**مدیریت خطر**

مقدمه:

درصد قابل توجهی از بيماران در مراجعه به سيستم سلامت بخصوص بيمارستان ها دچار عوارض و صدمات می گردند، برای اينکه بدانيم چه فاجعه ای وجود دارد تصور کنيد يکی از بستگان شما در بيمارستان بستری می باشد وشما به عنوان همراه در بيمارستان حضور داريد تمامی اقداماتی که کادر درمان از پزشک تا خدمات برای بيمار شما انجام ميدهند تيزبينانه زير نظر داريد ودر عرض يکروز خطاهايی را می بينيد که بعضی از آنها آگاهانه وغير قابل گذشت می باشند و فردا شما به عنوان عضوی از جامعه سلامت پشت ايستگاه پرستاری خطاهايی را انجام ميدهيد که ديروز دوست نداشتيد برای بيمارتان انجام دهند.

کيفيت کار مارا کيفيت خدمات سلامت را چه کسی تعريف ميکند؟

مردم چقدر از کيفيت وبي کيفيتی خدمات ما آگاهی دارند؟

مردم چقدر از ايمن بودن خدمات ما آگاهی دارند؟

بيمارستانها در حقيقت به بيمار به عنوان مشتری اصلی خود نگاه نمی کنند بلکه همراه بيمار را به عنوان مشتری اصلی تلقی ميکند ،اين که بيمارستان را تابلوی زيبايی بسازيم تا فقط بيننده از ديدنش احساس خرسندی بکند وخدمت گيرنده مورد اصابت تيرهای خطاها وعوارض درمان قراربگيرد مشکلی است که سيستم سلامت فعلی را درخود درگير کرده است.واين سيستم نيازمند يک نظام اثر بخش مديريت ريسک وشناسايی خطا های موجود و حرکت در جهت ارتقاء ايمنی بيمار می باشد به اميد روزی که بيمار را جزوی از خود وآسيب به بيمار را آسيب به خود بدانيم.

**تعريف خطاي پزشكي:**

خطا ها يا اشتباهاتي كه توسط گروه پزشكي رخ ميدهد و مي توانند منجر به آسيب به بيمار گردند ، اين خطاها شامل اشتباهات تشخيصي، اشتباهات در تجويز دارو و روشهاي درماني ، اشتباه در پروسيجر جراحي ،اشتباه در استفاده از فنآوري و تجهيزات ، اشتباه در تفسير تستهاي پاراكلينيك ميباشند.

خطاهاي پزشكي از Malpractice متفاوت اند چرا خطا حادثه يا اشتباه عليرغم حسن نيت است ولي در Malpractice قصور و جهل سزاوار سرزنش با يا بدون قصد مجرمانه رخ داده است .

**تعاريف:**

مخاطره - هر وضعيت واقعي يا بالقوه كه مي تواند باعث صدمه ، بيماري يا مرگ افراد ،آسيب يا تخريب يا از دست دادن تجهيزات و دارايي سازمان شود.

ريسك : احتمال مخاطره يا عواقب بد ، احتمال قرار گرفتن در معرض آسيب

شدت : نتيجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسيب به اموال ، و يا ديگر موارد مضري كه مي تواند اتفاق بيفتد

احتمال: احتمال رخ دادن يك رويداد

**ريسك در بهداشت و درمان**

**هفت مرحله در فرايند مديريت ريسك:**

1- زمينه سازي

2- شناسايي ريسك

3-تحليل ريسك

4- ارزيابي ريسك

5-استراتژي جهت كاهش، حذف و يا انتقال ريسك

6-بررسي ونظارت مداوم

7-موثر و مشاوره ارتباطات

**مديريت ريسك و ايمني بيمار:**

ارائه خدمات سلامت از پر خطرترين كارهاي دنيا بشمار ميرود، بر اساس شواهد، كارهايي كه احتمال بروز خطر در آنها بيش از يك مورد از هزار مورد است، خطرناك بشمار ميروند بنابراين خدمات سلامت كه با احتمال وقوع خطر 1 مورد از هر 300 مورد همرا هست و بسيار پرخطر محسوب گرديده و انتظار مي رود كه اين خطرات بگونه اي مناسب مديريت شوند. (كاركرد ايمن مديريت خطر در پزشكي)(موسسه ملي پزشكي آمريكا اعلام كرده است كه از هر 500 نفري كه در يكي از بيمارستانهاي آمريكا بستري ميشوند، 1 نفر به علت خطاهاي پزشكي كشته ميشود. در حاليكه احتمال كشته شدن در خطوط هوايي اين كشور 1 در هر 8 ميليون پرواز است.

خطاهاي پزشكي ساليانه حدود 60 .37 بيليون دلار هزينه براي نظام سلامت اين كشور در برداشته، كه حدود 17 بيليون دلار آن مربوط به خطاهاي قابل پيشگيري بوده است. رويكرد پذيرفته شده در حاكميت باليني برخورد سيستماتيك با اين نوع خطاها و ريشه يابي آنها در سيستم است، چرا كه تا زماني كه سيستم اصلاح نگردد و امكان وقوع خطا به صفر رسانده نشود، خطاها توسط افراد مختلف تكرار خواهند شد. در اين شيوه، از طريق ارزيابي نظاممند حوادث، بازبيني آنها و سپس جستجوي روشهايي براي جلوگيري از وقوع مجدد آنها، از احتمال بروز خطاها و خطرات ناشي از آنها كاسته ميشود نقطه شروع: نگاه كردن به آن چيزي است كه به خطا و اشتباه در تعامل با مردم در هنگام ارائه خدمات مربوط به سلامت اتفاق مي افتد.

براي مثال:

- دستورات شفاهي و سر راهي !!!!!

- نصب اشتباه نتايج آزمايشات

عدم دسترسي بيماران به سيستم -Nurse call

مميزي اتفاقات مهم :

قلب اين روش ترتيب دادن جلساتي با اعضاي تيم به شكلي است كه همه بتوانند كامل و آزاد در مورد اتفاقات مهمي كه در كارشان تجربه كرده اند صحبت كنند. اين امر ميتواند شامل اتفاقات منفي و مثبت باشد.

توجه ويژه به جو حاكم بر جلسه :

يادگيري از اتفاقات بجاي شرمنده سازي يا مچ گيري!!!

براي مثال:

- سقوط بيمار از تخت

- شكستن تلويزيون در بيمارستان روانپزشكي

-فرار بيماران روانپزشكي

بايد بدانيم در شرايط موجود چه اتفاقات بدي ممكن است روي دهند؟ احتمال آنها چقدر است؟ چه ميزان خسارت احتمالي خواهند داشت؟ در مورد آنها چه كاري مي توان انجام داد؟

خطاها يا اشتباهاتي كه توسط گروه پزشكي رخ مي دهد و مي توانند منجر به آسيب بيمارگردند، يا تا مرز آسيب به بيمار پيش روند خطاهاي پزشكي ناميده ميشوند. اين خطاها شامل اشتباهات تشخيصي، اشتباهات در تجويز دارو و روشهاي درماني، اشتباه در پروسيجر جراحي، اشتباه در استفاده از فنآوري و تجهيزات، اشتباه در تفسير تستهاي پاراكلينيك ميگردند.

قصور خدمت يا ارتكاب عمل اشتباه در برنامه ريزي يا اجرا كه به طور بالفعل يا بالقوه باعث يك نتيجه ناخواسته مي شود خطاي پزشكي بشمار ميرود.

همه خطاها منجر به آسيب نمي شوند كه به آنهايي كه تا مرز آسيب پيشرفته ولي بخير مي گذرند موارد نزديك خطا Near Miss يا بخير گذشته، و به موارديكه اتفاق مي افتند و منجر به آسيب نمي شوند بدون عارضه No Harm مي گويند اما موارديكه با وقوع عارضه اي جدي همراهند اصطلاحاً فاجعه آميز Sentinal گفته ميشوند و از آن رو كه بيش از نيمي از آنها قابل پيشگيري هستند داراي اهميت فراواني هستند.

وقايع فاجعه آميز Sentinal وقايع غير منتظره اي هستند كه منجر به مرگ يا صدمه جديDeath/Harm ، فيزيكي يا فيزيولوژيك يا خطر وقوع آنها مي شوند اگر چه منجر به مرگ يا صدمه جدي نشوند.

بيش از 90% موارد خطا مربوط به مشكلات سازماني نظير فرهنگ،رويه هاي مديريت، ساختار، فرآيند وهماهنگي هاي درون بيمارستان است و كمتر از 10% با مشكلات فردي و تجهيزات رابطه دارد. بنابراين جا دارد كه با شناسايي خطاها و طبقه بندي آنها به كشف عوامل خطرساز سيستمي بپردازيم و از مچ گيري افراد و تنبيه آنها حذر كنيم.

**براي مديريت خطاهاي پزشكي گامهاي زير پيشنهاد ميگردد:**

-براي مشاركت همه كاركنان و متخصصان در امر شناسايي و مديريت خطاها فرهنگسازي نماييد و عوامل مشوق سازمان براي گزارشده ي و رفع خطاها در نظر بگيرد.

- به شناسايي خطاها و تشخيص موارد جدي آنها بويژه در بخشهاي پرخطر نظير اورژانس Sentinel Event بپردازيد.

-موارد جدي آسيب را بطور جداگانه بررسي و براي آنها فرآيند رفع مشكل در مدت معين(كمتر از يك هفته) طراحي كنيد.

- از پرسنل بخواهيد خطاها را بدون ذكر نام و يا قصد تخريب افراد ثبت و گزارشده ي داوطلبانه يا اجباري نمايند.

- گزارشات خطا را بطور مقطعي (هر سه ماه يكبار) بخوانيد، طبقه بندي و تحليل كنيد و عوامل كليدي مسبب آنها را به ويژه در ابعاد كاري و سيستمي شناسايي كنيد.

-در صدد رفع عوامل مسبب و تأثيرگذار بر وقوع خطا و ايجاد آسيب برآييد.

- ميزان تأثير راه حل هاي خود را بر كاهش آسيبها اندازه بگيريد.

ايمني بيمار "رهايي او از مخاطرات احتمالي به هنگام مواجه با نظام سلامت در شرايط مختلف" تعريف گرديده است. رويكرد سنتي بيشتر موارد خطر متوجه بيماران را ناشي از خطاهاي انساني مي داند اما رويكرد نوين، نقايص سيستمي را سر منشأ وقوع خطا و نقض ايمني بيمار بحساب مي آورد و براين اساس همه تلاشهاي ارتقاي ايمني در بيمارستان را منوط به اصلاحات سيستمي با هدف ايمني بيشتر مشتري ميداند. برنامه هاي ايمني بيمار براي محافظت بيماران در مقابل آسيبهاي احتمالي ناشي از هر گونه تعامل آنان با سيستم خدمات سلامت طراحي مي گردند.

**-براي اعمال سيستمهاي ايمني در بيمارستان توجه به نكات زير ضروريست:**

-محيط حامي ايمني كه مديريت و كاركنان بيمارستان را نسبت به ايمني بيمار آگاه،

**خطاهاي پزشكي دو نوعند:**

1-روش درست ما آنطور كه مي خواهيم پيش نمي رود خطا دراجراي درمان “error of execution”

2-روش انتخابي ما از ريشه اشتباه است خطا در برنامه ريزي براي بيمار “error of planning”

**خطاهاي پزشكي در چه مراحلي از كار رخ مي دهند؟**

1-در هر مرحله از ارائه خدمات باليني از تشخيص تا درمان حتي در فاز پيشگيري

2-همه خطاها منجر به آسيب نمي شوند .آنهايي كه منجر به آسيب مي شوند بعنوان خطاي Sentinel يا هشداردهنده ناميده ميشوند چون قابل اجتناب اند و در صورت توجه ، دقت و اقدام فوري مي توان از وقوع حادثه پيشگيري كرد .

**حوادث ناخواسته قابل پيشگيري :Preventable Adverse Event**

حوادثي كه متعاقب يك مداخله يا مواجهه پزشكي منجر به آسيب به بيمار از سوي ارائه كنندگان مي گردند و با شرايط بيمارو بيماري زمينه اي او ارتباطي نداشته و خارج از سير قابل انتظار بيماري رخ مي دهند.

مسئول و پاسخگو مي شمارد، آموزش و ترويج يابد.

- كميته ايمني بيمار با رئوس كاري نظير مديريت خطر و ريسك، بازخواني و تحليل خطاها و تهيه گزارشات 6 ماهه، وقايع ناخواسته، ايمني تجهيزات و وضعيت ايمن بيمار در بيمارستان تشكيل گردد.

-اهداف برنامه ها و شاخصهاي ايمني بيمار در بيمارستان تدوين و مستند گردند و شيوه ارزيابي و پايش آن مشخص گردد.

- فرآيند گزارشدهي خطا توسط فرد خطاكار و ديگر اعضاي تيم باليني تدوين و در فرمت مربوطه مرسوم و متداول نماييد.

- براي گزارشدهي خطا ترس و واهمه اي از تنبيه افراد وجود نداشته باشد وپاسخگويي و تشويق تيم باليني جايگزين تشويق، تنبيه و پاسخگويي فردي شود.

-اقدامات منتهي به اصلاح زمينه هاي خطاها را ثبت، ساماندهي و نتايج را در رفع مشكل پايش نماييد.

**حوادث مرگ آفرين وناگوار: Sentinel Event**

وقايع غير منتظره منجر به مرگ يا صدمه جدي ( Death/Harm ) ،فيزيكي يا فيزيولوژيك يا خطر وقوع آنها اگر چه منجر به مرگ يا صدمه جدي نشود .

**Near- Miss /Close Call/ نزديك به خطا**

**Potential Adverse Event**

اشتباهي كه توانائي بالقوه ايجاد حادثه يا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روي نداده است .

(Good Fortune Reasons) علت خوش شانسي

**No Harm Event حوادث بدون عارضه**

No Actual ) حوادثي كه اتفاق مي افتد ولي نتيجه هيچ آسيبي جهت بيمار ندارد(Harmولي حالت بالقوه درايجاد آسيب را تاپايان پروسه دارد حادثه متوقف نمي شود ولي عارضه ندارد.

**انواع خطاهاي پزشكي:**

خطاهاي انساني شامل

1-تشخيص 2-تجويز 3- ثبت 4- درمان

خطاهاي سازماني شامل :

1. ساختاري 2. فرآيندي

خطاي وابسته به تكنولوژي

**انواع خطاهاي انساني از نظر دانش و اطلاعات مورد نياز:**

اطلاعات در دسترس نباشد يا اطلاعات ناقص باشد Mistake

اطلاعات درست به كار نادرست گرفته شود Lapse

برنامه درمان يا مسير درماني درست طراحي شده ولي اجراي آن اشتباه باشد. Slip

**انواع خطاهاي انساني از نظر توانايي فردي:**

-انجام اقدام اشتباه Commission

-داروي اشتباه

-انديكاسيون اشتباه

-روش انتقال اشتباه به بيمار مثلا تزريق وريدي بجاي عضلاني

-طول مدت درمان يا فواصل اشتباه

-نام بيمار يا اطلاعات اشتباه از او

-عدم اقدام اشتباه Omission

-ناتواني در تنظيم دوز

-عدم ذكر طول درمان يا دوز مورد نياز

-عدم تجويز روش استفاده توسط بيمار

عدم ذكر اطلاعات قانوني مورد نياز مثل تشخيص بيماري

**انواع خطا از نظر تمايز :**

: Active فورا قابل مشاهده براي تميز دادن اينكه آيا خطا صورت گرفته يا نه، نياز به هيچ بررسي نيست و بقول معروف مثل روز روشن است.

Latent خطاهاي غير مشهود يا كمتر مشهود : تشخيص خطا نيازمند تحليل و بررسي بيشتر است .

**تحليل ريشه اي خطاهاي پزشكي:**

وجود فرآيند تحليل علي خطاها بخشي از معيارهاي اعتبار بخشي بيمارستاني در كشورهاي توسعه يافته است.

Sentinel:اينكه فرآيندي قابل اطمينان و مستمر در محل بيمارستان براي شناسايي خطاهاي مهم يا و تحليل ريشه هاي وقوع آن وجود داشته باشد

اينكه استراتژيهاي بيمارستان براي كاهش خطاها و طراحي مداخلات اصلاحي براي رفع خطاها از پيش تعيين شده باشد.

اندازه گيري شود و ظرف بازه Sentinel اينكه اثربخشي مداخله اصلاحي براي رفع خطر زماني معين( مثلا 45 روز) علل و ريشه هاي خطاهاي مهم سنجيده و اقدام اصلاحي صورت گرفته باشد.

**: Root Cause Analysis تحليل ريشه اي در مديريت خطاي پزشكي**

- رويكرد به خطاهاي پزشكي:

خطاهاي پزشكي را مي توان از دو ديدگاه كلي مورد بررسي قرار داد.

به خطا Person Approach 1 (ديدگاه سنتي يا رويكرد فردي )

به خطا System Approach 2 (ديدگاه جامع نگر يا رويكرد سيستمي (

در اين دو رويكرد در موارد ذيل با يكديگر متفاو تند :

نوع نگرش به علل و عوامل ايجاد كننده خطا

نحوه مديريت خطا

**1-Personal Approach : : رويكرد فردي**

1- به طور معمول برخورد اوليه با يك خطا، پيدا كردن فرد خطا كار و سرزنش كردن وي است.

2-رويكرد ساده ايست كه طبق آن رخداد نامطلوب و علت ايجاد آن فرد خطاكار كاملاً مشخص است.

3-با تأكيد بر اين اصل كه هر فردي به تنهايي پاسخگوي عمل خويش است،

4- داراي سابقه اي طولاني در دنياي طبابت مي باشد.

بر اساس چنين استدلالي، در صورت وقوع خطا در يك عمل جراحي، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمينه اي آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروي بيماران تنها كسي كه مؤاخذه مي شود، پرستار خواهد بود

5- تمامي تلاش ها براي كاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمركز است

6- براي بهبود عملكرد افراد از روش هايي مانند ذيل براي فرد خطاكار، استفاده مي شود.

آموزش اجباري، هشدار، وضع قوانين و تعيين مجازات

**2-: System Approach: رويكرد سيستمي**

در اين رويكرد به جاي سرزنش افراد خطاكار، به خطاها به عنوان پديده هايي اجتناب ناپذير كه مي توان از آنها جهت ارتقاء عملكرد سيستم بهره برد، نگريسته مي شود. بر خلاف رويكرد فردي به خطا كه منحصر به يافتن فرد خطاكار و مجازات وي مي باشد، رويكرد سيستمي كوششي در جهت تغيير سيستم به گونه اي است كه احتمال وقوع خطا در آن كم شود. براي اين منظور، بايد به بررسي و تحليل عوامل زمينه اي تأثير گذار بر پيدايش خطا در داخل سيستم پرداخت .

**:influencing Factors فاكتورهاي تاثير گذار**

عواملي كه در وقوع يا نتيجه حادثه غير مستقيم تاثير مي گذارند.در هرمرحله اي امكان وقوع حادثه مي باشد و برطرف كردن عوامل تاثير گذار نمي تواند از وقوع مجدد آن جلوگيري كند ، ولي مي تواند ايمني سيستم مراقبتي را بهبود بخشد.

**:Causative Factors فاكتورهاي مسبب**

عواملي كه مستقيما باعث ايجاد حادثه مي شوند :

1-برطرف كردن اين عوامل باعث جلوگيري وكاهش شانس ايجاد انواع مشابه حوادث در آينده مي شود .

2-اين عوامل نقش مهمي در آناليز حادثه دارد.

Root Cause Analysis-(RCA)

**نتيجه :**

1- شناسايي خطاهاي مهم

2- برقراري و مستند سازي فرآيندهاي شناسايي و تحليل و بازخواني و اصلاح خطاها

3-شناسايي دلايل بروز خطا در بالاترين سطح

4- شناسايي دلايل بروز خطا درسطح مياني

5- شناسايي دلايل بروز خطا درسطح عمليات

6- تفسير و بازخواني خطاها

7- اتخاذ تصميمات منتهي به پيشگيري و رفع خطاهاي آتي

8-سنجش و اندازه گيري بكارگيري اين تصميمات و راه حلهاي جديد

**فرايند تجزيه و تحليل علت ريشه اي:**

1-سازماندهي تيم

2- جمع آوري اطلاعات

3- تعريف رويداد

4- تعيين علل سطحي

5- شناسايي علل ريشه اي

6- شناسايي استراتژي هاي كاهش خطر

7- استقراراستراتژيها

8-ارزيابي اثربخشي اقدامات صورت گرفته

**نه راه حل ايمني بيمار:**

1-توجه به داروهاي با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگيري از خطاي دارويي Look-alike, sound-alike medication names

2-توجه به مشخصات فردي بيمار جهت جلوگيري از خطا patient identification

3-ارتباط موثر در زمان تحويل بيمار communication during patient hand-overs

4- انجام پروسيژر صحيح در محل صحيح بدن بيمار performance of correct procedure at correct body site

5- كنترل غلظت محلول هاي الكتروليت control of concentrated electrolyte solutions

6- اطمينان از صحت دارو درماني در مراحل انتقالي ارايه خدمات assuring medication accuracy at transitions in care

7-اجتناب ازاتصالات نادرست سوند و لوله ها avoiding catheter and tubing misconnections

8- استفاده صرفا يكباره از وسايل تزريقات single use of injection devices

9- بهبود بهداشت دست براي جلوگيري از عفونت مرتبط با مراقبت هاي سلامتي

improved hand hygiene to prevent health care-associated infection

**مديريت خطر وايمني بيمار:**

**1-زمينه سازي :**

الف-تشكيل كميته مديريت خطر وايمني بيمار

ب-فرهنگ سازي بين همكاران در مورد تشويق وتقدير از گزارش خطا هاي اتفاق افتاده واستفاده از پيشنهادات وراه كارهاي براي كاهش خطا ها

ج -تدوين فرم گزارش خطا هاي پزشكي واطلاع رساني به همكاران در مورد نحوه گزارش خطا ها

د- ايجاد صندوق گزارش خطا وگذاشتن فرم ثبت خطا در سايت بيمارستان

هـ - جمع آوري خطا هاي اتفاق افتاده از بين خاطرات همكاران وتشكيل جلسات گزارش دهي خطا ها

ح-تشكيل كميته بازديدهاي مديرت شده ايمني بيمار -تعيين اعضاء -تدوين برنامه وتهيه چك ليست مورد نياز

**2-شناسايي ريسك ها:**

الف -فرستادن ليست ريسكهاي موجود در بخش ها )فرم فرستاده شده از طرف معاونت(

ب-جمع آوري ريسكهاي موجود در بخشها از طريق تجزيه وتحليل فرمهاي گزارش خطا وسيستم مشاركت

-ازدحام همراهان

-كمبود كادر

-وضعيت تختهاي بستري

-تجهيزات پزشكي )بدون سرويس وكاليبره نشده(

-تعامل با بيمار

-رگ گيري در بخش كودكان

-شستن دست قبل وبعد از انجام خدمات در بخش كودكان

-تنظيم درست قطرات در بخش كودكان

-مديريت پسماندهاي بيمارستان

-نشت اشعه در بخش راديولوژي

-خطرات سازه اي وغير سازه اي در بيمارستان

-خطاهاي دارويي

-عفونتهاي بيمارستاني

حساسيتهاي دارويي

**3- استراتژيهاي جهت کاهش ،حذف ويا انتقال ريسك**

CPR - ارتقاءوضعيت

-تهيه چك ليست تزريق خون براي ترانسفوزيونهاي خون

- تهيه وتكميل چگ ليست خطا هاي پزشكي ،تحليل ومداخله در نتايج

-تهيه وتكميل چك ليست ايمني دست ،تحليل ومداخله در نتايج

-تهيه وتكميل جك ليست جراحي ايمن والصاق آن در پرونده جراحي بيمار

-تشكيل كميته بازديدهاي مديريتي ايمني بيمار وتعيين اعضاءوتدوين برنامه

-كاليبراسيون وسرويس بيش 80 %تجهيزات بيمارستان

-تهيه برنامه مرتب براي اخذ نمونه از بخشهاي مختلف بيمارستان-خريد دستگاه ضدعفوني كننده اسپري واستفاده با برنامه هفتگي در بخشهاي بيمارستان

-خريد ماده ضدعفوني كننده مانو رپيد براي استفاده ضد عفوني دست همراه با دسپنسر هاي مخصوص براي هر بخش-گذاشتن محلول ضد عفوني دست برروي ترالي هاي تزريق ودارو-خريد ماده ضد عفوني كننده براي غوطه ورسازي تجهيزات واسپري براي ضد عفوني

**تجهيزات :** شستشوي بين هاي گثيف هر هفته يكبار با الصاق تاريخ شستشو وبين هاي تميز هر ماه يكبار با الصاق تاريخ شستشو-بسته بندي البسه شستشو شده در رختشوخانه وعودت به بخش

-برچسب فقط براي مصرف در بيمارستان يا فقط براي مصرف در اتاق عمل براي داروهاي پر خطر از طرف داروخانه

-تزريق داروهاي خطرناك همراه با سرم به وسيله ميكروست يمارستان وجمع آوري وارسال فرمهاي مربوطه روزانه به ADR \*\*راه اندازي كميته معاونت درمان

-سرب كوبي كليه دربهاي راديولوژي يراي جلوگيري از نشت اشعه دربخش راديولوژي

-انتقال تمامي بيماران بد حال بستري در بخشهاي ويژه از اورژانس به همراهي يك نفر پرستار انجام ودر بخش مورد بستري تحويل كادر پرستاري شود.

-تبديل كليه كادر شاغل در اورژانس بيمارستان به حال استخدامي جهت به كارگيري از توانمنديها وتجربيات ايشان وجلوگيري از خطاهاي ناشي از تازه كار بودن كادر وناكافي بودن آگاهي

-كنترل تاريخ انقضاءداروهاي ترالي واستوك به صورت هر شيفت وتقليل بيش از 70%داروهاي تاريخ گذشته

همراه با چك عملكرد دستگاهها CPR \*\*تهيه چك ليست داروها وتجهيزات ترالي واتاق احياءدر هرشيفت كاري بيماران ترومايي،بيماران حيوان گزيده،شكم حاد CPR \*\*تهيه الگوريم وفلوچارت براي وسوختگي. ACS،\*\*داشتن برنامه مدون ومنظم براي بازديد از بخش هاي بستري در دو گروه مديريتي وفرستادن پس خوراند براي تغيير عملكرد وبهبود فرآيند براي بخشهاي بستري از 40 فرم خطاهاي پزشكي جمع آوري شده موارد ذيل به عنوان پيشنهاد مطرح شده است :

-در تزريق خون استانداردهاي تزريق خون مراعات شود

براساس اين پيشنهاد چك ليست تزريق خون تهيه و 3جلسه آموزشي در مورد استانداردهاي تزريق خون برگزار شد.

-بيشترين خطا حادث شده بي توجهي در خواندن يا اجراي دستورات پزشك مي باشد پيشنهاد دقت در دستورات وخوانا بودن دستورات

-كنترل حضور همراهان در بخشها ميتواند از خطاهايي كه بعلت ازدحام بخش حادث ميشود جلوگيري كند

-گشيدن كايدهاي كنار تخت در بخشهاي بيمارستان بخصوص بخش كودكان) در آخر شيفت شب توسط كمك بهياران چك شود)

-درك متقابل بين مسئولين وتاييد مرخصي همكار در مواقعي كه كادر از نظر روحي واجد شرايط براي پوشش شيفت نيست.

-كوشزد كردن دستوراتي كه توسط پزشك از دستورات براي يك بيماري شايع از قلم افتاده .

-برگزاري كلاسهاي در مورد تجهيزات پزشكي موجود در بخشها وبه روز كردن اطلاعات كادر در اين مورد

-استفاده از كادر با تجربه ومرتبط با نوع خدمت انجام شده براي بيمارميتواند از برخي از خطاها جلوگيري كند.