلین به بیمار دارای سابقه آلرژی ولی عدم ایجاد واکنش شدید)
۲. مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود)
۳. مرور مجدد اطلاعات (بررسی مجدد نام بیمار قبل از تزریق دارو)

۳- حوادث بدون عارضه No Harm Event

حوادثی که اتفاق می افتد ولی هیچ آسیب یا عارضه ای برای بیمار ندارد . ولی حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد . مثال: ثبت مشخصات اشتباه بروی نمونه خون