



دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

ایمنی کارکنان سلامت ، الزامی برای ایمنی بیمار

HEALTH WORKER SAFETY A PRIORITY FOR PATIENTS SAFETY

ایمنی بیمار



شماره ماهنامه ۹:

اسفند ۱۴۰۰

آدرس : بلوار طالقانی شمالی روبروی دادگستری خیابان دیو سالار بوستان ۵ پلاک ۲۰





دانشگاه علوم پزشکی البرز

بیمارستان دکتر علی شریعتی کرج

صاحب امتیاز	جناب آقای دکتر جواد معظمی (معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز)
مدیر مسئول	جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی (مدیر امور بیماری ها و مراکز تشخیص درمانی)
سر دبیر	سرکار خانم الهام ابراهیم زاده (کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیص درمانی)
هیئت تحریریه	دکتر شاهرخ همتی (رئیس بیمارستان امام جعفر صادق) دکتر محمد کشاورز روحی (رئیس بیمارستان شریعتی) زهرا بهزادی (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق (ع)) فروغ میر سلیمی (کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی)
ویراستار	زهرا بهزادی (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق (ع)) فروغ میر سلیمی (کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی)

۲	شعار ایمنی.....
۳	دستورالعمل پیشگیری از اتصالات نادرست کاترها و لوله‌ها.....
۴	نکاتی برای حصول اطمینان از اتصال صحیح لوله‌ها و کاترها.....
۵	اقداماتی برای پیشگیری از اتصالات نادرست کاترها و لوله‌ها:.....
۶	شایع‌ترین مثال‌ها از خطاهای گزارش شده اتصالات نادرست.....
۷	اقدامات پیشنهادی who جهت جلوگیری از اتصالات نادرست لوله‌ها و کاترها.....
۸	تأثیر اتصالات نادرست لوله‌ها بر ایمنی نوزادان.....
۹	ارتباط صحیح کارکنان سلامت در حین تحویل بیمار.....
۱۰	اصول و ضوابط تحویل بیماران.....
۱۲	تکنیک SBAR چیست؟.....
۱۳	ویژگی‌های تکنیک SBAR.....
۱۵	روش Teach-back، در زمان تحویل بیماران، چیست؟.....
۱۶	چطور ارتباطات حین تحویل بیمار را بهبود دهیم؟.....
۱۷	اقدامات پیشنهاد شده توسط سازمان جهانی بهداشت حین تحویل بیمار.....
۱۹	دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.....
۲۰	ماده ۱: تعاریف.....
۲۵	درس آموخته.....
۲۷	رفرنس.....

شعار ایمنی

شعار ایمنی دی ماه ۱۴۰۰



تهیه شده در واحد ایمنی بیمار
مدیریت امور بیماری ها و مراکز
تشخیصی و درمانی
زیر نظر معاونت درمان دانشگاه
علوم پزشکی البرز



ضد عفونی
دستها



واکسینایون



شستن دستها

ایمنی کارکنان



الزامی برای ایمنی بیمار



استفاده از
تجهیزات ایمن



اطفاء
حریق



تزریقات به روش
ایمن

دستورالعمل پیشگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله‌ها

مقدمه :

از آنجا که لوله و اتصالات متفاوتی به ویژه در سطح سوم خدمات سلامت، جهت انتقال داروهای مختلف، گازهای طبی و مواد غذایی، به بیماران متصل می‌شود. اتصالات این وسایل، غالباً مشابه هستند. شکل‌های متشابه اتصالات کاتترها و لوله‌ها در محیط‌های بالینی، گاهی منجر به اتصال دو وسیله مختلف که برای مقاصد متفاوتی ساخته شده‌اند، به همدیگر می‌شود و این گونه اتصالات نادرست، شکل گرفته و باعث به خطر افتادن ایمنی بیمار می‌شود

علل ریشه‌ای وقایع ناگوار مرتبط با اتصالات نادرست لوله‌ها و کاتترها

- خستگی کارکنان بالینی؛
- تنگی وقت کارکنان؛
- آموزش ناکافی؛
- نور ناکافی؛
- انتقال بیمار از یک ارائه‌کننده، مجموعه و سطح خدمتی به ارائه‌کننده، مجموعه و سطح دیگر؛
- استفاده از لوله‌ها و کاتترهای استاندارد، برای مقاصد دیگر درمانی که برای آن منظور طراحی نشده‌اند.

- مثال:

استفاده از کاتتر وریدی برای راه‌های اپیدورال

طولانی نمودن لوله تغذیه گوارشی

نزدن برچسب در محل اتصالات

قرار دادن لوله‌های با عملکرد غیر مشابه در کنار یکدیگر

استفاده از لوله تغذیه گوارشی، در کنار کاتتر و لوله وریدی مرکزی



نکاتی برای حصول اطمینان از اتصال صحیح لوله‌ها و کاتترها

- قبل از هرگونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی، مسیر لوله‌ها و کاتترها را از منشا اولیه‌ی جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت، بررسی نمایید.
- در هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، اتصالات را مجدداً کنترل نمایید و مسیر لوله‌ها و کاتترها را از منشاء اولیه‌ی جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت، بررسی کنید.

اقدامات آموزشی پیشگیرانه جهت جلوگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله‌ها

گنجاندن راهکارهای پیشگیری از بروز این خطا در برنامه‌ی آموزش بدو ورود کادر بالینی
برنامه‌ی آموزش ضمن خدمت کادر بالینی
مهارت آموزی کادرارائه کننده خدمت دربخش‌های ویژه



اقداماتی برای پیشگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله‌ها:

۱. همیشه اتصالات لوله‌ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.

۲. برچسب‌گذاری کاتترهای پرخطر الزامی است.

کاتترهای پرخطر مثل:

- کاتترهای شریانی
- کاتترهای اپیدورال
- کاتترهای اینتراتکال

۳. از استفاده از کاتترهای شریانی، اپیدورال و اینتراتکال با پورت تزریق، اجتناب کنید.

۴. مسیر لوله‌ها و کاتترها را متناسب با کاربردهای مختلف آنها، در مسیرهای استاندارد مختلفی ثابت نمایید.

۵. مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار، ثابت کنید.

۶. از آداپتورها و اتصالات اضافی، برای لوله‌های تغذیه گوارشی، استفاده نکنید.

۷. به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده‌هایشان تاکید کنید که نباید وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند.

۸. در صورت آزاد شدن محل اتصال لوله‌ها و کاتترها، حتماً باید به پرستاران، اطلاع داده شود.

۹. هنگام خرید کاتترها و لوله‌های جدید، حتماً به منظور شناسایی ریسک بالقوه اتصالات نادرست، از روش‌های مدیریت پیشگیرانه خطا مثل FMEA استفاده کنید.

۱۰. لوله‌ها و کاتترها را کدبندی رنگی نکنید.

شایع ترین مثال‌ها از خطاهای گزارش شده اتصالات نادرست

اتصالات سه‌راهی: به طور کلی با توجه به اینکه اتصالات سه‌راهی، امکان اتصال دو لوله با عمل کاملاً متفاوت را محتمل می‌نمایند، احتمال خطر اتصال نادرست و انتقال دارو و مایعات از راه و به روش نادرست و ناخواسته را ایجاد می‌کنند.

کاتترهای ورید مرکزی

کاتترهای ورید محیطی

لوله‌های تغذیه نازوگاستریک

کاتترهای دیالیز صفاقی

لوله‌های تغذیه گوارشی

کاف تراکئوستومی

لوله‌های متسع‌کننده کاف تراکئوستومیو غیره.

اقدامات پیشنهادی جهت پیشگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله‌ها

لوله‌ها، کاتترها و سرنگ‌ها، یکی از جنبه‌های اساسی مراقبت‌های سلامت روزانه برای تحویل داروها و مایعات به بیماران هستند.

مثال: جهت جلوگیری از به‌وجود آمدن اتصالات نادرست لوله‌ها و کاتترها، چه می‌توان کرد؟

طراحی این لوازم، به گونه‌ای می‌باشد که ممکن است سرنگ‌ها و لوله‌های نامربوط، به‌طور ناخواسته به هم متصل شوند و سپس دارو یا مایعات، از طریق مسیری ناخواسته و درواقع اشتباه، وارد بدن بیمار گردند. این اتفاق، به این دلیل است که لوازم متعددی که برای تجویز از طرق مختلف استفاده می‌شوند، می‌توانند به یکدیگر متصل گردند.

بهترین راه حل، طراحی این لوازم با ویژگی‌هایی است که از اتصال اشتباه، جلوگیری می‌کند و کاربر را به سمت اقدام صحیح، سوق می‌دهد.

عواقب اتصالات نادرست

- اتصالات نادرست لوله‌ها و کاتترها، می‌توانند منجر به بروز خطاهای دارویی از طریق مسیر غلط شده و منجر به آسیب جدی یا حتی مرگ بیمار گردند. اگرچه این خطاها به‌شدت قابل پیشگیری هستند و اغلب می‌توان به راحتی از آنها جلوگیری کرد، اما گزارش‌های متعدد درباره‌ی آسیب دیدگی بیمار و مرگ ناشی از چنین خطاهایی، نشان می‌دهد که این موارد، بطور متناوب رخ می‌دهد.
- طی گزارشی در ایالات متحده آمریکا، ۹ مورد از اتصالات نادرست لوله‌ها که شامل ۷ بزرگسال و ۲ نوزاد بود، بیان گردد که منجر به ۸ مورد مرگ و ۱ مورد از دست دادن دائمی عملکرد شده بود. حوادث مشابه دیگری نیز گزارش شده‌است. داده‌های این گروه‌ها نشان می‌دهد که خطاهای مربوط به اتصالات نادرست، با تناوب قابل توجهی رخ می‌دهند و در مواردی منجر به عواقب مرگبار می‌شوند.

اقدامات پیشنهادی WHO جهت جلوگیری از اتصالات نادرست لوله‌ها و کاتترها

کشورهای عضو WHO باید استراتژی‌های زیر را در نظر بگیرند::

۱. حصول اطمینان از اینکه سازمان‌های مراقبت سلامت، رویه‌های زیر را اعمال می‌کنند:

- به کارکنان غیر بالینی، بیماران و خانواده‌هایشان، تاکید کنید که هیچگاه نباید کاتترها و لوله‌ها، توسط آنها متصل و قطع شود و همیشه باید برای انجام چنین مواردی، از کارکنان بالینی کمک بخواهند.
- نیاز است که به کاتترهای پرخطر (مثل شریانی، اپیدورال، داخل نخاعی و غیره)، برچسب زده شود. ضمناً در این موارد، از استفاده از کاتترهای دارای پورت تزریق، خودداری شود.
- لازم است که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، قبل از برقراری هرگونه اتصال یا اتصال مجدد، یا تجویز داروها، محلول‌ها و...، تمام مسیرها را از مبدا آنها تا پورت اتصال، ردیابی و بررسی کنند.
- فرآیند برقراری ارتباط به منظور یکسان‌سازی مسیر استاندارد، باید به عنوان بخشی از "ارتباطات حین تحویل بیمار" در نظر گرفته شود. این موضوع، باید شامل بررسی مجدد اتصالات لوله‌ها و ردیابی کلیه لوله‌ها و کاتترهای بیمار در هنگام ورود وی به یک محیط جدید و یا در هنگام تغییر شیفت کارکنان باشد.

تأثیر اتصالات نادرست لوله ها بر ایمنی نوزادان

در NICU، هیچ جای خطایی وجود ندارد.

برای نوزادان در بیمارستان ها و واحدهای مراقبت ویژه نوزادان، لوله ها، مایعات حیاتی، خون، دارو و غذا را حمل می کنند. آنها یک راه حیاتی هستند.

به خصوص هنگامی که دوزهای دقیق دارویی را برای بیمارانی که فقط چند کیلوگرم وزن دارند، تجویز می کنید. بنابراین قبل از تعیین یا اتخاذ استانداردهای جدید طراحی، سیاست گذاران باید گزینه های دیگر را در نظر بگیرند.

در این میان، بیمارستان باید خطرات مرتبط با ایمنی را قبل از پذیرش در نظر بگیرد.

ارائه دهندگان مراقبت های سلامت، باید به اتصالات نادرست لوله گذاری بپردازند، اما نه با ایجاد خطرات جدید برای بیماران! (نوزادان)

ارتباط صحیح کارکنان سلامت در حین تحویل بیمار



نکات مهم دستورالعمل برقراری ارتباطات در حین تحویل بیماران

۱. برقراری ارتباطات صحیح در حین تحویل بیمار، شامل تبادل و انتقال اطلاعات:
۲. از یک فرد ارائه کننده خدمت به فرد دیگر (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)
۳. از یک تیم ارائه کننده خدمت به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)
۴. از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر (جهت دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی تخصصی)
۵. از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین یا خانواده بیمار (در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان)

دلایل اصلی عدم تحویل مناسب بیمار

- افزایش تعداد بیمارانی که تحت مراقبت یک تیم سلامت هستند
- میزان تکرار موقعیتهایی که منجر به تغییر مشاوران بیمار می شود
- میزان تکرار جابجایی بیماران بین بخش ها و واحدهای مختلف
- مشارکت تیم های تخصصی متعدد در فرایند درمان و مراقبت

مهم ترین عوامل دخیل در خطاهای ناشی از ارتباطات حین تحویل بیماران

۱. عدم تاکید بر مشارکت بیماران و خانواده آنان در درمان خودشان در فرهنگ سنتی پزشکی

۲. تخصصی شدن خدمات سلامت (افزایش تعداد افراد و واحدهای درگیر در فرآیند درمان و مراقبت)
۳. عدم آموزش مفاهیم کار تیمی و مهارت‌های برقراری ارتباطات و فقدان مدل‌های مناسب برای دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی
۴. مشکلات ناشی از برقراری ارتباط بین کارکنان محلی و مهاجر و بیماران سایر کشورها



مهم ترین فواید تحویل استاندارد بیماران

۱. حفظ ایمنی بیماران: با تحویل مطلوب بیماران، خطا کاهش می‌یابد و این امر منجر به کاهش معلولیت‌ها و مرگ می‌شود.
۲. افزایش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات
۳. تداوم بیشتر درمان بیماران
۴. اجتناب از پرسش‌های تکراری
۵. استانداردسازی تحویل شیفت‌ها

اصول و ضوابط تحویل بیماران

به‌منظور تضمین ایمنی بیمار باید با حضور کلیه اعضای تیم سلامت، اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود تا:

- پزشکان ارشد، بیماران بدحال و ناپایدار را بهتر بشناسند
- اعضای کم سابقه تیم، نسبت به نگرانی هم‌تایان خود در شیت قبلی، به‌خوبی آگاه شوند
- مراقبت‌ها و درمان‌هایی که هنوز به‌طور کامل انجام نشده‌اند، به تیم بعدی منتقل شوند

توجه داشته باشید که اگر موارد زیر شفاف نشوند، تحویل بیماران، حائز ارزش زیادی نمی‌باشد:

- انجام اولویت‌بندی اقدامات درمانی برای بیمار
- نوشتن طرح درمانی آتی بیمار
- بررسی بیماران ناپایدار

الزامات تحویل مناسب بیماران:

- هماهنگ شدن شیفت‌ها
- اختصاص دادن زمان لازم
- شفاف بودن رهبری فرایند
- پشتیبانی تحویل بیماران توسط تکنولوژی اطلاعاتی مناسب
- داشتن خط مشی اختصاصی
- معین بودن زمان تحویل بیمار
- وجود زبان مشترک برای تبادل اطلاعات (مانند تکنیک ISBAR)
- مشارکت بیماران و خانواده‌هایشان جهت تضمین تداوم مراقبت

از آنجا که انتقال اطلاعات، هنگام ترخیص، بستگی به "سواد سلامت" بیمار دارد، گاهی جلب مشارکت بیماران در این مرحله،

مشکل است. در این مواقع، "بازخورد آموزش‌ها" تکنیکی است که توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، جهت کسب اطمینان از

درک صحیح بیمار از اطلاعات ارائه‌شده، انجام می‌شود



روش های موثر در
ارتباط با بیمار
وبلاگ دکتر لینگ

تکنیک SBAR چیست؟

این تکنیک، یک ابزار ارتباطی استاندارد، جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران، بین ارائه دهندگان خدمات می باشد و در واقع مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارد.

وضعیت: Situation بیان شرح حال و وضعیت فعلی بیمار در مدت ۵ الی ۱۰ ثانیه

سوابق: Background : توضیح مختصر در مورد بیماریهای زمینه ای و سوابق پزشکی بیمار

ارزیابی: assessment : نتیجه گیری در مورد وضعیت جاری و میزان وخامت حال بیمار و تشخیص های محتمل

توصیه ها: Recommendation : ارائه پیشنهادات و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی با ذکر چارچوب زمانی



ویژگی‌های تکنیک SBAR

- توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل
- فراهم‌سازی امکان تبادل اطلاعات کامل بیمار
- پرورش فرهنگ ایمنی بیمار
- تسهیل کار تیمی

برقراری ارتباطات صحیح در حین تحويل بیمار، شامل تبادل و انتقال اطلاعات:

۱. از یک فرد ارائه کننده خدمت به فرد دیگر (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)
۲. از یک تیم ارائه کننده خدمت به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)
۳. از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر (جهت دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی تخصصی)
۴. از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین یا خانواده بیمار (در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان)

دلایل اصلی عدم تحويل مناسب بیمار:

۱. افزایش تعداد بیمارانی که تحت مراقبت یک تیم سلامت هستند
۲. میزان تکرار موقعیت‌هایی که منجر به تغییر مشاور بیمار می‌شود

۳. میزان تکرار جابجایی بیماران بین بخش‌ها و واحدهای مختلف

۴. مشارکت تیم‌های تخصصی متعدد در فرایند درمان و مراقبت

مهم‌ترین عوامل دخیل در خطاهای ناشی از ارتباطات حین تحویل بیماران:

۱. عدم تاکید بر مشارکت بیماران و خانواده آنان در درمان خودشان در فرهنگ سنتی پزشکی
۲. تخصصی شدن خدمات سلامت (افزایش تعداد افراد و واحدهای درگیر در فرآیند درمان و مراقبت)
۳. عدم آموزش مفاهیم کار تیمی و مهارت‌های برقراری ارتباطات و فقدان مدل‌های مناسب برای دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی
۴. مشکلات ناشی از برقراری ارتباط بین کارکنان محلی و مهاجر و بیماران سایر کشورها

مهم‌ترین فواید تحویل استاندارد بیماران:

۱. حفظ ایمنی بیماران: با تحویل مطلوب بیماران، خطا کاهش می‌یابد و این امر منجر به کاهش معلولیت‌ها و مرگ می‌شود.
۲. افزایش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات
۳. تداوم بیشتر درمان بیماران
۴. اجتناب از پرسش‌های تکراری
۵. استانداردسازی تحویل شیفت‌ها

اصول و ضوابط تحویل بیماران:

به‌منظور تضمین ایمنی بیمار (با حضور کلیه اعضای تیم سلامت، اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود تا:

- پزشکان ارشد، بیماران بدحال و ناپایدار را بهتر بشناسند
- اعضای کم سابقه تیم، نسبت به نگرانی همتایان خود در شیت قبلی، به‌خوبی آگاه شوند
- مراقبت‌ها و درمان‌هایی که هنوز به‌طور کامل انجام نشده‌اند، به تیم بعدی منتقل شوند

اطلاعات کلیدی که باید در زمان ترخیص، در اختیار بیمار یا ارائه‌کننده بعدی خدمات، قرار گیرد:

○ تشخیص قطعی بیمار

○ وضعیت کنونی بیمار، شامل:

۱. داروها و برنامه‌های درمانی
۲. تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است رخ دهد
۳. نتایج آزمایشات بیمار
۴. تغییرات اخیر در شرایط بیمار
۵. تشخیص بیمار هنگام ترخیص

راهکارهایی برای تبادل اطلاعات بهتر در حین تحویل بیمار:

- استفاده از شناسه‌های متمایز جهت جلوگیری از اشتباه شدن بیماران با اسامی مشابه
- تحویل بیماران، با استفاده از یک فرمت استاندارد معین انجام شود
- جهت تبادل اطلاعات مهم و پرسش و پاسخ کارکنان، بدون مزاحمت، وقت کافی اختصاص داده شود.
- ساعت کار کادر بالینی در شیفت‌های مختلف، با هم همپوشانی داشته باشد تا وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض شیفت، وجود داشته باشد.
- حضور کارکنان بالینی موظف در هر شیفت، هنگام تحویل بیماران، اجباری است.
- ارجح است که فرآیند تحویل، در بالین بیماران انجام شود.
- تمامی اطلاعات تبادل شده در حین تحویل بیماران، باید ثبت شود.

روش TEACH-BACK، در زمان تحویل بیماران، چیست؟

بازخورد آموزش یا Teach-back روشی است برای ارزیابی درک و فهم بیمار از طریق پرسش از آنها در این روش، از بیماران خواسته می‌شود تا آموزش‌هایی که از آموزش‌دهنده دریافت کرده‌اند را به زبان خودشان بیان کنند. چنانچه بیمار، آموزش‌ها را به خوبی درک نکرده باشد، فرد آموزش‌دهنده تا رسیدن بیمار به درک کامل، اطلاعات را مجدداً برای وی تکرار می‌کند. این شیوه آموزشی تعاملی، برای افرادی که از سطح سواد و تحصیلات کمتری برخوردارند، کاربرد بیشتری دارد.

گام‌های روش TEACH-BACK چیست؟

۱. برای انتقال مفاهیم به بیمار، از زبان ساده استفاده کنید و از استفاده‌ی اصطلاحات پزشکی، اجتناب نمایید.
۲. از بیمار یا گیرنده‌ی خدمت بخواهید که مطالب را با زبان خودش بیان کند.

۳. درک اشتباه یا عملکرد نامناسب بیمار را شناسایی و تصحیح کنید.

۴. برای اطمینان از اینکه درک اشتباه، تصحیح شده است، مجدداً از بیمار در مورد مطالب آموزش داده شده، سوال بپرسید.

۵. گام ۴ و ۵ را تا زمانی که متقاعد شوید بیمار، مفاهیم را درک نموده یا توانایی انجام درست و ایمن پروسیجرها را دارد، تکرار کنید.

چطور ارتباطات حین تحویل بیمار را بهبود دهیم؟

الف: متخصصین و کارشناسان، اخیراً این موضوع را بررسی کرده و توصیه‌هایی جهت کاهش خطر را ارائه داده‌اند. که برقراری ارتباطات دقیق، بدون ابهام و رو در رو، بهترین راه برای اطمینان از تحویل موثر است.

با این حال، متخصصان ایمنی بیمار، توافق دارند که راه‌حلهایی مثل طراحی مجدد سیستم‌های مراقبت، از موثرترین روش‌ها برای بهبود ارتباطات حین تحویل خواهند بود. طراحی سیستم پیشرفته، می‌تواند با بهره‌گیری از دانش مربوط به عوامل انسانی (چگونگی اشتباه کردن انسان‌ها)، کاهش مراحل انجام فرآیندها، کاهش فرصت‌های بروز خطا و غیره، توانایی ارائه‌دهندگان برای برقراری ارتباط موثر را افزایش دهد.

فراهم آوردن فرصت‌هایی برای ارائه دهندگان خدمات مراقبت برای پرسیدن سوالات و پاسخ به آنها نیز می‌تواند باعث ب: بهبود اثربخشی ارتباطات تحویل داده شود.

ج: مطالعات، بیانگر این است که ساده‌سازی و استانداردسازی گزارشات تغییر شیفت، می‌تواند باعث افزایش تفکر انتقادی و همچنین به حداقل رساندن مدت زمان دور بودن از بیمار شود.

، روش موثر دیگری است که در تحویل بیماران استفاده می‌شود. در این روش، گیرنده اطلاعات، اطلاعات را (Read-back) د: می‌نویسد و سپس آنها را برای ارائه‌دهنده‌ی اطلاعات می‌خواند تا او تأیید کند که اطلاعات، درست فهمیده شده‌اند.

ذ: همچنین راندهای مشارکتی (چند تخصصی)، برای بهبود ارتباطات و تحویل اطلاعات مهم مربوط به مراقبت از بیمار، به‌طور موثر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ح: درگیر کردن بیماران و خانواده‌ها در روند مراقبت، به‌عنوان یک جنبه‌ی مهم ارائه‌ی مراقبت شناخته می‌شود. بیمار و خانواده وی، تنها افراد ثابت این فرایند می‌باشند؛ بنابراین در موقعیتی هستند که می‌توانند نقشی حیاتی در اطمینان از تداوم مراقبت داشته باشند.

ج: توجه داشته باشید که زمان ترخیص از بیمارستان، مرحله مهمی است که انتقال اطلاعات به بیماران و خانواده‌ها حیاتی می‌شود. اگرچه گاهی اوقات، به‌علت پایین بودن سواد سلامت بیماران^{۱۱}، درگیر کردن آنها در این فرایند، دشوارتر می‌گردد.

مشکلات حین تحویل بیمار

- مشکلات مربوط به تحویل بیمار، تا حدی ریشه در نحوه‌ی آموزش یا عدم آموزش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی (در زمینه‌ی آموزش‌های تیمی و مهارت‌های ارتباطی)، فقدان الگوهای مناسب و سیستم مراقبت‌های سلامت دارد.
- فرهنگ پزشکی، که در طول تاریخ تأکید قابل توجهی بر مشارکت بیماران و خانواده‌ها در امر مراقبت نداشته‌است، دلیل اصلی دیگری است.
- همچنین، مشکلات زبانی ناشی از اعتماد زیاد به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از کشورهای دیگر نیز می‌تواند منجر به مشکلات ارتباطی شود.

اقدامات پیشنهاد شده توسط سازمان جهانی بهداشت

استراتژی‌هایی که باید توسط کشورهای عضو WHO در نظر گرفته شود:

۱. اطمینان حاصل کنید که سازمان‌های بهداشتی از رویکردی استاندارد برای برقراری ارتباط بین کارکنان، هنگام تغییر شیفت و بین واحدهای مختلف مراقبت از بیمار در حین انتقال بیمار، استفاده می‌کنند. موارد پیشنهادی این روش عبارتند از:

- استفاده از تکنیک SBAR

رایج‌ترین ابزار توصیه شده برای استانداردسازی ساختار ارتباطات هنگام تحویل، SBAR و انواع مختلف آن (iSBAR، SoBAR و غیره) است.

- اختصاص زمان کافی برای انتقال اطلاعات مهم
- اختصاص زمان کافی برای پرسنل جهت پرسیدن سوالات و پاسخ دادن به آنها، بدون وقفه و در هر زمان ممکن

- ارائه اطلاعاتی در مورد وضعیت بیمار، داروها، برنامه‌های درمانی، دستورالعمل‌های قبلی و هرگونه تغییر قابل توجه در وضعیت
- محدودسازی تبادل اطلاعات به آنچه که برای تأمین مراقبت ایمن از بیمار، ضروری است.

۲. اطمینان حاصل کنید که سازمان‌های مراقبت سلامت، به گونه‌ای عمل می‌کنند که هنگام ترخیص بیمار از بیمارستان، اطلاعات کلیدی در مورد تشخیص ترخیص، برنامه‌های درمانی، داروها و نتایج آزمایش، به بیمار و ارائه‌دهنده‌ی بعدی مراقبت‌های سلامت نیز داده می‌شود.

۳. تشویق برقراری ارتباط، بین سازمان‌هایی که به طور موازی، خدمات مراقبت را به بیمار ارائه می‌کنند (به عنوان مثال: ارائه‌دهندگان سنتی و غیر سنتی).

توصیه برای بهبود ایمنی بیمار و رضایت بیمار در حین فرآیند تحویل

۱- تأثیر بستر بیمارستان بر ارتباطات حین تحویل بیمار را مدیریت کنید برای تحویل موثر، پزشکان و مدیران باید عوامل اصلی زمینه‌ای را مدیریت کنند:

- شرکت‌کنندگان (افرادی که باید در فرایند، حضور داشته باشند)
- زمانبندی (چه مدت زمانی مجاز است)
- منابع (در دسترس بودن سوابق الکترونیکی یا چاپی بیمار)
- محیط (سر و صدا، وقفه‌ها و فضا)
- توجه: عدم مدیریت این ابعاد، به معنای پذیرش ضمنی خطر است.

۲. توجه داشته باشید که تحویل موثر، شامل دو بعد ارتباطی است: بعد تعاملی و اطلاعاتی.

بیشتر مطالعات مربوط به تحویل بیمار، بر محتوای اطلاعاتی تحویل، متمرکز است. با این وجود، داده‌های ارتباطی واقعی به ما یادآوری می‌کنند که تا زمانی که بعد تعاملی تحویل، به صورت مشترک پیش نرود، ممکن است انتقال اطلاعات، نامفهوم باشد. داشتن تعامل، فوایدی دارد مانند اینکه تعامل، امری بی‌واسطه و متقابل است و این، بدین معنی است که مشکلات و خطاها می‌توانند به سرعت مورد توجه قرار گیرند و برطرف شوند. لازم به ذکر است که برای شناختن ارزش تعامل، ممکن است به تغییر فرهنگی نیاز باشد. ما باید این عبارت مرسوم را که یک تحویل کوتاه، یک تحویل خوب است را با این عبارت جایگزین کنیم که یک تحویل تعاملی، یک تحویل ایمن است

۳. **خطرات اطلاعاتی را، از طریق پروتکل‌های انعطاف‌پذیر اما استاندارد، برطرف کنید.** توصیه می‌شود که پزشکان، هنگام تحویل (هم کتبی و هم گفتاری)، از پروتکل ISBAR، استفاده کنند. توجه داشته باشید که هر پروتکل دیگر با ساختار مشابه نیز می‌تواند به همان اندازه موثر باشد.

۴. **خطرات تعاملی را با اجرای یک پروتکل تعاملی، برطرف کنید.** دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های تحویل، باید مبتنی بر درک آگاهانه از نحوه کار تعامل و نحوه مدیریت خطرات تعاملی باشد. درگیر کردن بیمار با استفاده از پروتکل‌های تعاملی، این اطمینان را می‌دهد که پزشکان، گزارش بیمار را به درستی دریافت می‌کنند و درباره تصمیم‌گیری‌های درمانی که بیمار درک می‌کند، مذاکره می‌کنند.

۵. **اطمینان حاصل کنید که کارکنان بالینی در مورد استراتژی‌ها و چارچوب‌های ارتباطی تحویل بالینی بیمار، آموزش می‌بینند.** انطباق کم با ISBAR و عدم تمایل به مشارکت بیمار در تحویل، اساساً ناشی از عدم آگاهی و آموزش محدود در مهارت‌های تحویل است. بررسی‌ها نشان داد که حتی فقط یک آموزش دو ساعته، می‌تواند تغییر رفتار قابل توجهی از نظر آماری ایجاد کند.

دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

نظر به اهمیت موضوع تداوم و استمرار مراقبت از بیمار در انتهای هر نوبت کاری و در راستای اجرای تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت (مصوب ۸۸/۱۰/۳۰ هیات محترم وزیران) این دستورالعمل با هدف ساماندهی فرایند تحویل بیمار و استمرار مراقبت مطلوب در انتهای هر نوبت کاری، تدوین و جهت اجرا در بخش/واحد‌های بالینی مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی ابلاغ می‌گردد.

کلیات: فرایند تحویل مراقبت/بیمار، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارایه دهندگان مراقبت به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار (از بخشی به بخش دیگر و یا از یک واحد درمانی به واحد درمانی دیگر) به منظور استمرار و تداوم مراقبت می‌باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت‌های کاری مختلف مبادله می‌شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویتهای مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو نوبت کاری در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می‌گردد.

ماده ۱: تعاریف

۱-۱ نوبت کاری (شیفت): نوبت های زمانی معین برای کار در طول ۲۴ ساعت شبانه روز است که در برنامه ماهیانه بخش ثبت و کادر پرستاری بر آن اساس جهت ارائه خدمات در محل کار حضور می یابند و شامل نوبت های کاری صبح ، عصر، شب و یا تلفیقی از آنها است.

۲-۱ مسئول نوبت کاری (شیفت): پرستاری است با تحصیلات حداقل کارشناسی پرستاری که بر اساس تصمیم سرپرستار، برای جانشینی در زمان عدم حضور وی به منظور مدیریت امور بخش/ واحد و پاسخگویی در نوبت کاری مربوطه تعیین می شود.

۳-۱ تحویل بیمار: فرایند انتقال اطلاعات، مسئولیت و اختیار مراقبت بیمار از یک شخص یا گروهی از ارائه دهندگان مراقبت/ خدمات به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت/ خدمات در انتهای هر نوبت کاری می باشد.

۴-۱ تحویل نوبت کاری: یکی از موقعیتهای تحویل بخش و بیماران و تبادل اطلاعات در انتهای هر نوبت کاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیماران و بخش/ واحد بین کارکنان پرستاری هر دو نوبت کاری مبادله می شود.

۵-۱ پرستار مسئول بیمار: پرستاری است که بر اساس نیاز بیماران بخش / واحد و تصمیم سر پرستار/ مسئول نوبت کاری برای یک یا چند بیمار تعیین تا با قبول مسئولیت، انجام و نظارت تمامی مراقبتهای پرستاری بیماران تعیین شده را در حد شرح وظایف مصوب طی آن نوبت کاری به عهده گیرد.

ماده ۲: بر اساس تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت، مدت زمانی برابر یکساعت برای همپوشانی دو نوبت کاری در نظر گرفته شود به نحوی که وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض نوبت کاری فراهم گردد و این زمان در محاسبه زمان حضور کارکنان هر دو نوبت کاری منظور گردد.

ماده ۳: مدیر پرستاری مرکز (مترن) با همکاری تیم مدیریت اجرایی بیمارستان زمان شروع تحویل نوبت کاری را در نوبت کاریهای مختلف تعیین و جهت استقرار در بیمارستان به اطلاع کارکنان پرستاری می رساند.

ماده ۴: قبل از شروع فرایند تحویل و حضور بر بالین بیماران، تقسیم بیماران و فعالیتها توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بخش به شیوه مراقبت موردی انجام، ثبت و پرستار مسئول هر بیمار تعیین می شود.

ماده ۵: به منظور ایجاد آمادگی در بیماران جهت مشارکت در فرایند تحویل، شروع فرایند به بیماران اطلاع داده شود. همچنین در راستای حفظ حریم خصوصی بیماران لازم است افراد متفرقه از بالین بیماران دور باشند.

ماده ۶: سرپرستار یا مسئول نوبت کاری قبل مسئول هدایت فرایند تحویل است که می بایست در هنگام تحویل بیمار به همراه پرستار مسئول بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یابد و پرستار مسئول هر بیمار را به بیمار معرفی نماید.

ماده ۷: در طول فرایند تحویل بیماران، کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحویل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل می باشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.

ماده ۸: برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می شود: SBAR مدل

۱- مشخصات: شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹۵/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش/ تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج

۲- ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی

۳- شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار

۴- ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری

۵- پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

ماده ۹: جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول تحویل کلامی بیمار رعایت شود:

۱. اصل محرمانگی :

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. ، بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت، HIV اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند

اختلالات روان، قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

۲. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش:

تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

۳. خلاصه بودن گزارش

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

۴. صحت و دقت اطلاعات

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

: پرستار مسئول بیمار Named Nurse

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد.

ماده ۱۰: کارکنان نوبت کاری قبل باید از ارائه اطلاعات محرمانه و اطلاعات مربوط به ایمنی بیمار (احتمال سقوط، زخم فشاری و...) به کارکنان نوبت کاری بعد اطمینان حاصل نمایند.

ماده ۱۱: به هنگام تحویل بالینی راه وریدی، لوله و اتصالات بیمار از نظر درستی تعبیه و صحت کارکرد بررسی شود. این بررسی به کارکنان نوبت کاری قبل فرصت میدهد در مورد مشکلات توضیحات بهتری ارائه دهند.

ماده ۱۲: باید فرصت تأیید و یا شفاف سازی اطلاعات به بیمار داده شود در صورت وجود هرگونه ابهام و یا سؤال آن را بیان نماید. در صورت تمایل بیمار، اعضای خانواده او نیز می توانند در هنگام تحویل بیمار حضور داشته باشند.

ماده ۱۳: کارکنان پرستاری تحویل گیرنده می توانند جهت روشن شدن بیشتر وضعیت بیمار سؤالات خود را مطرح نمایند.

ماده ۱۴: در طی فرایند تحویل بیمار، کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد باید از ایمن بودن تجهیزات و محیط بیمار از جمله در دسترس بودن و صحت کارکرد: زنگ احضار پرستار، دستگاه ساکشن، اکسیژن، و بقیه تجهیزات و نرده ایمنی بیمار، نظم محیط به منظور تأمین آسایش، راحتی حرکت و در دسترس بودن تجهیزات و ارتفاع تخت اطمینان حاصل نمایند.

ماده ۱۵: کارکنان کمک دهنده (متغیر) و دانشجویان پرستاری هم باید در فرایند تحویل نوبت کاری حضور داشته باشند.

ماده ۱۶: اطلاعات مربوط به بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی یا تشخیصی به سایر واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان یا خارج از بیمارستان منتقل شده اند نیز باید به کادر پرستاری نوبت بعد گزارش شود.

ماده ۱۷: در صورت همزمانی اعلام کد احیا با تحویل نوبت کاری اولویت با حضور در تیم احیا است، نحوه حضور در تیم احیا در زمان تحویل نوبت کاری (در نظر داشتن عدم وقوع تداخل و مشکل در فرایند تحویل بیمار) توسط مدیریت پرستاری بیمارستان به بخش ها ابلاغ و اعلام می گردد.

ماده ۱۸: به منظور رعایت احتیاطات کنترل عفونت جهت بیماران ایزوله مستقیم یا معکوس و به حداقل رساندن تردد در محوطه ایزوله هنگام تحویل نوبت کاری، ضروری است افراد حاضر در بالین به پرستاران مسئول بیمار در دو نوبت کاری محدود شوند.

ماده ۱۹: به منظور اجرای درست و کامل فرایند تحویل نوبت کاری ضروری است هنگام تحویل نوبت کاری انتقال بیماران از اتاقهای عمل، بخش ها و سایر واحدها صرفاً به موارد اورژانس و حیاتی محدود شود.

ماده ۲۰: در صورت عدم حضور پرستار مسئول (اعزام / پاس شیر / ماموریت) پرستار جانشین، موظف به تحویل بیمار می باشد.

ماده ۲۱: علاوه بر تحویل بیماران در بالین، موارد زیر تحت عنوان اطلاعات کلی بخش توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل می شود.

- آمار بیماران پذیرفته شده، ترخیص شده و تعداد کل بیماران بستری

- گزارش حوادث و وقایع خاص

- وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری

- در صورت نگهداری داروهای مخدر در بخش های مجاز، نوع و تعداد داروها به همراه پوکه داروهای مصرفی توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل داده شود.

ماده ۲۲: تحویل بخش نیز از موارد مورد انتظار در تحویل نوبت کاری است که ضروری است سرپرستار/ مسئول نوبت کاری در هنگام تقسیم کار (ماده ۴ این دستور العمل) افراد مسئول موارد ذیل را تعیین نماید:

- کنترل تجهیزات پزشکی ضروری که در مواقع مخاطره حیات بکار می روند نظیر الکتروشوک

- تحویل ترالی کد مطابق دستورالعمل ابلاغی مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور

- کنترل یخچال دارویی بخش بر طبق دستورالعمل های ابلاغی

- کنترل داروها و اقلام مصرفی موجود در استوک بخش از نظر تعداد و تاریخ مصرف

- کنترل نظافت و بهداشت پایه بخش

تبادل اطلاعات مربوط به کلیه خرابی ها، تأسیسات، تجهیزات، قطعی آب و برق و گاز های طبی و تلفن ، سیستم HIS و غیره

پزشکی خطاهای ساریو

Medical Errors Scenario

عنوان

بیمار آقای ۳۸ ساله ای هستند که در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۳۱ در ساعت ۲۱:۵۰ به علت تصادف و ترما به اندام ها و گردن ، با برانکارد و آمبولانس ۱۱۵ به این مرکز منقل شد . بیمار از درد در ناحیه دست چپ و سر و گردن شاکی بود . در آزمایشات ارسال شده ، موردی نداشت . مشاوره نروسرجری انجام شد و ct بدون مشکل گزارش شد . بیمار در ساعت ۰۰:۵۵ بامداد جهت استفاده از سرویس بهداشتی ، اقدام به خروج از تخت بدون اطلاع به پرستار خود نمود ، در بین راه سقوط کرد و دچار تروما به ابروی راست و لاسراسیون شد (همراهان نیز در کنار بیمار حضور نداشتند) ، BS بیمار کنترل شد . ۲۰۷ بود . در ساعت ۱:۰۵ مجدداً با نروسرجر مشاوره انجام شد و تکرار CT برای بیمار درخواست شد و در ساعت ۱:۱۰ ، به رادیولوژی منتقل شد و در ساعت ۱:۲۵ بازگشت . CT بیمار برای متخصص نروسرجری ارسال شد و طبق نظر ایشان ، بیمار پس از سوچور ابرو ، قابل ترخیص است . که سوچور توسط پزشک اورژانس بدون مشکل انجام شد . مشاوره پزشکی قانونی نیز در ساعت ۱:۰۷ با دکتر انجام شد و از نظر ایشان نیز بیمار قابل ترخیص بودند . بیمار تا ساعت ۳:۰۵ در اورژانس تحت نظر بوده و سپس با حال عمومی مناسب مرخص شد . آموزش های لازم در مورد علائم ضربه به سر به بیمار ارائه شد .

شرح حادثه

- عدم حساسیت پرستار مسئول بیمار مذکور به نظارت و پایش دقیق
- خروج بیمار از تخت به تنهایی و عدم همراهی پرسنل صورت گرفته است عدم بررسی و پایش مناسب بیمار قبل از ورود به اتاق عمل

علل رویداد حادثه

- لزوم بازبینی شرح وظایف مسئول بیمار و مسئول شیفت
- استاندارد سازی پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای مورد نیاز بخش اورژانس
- لزوم بازبینی در نحوه برقراری ارتباط با بیماران و ارائه آموزش مطلوب و موثر
- لزوم بازبینی در نحوه آموزش بیماران
- لزوم آموزش مجدد مسئول شیفت جهت تقسیم کار استاندارد
- برگزاری دوره های آموزش ثبت پرونده بیمار برای پزشکان اورژانس
- شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط
- ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری حداقل یک بار در روز
 - نصب تابلوی "F" به رنگ زرد در قسمت بیرونی درب اتاق بیماران جهت هشدار خطر سقوط به کادر درمانی
 - نصب تابلوی "F" به رنگ زرد بر بالای سر بیمار
 - تهیه و توزیع پمفلت پیشگیری از سقوط جهت بیماران و همراهان بیمار
 - آموزش بیمار و همراهان و مراقبین بیمار در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط
 - اجرایی نمودن طرح پیشگیری از سقوط از طریق حساس سازی و آموزش کلیه کادر درمانی شامل پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان و ...
 - کنترل خرابی تجهیزات مربوط به ایمنی بیمار در ره شیفت (نرده های تخت، ترمز تخت ها و ویلچر و برانکارد حمل و نقل بیماران، توری پنجره ها، زنگ احضار پرستار و ...) از طریق چک لیست مورد نظر
 - بالا بودن نرده های تخت بیماران
 - استفاده از دمپایی و کفش مناسب جهت بیماران
 - در نظر گرفتن صندلی در کنار تخت بیماران
 - در نظر گرفتن نور کافی در راهرو منتهی به سرویس های بهداشتی در بخش های بستری
 - روشن نگه داشتن نسیبی محیط اطراف بیمار در شب
 - اطمینان از سهئولت دسترسی بیمار به زنگ احضار
 - برداشتن و حذف هرگونه مانع و اشیا اضافی در راهروی بخش و راهرو منتهی به سرویس های بهداشتی
 - تسهیل نمودن دسترسی بیماران به واکر عصا و سایر وسایل کمک حرکتی
 - ارزیابی ارتفاع تخت از سطح زمین به نحوی که در حین حفظ آرامش و راحتی بیمار و کارکنان در پایین ترین سطح ممکن قرار داشته باشد
 - بررسی محیط به لحاظ آسیب های احتمالی در صورت وقوع سقوط
 - رها نمودن بیمار در صورت انجام خدمات مربوط به تصویربرداری
 - اطمینان از بالا بودن حفاظ برانکارد ها در حین انتقال بیمار

اقدامات اصلاحی
پیشنهادهای

- جابجایی بیماران به روش ایمن جهت انجام تسهیلات و خدمات گوناگون
- سرکشی و بازدید از بیماران در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب و انجام موارد زیر:

- بررسی سطح درد بیمار
- بررسی نیاز بیمار به اجابت مزاج
- بررسی وضعیت دمپایی بیمار
- اطمینان از وضعیت قفل بودن تخت بیمار
- سهولت دسترسی بیمار به زنگ احضار پرستار
- بررسی سهولت دسترسی بیمار به تلفن و کنترل تلویزیون
- بررسی سهولت دسترسی بیمار به میز کنار تخت، سطل آشغال و دستمال کاغذی
- کنترل بیمارانی که داروهایی مصرف می کنند که بر سطح هوشیاری و راه رفتن بیمار تاثیر گذار است
- احتمال خطر بالای سقوط برای بیمارانی که داروهای سایکوتیک ضد تشنج و بنزودیازپین مصرف می کنند
- احتمال خطر متوسط سقوط برای بیمارانی که داروی فشار خون داروی قلبی آنتی آریتمی یا ضد افسردگی مصرف میکنند
- احتمال خطر پایین سقوط برای بیمارانی که داروی دیورتیک مصرف میکنند
- در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی در کنار تخت بیماراین که دچار مشکلات حرکتی می باشند.
- بررسی وضعیت ایمنی وسایل کمک حرکتی که بیماران از منزل با خود آورده اند

رفرنس

۱. راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار دفتر مدیریت و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت مرداد ۹۳
۲. راهنمای پیشگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها دفتر مدیریت و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت مرداد ۹۳

تهیه و تنظیم

- ۱- فروغ میر سلیمی کارشناس ایمنی بیمار بیمارستان دکتر شریعتی
- ۲- زهرا بهزادی: کارشناس ایمنی بیمار بیمارستان امام جعفر صادق (ع)