

"آموزش شیوه نامه وقایع ناخواسته درمانی - موارد ۲۸ گانه"

خطا:

عدم توفیق در تکمیل و انجام هرگونه کار و یا فعالیت بر طبق برنامه پیش بینی شده .

تقسیم بندی خطاهای درمانی از نظر پیامد:

۱- نزدیک به خطا near – miss

اشتباه یا رویداد ناگواری که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس و یا توقف جریان روی نداده است .

۲- حوادث بدون عارضه no harm event

۳- حوادث فاجعه آمیز sentinel event

: NEVER EVENT

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد : شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شود .

۱. وقایع مرتبط با اعمال جراحی :

۱. عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

۲. انجام عمل جراحی اشتباه روی بیمار دیگر

۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار

۴. جا گذاشتن هر گونه (device جسم خارجی) اعم از گاز، قیچی ، پنس و ... در بدن بیمار

۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی

۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

۲. وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی :

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاههای آلوده

۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

" واحد ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی "

۳. وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر از ولی قانونی

۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد

۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

۴. وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و...

۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مراکز درمانی

۱۷. زخم بستر درجه ۳ و ۴ بعد از پذیرش بیمار

۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات

۵. وقایع مرتبط با محیط درمانی:

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار

۲۲. سوختگیهای به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل

۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت

۲۴. سقوط بیمار

۶. وقایع جنایی:

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۲۶. هر گونه آسیب فیزیکی

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

" واحد ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی "

در صورت وقوع وقایع ناخواسته درمانی :

- * در موارد فوق طبق فلوجارت مربوطه ابتدا وضعیت بالینی بیمار کنترل و آسیب ایجاد شده بررسی گردد .
- * به پزشک معالج یا جانشین وی اطلاع داده شود .
- * در صورت نیاز به اقدام درمانی ابتدا اقدامات درمانی یا مراقبت بر اساس دستور انجام و سپس به صورت مداوم تا ثبات وضعیت بالینی بیمار پایش گردد .
- * گزارش رویداد به سوپروایزر کشیک ، اطلاع رسانی ، فرم مربوطه توسط پرستار مسئول تکمیل و به دفتر سوپروایزر ارسال می گردد
- * سوپروایزر وقت موظف است به مسئول و یا کارشناس ایمنی بیمار بیمارستان که مسئول پاسخگوی ایمنی در بیمارستان است ، اطلاع رسانی نماید .
- * کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بلافاصله شرح مختصر حادثه را به مسئول وقایع ناخواسته معاونت درمان اطلاع دهند و تا حداکثر ۲۴ ساعت بعد از حادثه در سایت وقایع ناخواسته علوم پزشکی البرز وارد شود .
- * تیم داخلی تحلیل خطا و شناسایی علل بروز رویداد ظرف مدت ۷۲ ساعت تشکیل و راهکارهای اصلاحی داده شود.
- * کاربرگ تحلیل علل ریشه ای و سناریو آموزشی بدون ذکر هرگونه مشخصات تهیه و در بازه زمانی ۱۰ روز در سامانه ثبت گردد .
- * کاربرگ تحلیل علل ریشه ای در کمیته پرستاری طرح و سناریو آموزشی به واحدها و بخش های درمانی جهت درس گیری از خطا و پیشگیری از تکرار مجدد ارسال گردد .
- * وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به ۲۸ کد تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی نیست . این دستورالعمل بر گزارش ملی ۲۸ کد تاکید دارد . بدیهی است تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت بایستی در سطح بیمارستان شناسایی ، پیشگیری و مدیریت شوند.

طرق جلوگیری ایمنی بیمار از آسیب به بیمار :

- ۱- حذف خطا
- ۲- یادگیری از خطاهای رخ داده
- ۳- ایجاد فرهنگی که ایمنی بیماران و کارکنان مرکز را ترویج کند.