

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰
تاریخ بازنگری:
دفعات بازنگری:
صفحه: ۱



کتابچه ایمنی بیمار



Bohlool Hospital

کتابچه

ایمنی بیمار

گردآورنده:

مهسا محمدیان بیدختی

کتابچه ایمنی بیمار

فهرست

۳	مقدمه.....
۳	تعریف خطاهای پزشکی.....
۴	گزارش دهی و یادگیری از خطاها.....
۶	طراحی ایده ال برای یک سیستم گزارش دهی خطا.....
۷	تعریف ایمنی بیمار.....
۸	ارزیابی ایمنی بیمار.....
۸	برنامه های معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.....
۹	انتظارات از دانشگاههای علوم پزشکی.....
۹	برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار.....
۱۱	شاخصهای ایمنی بیمار.....
۱۲	مدل دستیابی به ایمنی بیمار (نظام ملی سلامت انگلستان).....
۱۵	نه راه حل ایمنی بیمار.....
۱۸	توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی.....
۱۸	شناسایی صحیح و تعیین هویت بیماران.....
۲۱	ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار.....
۲۲	انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار.....
۲۵	کنترل غلظت محلول های الکترولیت.....

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰

تاریخ بازنگری:

دفعات بازنگری:

صفحه: ۳



کتابچه ایمنی بیمار

- ۲۷.....اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی از ارایه خدمات.....
- ۲۷.....اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها.....
- ۲۸.....استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات.....
- ۳۱.....بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی.....
- ۱۷.....مشخصات روی مچ بند احراز هویت بیماران.....
- ۳۴.....اصول صحیح دارودهی (۷ RIGHT).....
- ۳۵.....نحوه مواجهه با مقادیر بحرانی آزمایشات و تصویربرداری (Panic Value).....
- ۳۵.....اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه.....

کتابچه ایمنی بیمار

مقدمه:

عوارض ناخواسته ناشی از اقدامات درمانی علاوه بر متضرر کردن بیماران از لحاظ فیزیکی، روحی- روانی و مالی، خانواده ایشان، کادر درمانی و جامعه را نیز تحت تاثیر عواقب سوء خود قرار می دهند. بر اساس آمار جهانی و مطالعات در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته، در حال توسعه و... میزان قابل توجهی از بیماران مورد پذیرش در مراکز تشخیصی و درمانی (بیش از ۱۰ درصد طبق آمار دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت) به نوعی متاثر از این حوادث هستند.

تحقیقات انجام گرفته در استرالیا و آمریکا و انگلستان نشانگر این است که ۱۰٪ بستری بیمار در بیمارستان منجر به ایجاد آسیب به بیماران و پرسنل بیمارستان می شود.

دو نکته مهم در خصوص این وقایع یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن اکثریت (بیش از ۷۰ درصد) آنهاست.

از سوی دیگر نحوه نگرش به علل بروز خطاها و شناخت عوامل اصلی و زمینه‌ای و در نظر گرفتن کاستی‌ها و نقش سیستم‌ها در زمینه‌سازی و بروز این اتفاقات و تمرکز بر سیستم به جای فرد به عنوان مقصر اصلی در برخورد با مشکل و برنامه‌ریزی و طراحی راه‌حل‌ها، تعیین‌کننده کامیابی یا ناکامی در کاهش خطاهاست.

خطاهای پزشکی

خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می تواند منجر به آسیب بیمار گردند، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباه در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فن آوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می باشند.

کتابچه ایمنی بیمار

خطاهای پزشکی دو نوع می باشد:

۱. **خطا در برنامه ریزی برای بیمار (error of planning):** روش انتخابی ما از ریشه اشتباه است. برای مثال

تجویز

آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیماری که عامل بیماری زای آن نسبت به این دارو حساسنیست. این نوع خطا، خطای برنامه ریزی محسوب میشود. این نوع خطا به آسانی قابل تشخیص نیست.

۲. **خطا در اجرای درمان (error of execution):** روش درست ما آنطور که می خواهیم پیش نمی رود. برای

مثال پرستار، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است، را تزریق میکند. در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا، اشتباه صورت گرفته است. دلایل خطا میتواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد. این نوع خطا قابل مشاهده است.

از نظر شدت و حدت خطاهای پزشکی عبارتند از:

۱. **نزدیک به خطا (potential adverse event/ near miss/ close call):** اشتباهی که توانایی بالقوه

ایجاد حادثه

یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است. که می تواند به دلایل خوش شانسی

(fortune reason good) زیر باشد:

✓ مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود)

✓ مرور مجدد اطلاعات (Recovery of Identification) بررسی مجدد نام بیمار و نوع داروی تزریقی قبل از

تزریق

۲. **حوادث بدون عارضه (No Harm event/ Incident Event):** حادثه ای که بالقوه می توانسته ضرر

رسان باشد ولی بنا به دلایلی منجر به حادثه نشده است. مثل قوی بودن بیمار

کتابچه ایمنی بیمار

۳. **واقعه ناگوار (accident):** حادثی که اتفاق می افتد و به بیمار آسیب می رساند ولی حادثه وارد شده باعث

ایجاد صدمه جدی نمی باشد و قابل جبران است مثلاً اقداماتی که باعث طولانی شدن مدت اقامت بیماران شود و یا افزایش هزینه بیمار گردد. مثل سقوط بیمار از تخت.

۴. **حوادث مرگ آفرین و ناگوار (Sentinel Event):** وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه

جدی (death/ harm)

فیزیکی یا فیزیولوژیک می شود. مثلاً مرگ بیمار به دلیل پنومونی متعاقب عمل جراحی، از دست دادن عملکرد یک عضو که به شرایط بیماری و یا بیماری زمینه ای مرتبط نباشد، جراحی اشتباه روی بیمار دیگر و یا عضو دیگر، خودکشی بیمار، تحویل کودک به خانواده دیگر و.....

ما تنها زمانی می توانیم بر روی پروسیجرها و عملیاتی که ایمنی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد مداخله انجام دهیم که با همکارانمان برای شناسایی موارد زیر تعامل داشته باشیم:

۱. چه اشتباهی رخ داده است؟

۲. کجا این اتفاق افتاده است؟

۳. چرا این اتفاق افتاده است؟

بازنگری و آنالیز حوادث و حوادث بخیر گذشته برای شناسایی علل لازم و ضروری است. این موضوع شامل ابزارهای بهبود کیفیت مانند تحلیل ریشه ای وقایع یا تحلیل حوادث خیلی برجسته (مهم) می باشد. در ابتدا که علل شناسایی شدند می توانیم برای کمینه سازی یا جلوگیری از وقوع مجدد این حادثه عمل کنیم.

ایمنی بیمار با این مسئله که چرا این اتفاق افتاده است به وسیله تشویق پرسنل و بیماران برای گزارش دهی و بازنگری حوادث سروکار دارد (مورد ملاحظه قرار می دهد). درک آن که چرا حادثه اتفاق افتاد به شما فرصت آن را می دهد تا روش ارائه مراقبت را تغییر دهد.

کتابچه ایمنی بیمار

تاکید بر ایمنی می تواند منجر به ارتقای مدیریت ریسک در تیم ها شده و در اداره یک سازمان نیز کمک کننده (یاری دهنده) باشد.

گزارش دهی و یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود. جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است.

➤ طراحی ایده ال برای یک سیستم گزارش دهی خطا می تواند شامل موارد زیر باشد:

• کلیات طرح

- ✓ هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود.
- ✓ تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا (near miss) گزارش شود. از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود، فیدبک گرفته شود.

• جمع آوری داده

- ✓ فرم های گزارش خطا را تهیه کرده و در اختیار کسانی قرار دهید که دوست دارند در این زمینه همکاری کنند.
- ✓ به منظور روشن شدن جزییات گزارش، اجازه تماس بعدی با گزارش دهنده خطا داده شود. (کوشش در ناشناس بودن فرد)
- ✓ بر توصیف مراحل رویداد خطا تاکید شود.
- ✓ از یک سیستم کامپیوتری آنلاین برای تسهیل گزارش دهی، استفاده شود.

کتابچه ایمنی بیمار

• مرحله تحلیلی

- ✓ داده ها از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر می باشند، جمع آوری شود.
- ✓ در موقع رخداد یک حادثه واحد، تمام سیستم در نظر گرفته شوند.
- ✓ حوادث براساس محلی که اتفاق می افتند، طبقه بندی شوند.
- ✓ حوادث بر حسب رویکرد قابل قبول تقسیم خطا، طبقه بندی شوند.
- ✓ مشکلات شایع در یک بخش شناسایی شوند.

• مداخله

- ✓ نقص های زمینه ای سیستم به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیدا شوند.
- ✓ محیط های مستعد خطا برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار داده شوند.
- ✓ اقدامات اصلاحی اجرا شده برای بررسی اثر بخشی آنها، پیگیری شوند.
- ✓ استراتژی مداخلات به وسیله یک تیم چند منظوره، مشخص شوند.
- ✓ برای تصمیم گیران و سیاست گزاران توصیه هایی در نظر گرفته شوند.

تعریف ایمنی بیمار:

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود.

آژانس بین المللی ایمنی بیمار در سال ۲۰۰۳، ایمنی بیمار را فرآیندی تعریف کرد که به موجب آن بیمارستان ایمنی بیشتری برای بیمارانش ایجاد می کند. بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

۱. ارزیابی ریسک
۲. شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار
۳. گزارش دهی و تحلیل حوادث

کتابچه ایمنی بیمار

۴. ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خطا

ارزیابی ایمنی بیمار

به دلیل اینکه موضوع ایمنی چند بعدی است، درک و پایش و توسعه ایمنی نیازمند اندازه گیری های مختلف داده های کمی و کیفی) است شامل:

- ✓ اندازه گیری رضایتمندی بیمار
- ✓ اندازه گیری های کمی و کیفی فرهنگ ایمنی بیمار
- ✓ داده های روتین بیمار
- ✓ پرونده بیماران
- ✓ سیستم های گزارش دهی
- ارزش "تحلیل کیفی" رویدادهای نامطلوب در افزایش دانش علی، پیشگیری و عملکرد ایمن، مهم است.
- در "روشهای کمی" از شاخص ها و روشهای تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیکی استفاده می گردد تا جوجه ایمنی بیمار بطور کمی اندازه گیری شود.

برنامه های معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- شروع آموزش بیمارستانهای کشور با برگزاری کارگاهها
- تدوین شاخصهای کشوری ایمنی بیمار (به منظور پایش ایمنی بیمار در سطح ملی)
- شروع تدوین گایدلاینها
- طراحی سیستم گزارش گیری کشوری بر مبنای وب
- برنامه های کشوری "جراحی ایمن" و "بهداشت دست"
- ورود مبحث ایمنی بیمار به کوریکولوم آموزشی

کتابچه ایمنی بیمار

- برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

انتظارات از دانشگاههای علوم پزشکی

- حمایت و پایش اجرا و پیشرفت برنامه در بیمارستانهای تابعه
- جلب مشارکت درون بخشی (اداره پرستاری، معاونت دارو غذا، تجهیزات پزشکی و ...) و برون بخشی (نظام پزشکی، پزشکی قانونی، نظام پرستاری و ...)
- تشکیل کمیته راهبردی ایمنی بیمار در سطح دانشگاه
- گسترش فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی تابعه
- پیگیری و پایش اجرای دستورالعملهای ابلاغی در خصوص ایمنی بیمار (همانند جراحی ایمن و بهداشت دست)
- توجه به آیتمهای ایمنی بیمار در بازدیدهای نظارتی
- معرفی رابط ایمنی بیمار برای هر دانشگاه

برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار (Patient Safety friendly Hospital Initiative)

در حال حاضر کشورهایی در حوزه ی EM RO و سایر نقاط دنیا به برنامه ایمنی بیمار متعهد شده اند که از کشورهایی مانند: موزامبیک، سودان و یمن نیز می توان در کشورهای کمتر توسعه یافته اشاره کرد. با توجه به هماهنگی به عمل آمده با WHO، چندین بیمارستان از کشورمان پایلوت این برنامه هستند.

PSFHIM anual

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

Standards

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

کتابچه ایمنی بیمار

- استانداردهای ضروری یا حیاتی (Critical Criteria)
- استانداردهای محوری (Core Criteria)
- استانداردهای توسعه ای (Developmental Criteria)

Domains

استانداردها در ۵ حوزه یا گروه قرار می گیرند:

• حاکمیت و رهبری

- ✓ مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار ملزم باشد.
- ✓ بیمارستان از داده های جمع آوری شده
- ✓ به منظور بهبودی ایمنی بیمار و ارائه خدمات مناسب استفاده نمایند.
- ✓ بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب باشد.

• جلب مشارکت و تعامل بیمار و جامعه

- ✓ ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار و خانواده لحاظ شده باشد.
- ✓ بیمارستان با ارتقاء سطح آگاهی بیماران و مراقبت به ایشان قدرت و امکان مشارکت در تصمیم گیری خود را بدهد.
- ✓ بیمارستان بیماران را نسبت به ابراز انتقاد و بیان دیدگاهها تشویق کند.

• خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

- ✓ دارای سیستم بالینی اثر بخش باشد و ایمنی بیمار را تضمین کند.
- ✓ دارای سیستمی به منظور کاهش خطر ابتلا به عفونت های مکتسبه خدمات سلامت باشد.
- ✓ ایمنی خون و فراورده های خونی را تضمین کند.
- ✓ سیستم دارویی بیمارستان ایمن باشد.

کتابچه ایمنی بیمار

• محیط ایمن

✓ بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان باشد.

✓ دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها باشد.

• آموزش مداوم

✓ بیمارستان برنامه مشخص و ویژه ای برای ارتقاء حرفه ای کارکنان در زمینه ایمنی بیمار دارد.

✓ پژوهش های مرتبط با ایمنی بیمار به طور مستمر انجام گیرد.

شاخصهای ایمنی بیمار (Patient Safety Indicators)

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پیش می کنند. با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

شاخص های سطح بیمارستانی ایمنی بیمار

۱. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در یک بازه زمانی کوتاه.

۲. عفونتهای بیمارستانی شدید منجر شده به مرگ یا عارضه پایدار

۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق /مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود

۴. آمبولی ریوی پس از عمل جراحی

۵. خونریزی یا هماتوم شدید منجر به مرگ یا عارضه پایدار پس از اعمال جراحی

۶. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ و ۴ یا زخم فشاری تونلی در بیمار

۷. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه دارو های پر خطر منجرشده به مرگ یا عارضه

کتابچه ایمنی بیمار

۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پر خطر
۹. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار بعد از عمل
۱۰. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
۱۱. آسیب حین تولد نوزاد
۱۲. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۱۳. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۱۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته‌ی ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود.

مدل دستیابی به ایمنی بیمار (نظام ملی سلامت انگلستان)

در این مدل ۷ قدم برای دستیابی به ایمنی بیمار و صیانت از آن در نظر گرفته شده است و در آن مانند سایر موارد مشابه سعی شده تا از یک سو ارائه ایمن خدمات تضمین شود و از جانب دیگر در صورت بروز ناخواسته خطاها رویکرد صحیح اتخاذ و اقدام مناسب صورت پذیرد.

۱. فرهنگی مبتنی بر ایمنی بیمار بنا نهید.

موفقیت در اجرا و ارتقای برنامه ایمنی بیمار قبل از هر چیز تغییرات فرهنگی و بسترسازی مناسب را در سازمان و جامعه طلب می‌کند. این فرآیند اگرچه سخت و زمان‌بر است ولی سنگ بنای موفقیت و دور زدن آن مساوی با شکست است. در

کتابچه ایمنی بیمار

چنین فرهنگی کارکنان همواره از نقاط خطر و خطاهای بالقوه آگاهی دارند. هم کارکنان و هم سازمان متوجه اهمیت شناخت و ریشه‌یابی به موقع خطاها و درس گرفتن از آنها و دارای توانایی اتخاذ رویکرد مناسب در قبال آنها هستند. در چنین سازمانی اطلاعات به صورت شفاف برای یادگیری و اتخاذ روش‌هایی به منظور جلوگیری از تکرار آنها تبادل می‌شوند. با توجه به نگرش سیستمیک به علل بروز خطا از سرزنش بی‌مورد و غیرمنصفانه افراد به جای پرداختن به زمینه‌های سیستمیک خودداری می‌شود.

۲. کارکنان خود را راهبری و حمایت کنید.

نقش رهبری سازمانی در ایمنی بیمار کاملاً کلیدی و اساسی است و باید تعهد به آن مشهود باشد و در عمل به شکلی ملموس نشان داده شود که ایمنی بیمار از اولویت‌های سازمان است. کارکنان باید بتوانند دغدغه‌های احتمالی خود را در خصوص خطرات و ایمن نبودن خدماتی که ارائه می‌کنند، بیان کنند.

۳. فعالیت‌های مدیریت خطر را در سازمان خود یکپارچه کنید.

مدیریت کردن خطرات به صورت مجزا کافی نیست. باید درس‌های آموخته شده از خطرات در سایر موقعیت‌های خطر و واحدها در سازمان مورد توجه و استفاده قرار گیرند. به این منظور باید گروهی به صورت متمرکز مسوول جمع‌آوری این اطلاعات باشد.

۴. گزارش‌دهی وقایع را ارتقا دهید.

گزارش به موقع وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار علاوه بر آنکه بیمار و کادر درمانی را از لحاظ اتخاذ روش صحیح برای تخفیف یا جلوگیری از آسیب در کوتاه مدت منتفع می‌کند، به نظام گزارش و یادگیری نیز این امکان را می‌دهد با دریافت و تجمیع اطلاعات، سایر واحدهای داخل و خارج از سازمان را در قبال خطاها آگاه کند تا به این وسیله از تکرار آنها در سایر اجزای نظام سلامت جلوگیری شود.

کتابچه ایمنی بیمار

۵. مشارکت بیماران را جلب و با آنان و جامعه ارتباط برقرار کنید.

بسیاری از بیماران قابلیت‌هایی دارند می‌توانند در تشخیص خطرات و حل مشکلات به شما کمک کنند. بیمار می‌خواهد و حق دارد که در سیر درمان خود مشارکت داشته باشد. این مشارکت شامل اطلاع از بیماری، تصمیم‌گیری در خصوص روش‌های درمان و نتایج آنها و خطرات مترتب بر روش‌های درمانی مختلف است. بیمار می‌خواهد اطمینان حاصل کند روش درمان وی به درستی انتخاب شده و صحیح اجرا و پایش می‌شود. در مواقعی که اتفاق ناخواسته‌ای رخ می‌دهد، به صورت شفاف و صمیمانه موضوع برای بیمار توضیح داده شود تا بتواند بهتر از عهده عوارض مرتبط بر آن وقایع برآید.

۶. از وقایع رخ داده درس بگیرید و آموخته‌های خود را با دیگران هم در میان بگذارید.

بعد از بروز یک واقعه ناخواسته آنچه مهم است فرد مقصر نیست بلکه چرایی و چگونگی وقوع حادثه است. در اینجا آگاهی کارکنان از موضوعات قابل گزارش، روش‌های تحلیل و اقدام بر اساس این اطلاعات اهمیت دارد.

۷. راه‌حلهایی را برای پیشگیری از بروز آسیب‌ها به کارگیری و اجرایی کنید.

بر اساس آموخته‌ها و تجارب ناشی از تحلیل وقایع باید راه‌حلهایی ارائه شوند، فرآیندهای سازمان در صورت نیاز تغییر کنند یا اصلاح شوند یا طراحی‌های جدید صورت گیرد. متذکر می‌شود پایش مستمر این مدل اجرایی، ضامن اجرای موفق آن خواهد بود که این ابزار نیز توسط نظام سلامت انگلستان ارائه شده است.

کتابچه ایمنی بیمار

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار:

- ✓ عفونتهای بیمارستانی
- ✓ حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می انجامد.
- ✓ عوارض حین و بعد از عمل جراحی
- ✓ زنان و زایمان
- ✓ حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.

نه راه حل ایمنی بیمار:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- ✓ تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه
- ✓ داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- ✓ در خصوص دارو های با غلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- ✓ تجویز ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- ✓ محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه
- ✓ جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر

کتابچه ایمنی بیمار

- ✓ گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه ای آنها
- ✓ رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی دربالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...
- ✓ قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.
- ✓ هنگام دارو دادن ، حتما" بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- ✓ هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- ✓ هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود.
- ✓ هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجددا" با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۲. شناسایی صحیح و تعیین هویت بیماران:

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود. با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلبوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند. به همین منظور از مچ بندهای احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود. دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

محل مناسب دستبند شناسایی بیماران بر روی مچ دست غالب میباشد.

کتابچه ایمنی بیمار

کلیه کادر درمان می بایست قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمامی بیماران بصورت فعال شناسایی شوند و مشخصات آنها با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق داده شوند.

روش شناسایی فعال:

- ✓ از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
- اگر بیمار هوشیار است نام وی را پرسید (از بیمار پرسید " نام شما چیست " ، به جای اینکه پرسید " آیا شما آقای علی احمدی هستید؟ ")
- ✓ اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد /هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.
- ✓ پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
- ✓ به هیچ عنوان از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نمی شود.

مشخصاتی که روی مچ بند احراز هویت بیماران ثبت می گردد به شرح ذیل می باشد:

بیماران بستری بزرگسال:

نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار ، نام پدر بیمار، شماره پرونده

نوزادان:

نام و نام خانوادگی مادر نوزاد(نام پدر در مورد اسامی مشابه)، جنس نوزاد، تاریخ تولد، ساعت تولد، تعداد قل یک، دو ، سه و ...، شماره پرونده مادر.

بیماران مجهول الهویه:

طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان برای این بیماران مقرر گردید در سیستم HIS بر روی دستبند شناسایی علاوه بر موارد ذکر شده (نام بخش و نام بیمارستان) نیز قید گردد.

کتابچه ایمنی بیمار

بیماران با اختلالات روانی:

طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان، دستبند شناسایی این بیماران مانند سایر بیماران صادر و به مچ دست غالب بیمار بسته شود و در صورت مفقود شدن دستبند پس از تطابق اطلاعات و مشخصات بیمار با پرونده، مجدد برای بیمار دستبند شناسایی صادر و به مچ دست بیمار وصل گردد.

بیماران دارای شکستگی و سوختگی اندامهای فوقانی:

بدلیل اینکه در این بیماران امکان بستن دستبند شناسایی به آن عضو نمی باشد از مچ پای بیمار جهت بستن مچبند شناسایی استفاده گردد و بطور کلی هر کدام از اندامها (دست / پاها) که سالم باشد مچبند شناسایی به آن عضو بسته شود.

بیماران دیالیزی:

در این خصوص مقرر گردید دستبند شناسایی مقاوم و با کیفیت بالا برای تمامی بیماران تهیه و در ابتدای هر شیفت پس از تطابق مشخصات بیمار به مچ دست بیمار وصل و سپس در انتهای دیالیز از بیمار تحویل گرفته شود.

✓ جهت مشخص شدن بیماران در معرض سقوط، زخم بستر، ترومبوز ورید عمقی، خودکشی، تشنج، پلی فارماسی از برچسب زرد و برای بیماران دارای آلرژی از برچسب قرمز رنگ بر روی دستبند شناسایی استفاده میشود.

✓ در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست علاوه بر ثبت نام پدر بیمار بعنوان

جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی، به منظور هشدار روی جلد پروندهی بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت: "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید گردد.

✓ بعد از ترخیص دستبند بیمار امحا گردد.

کتابچه ایمنی بیمار

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

✓ زمانی که مسئولیت مراقبت بیمار از یک مراقبت دهنده به فرد دیگری منتقل شود اصطلاح (Hand Over)

Hand Off به کار می‌رود .

✓ Hand Off در زمان تحویل و تحول شیفت ها یا زمانی که فرد مراقبت دهنده به طور موقت محل خدمت خود را

ترک کند مانند: زمان غذا خوردن ، ساعت استراحت ، مرخصی ساعتی و ... و مراقبت از بیمار را به همکار خود واگذار نماید روی می دهد.

✓ ۷۰-۸۰٪ اتفاقات ناخواسته ناشی از مشکلات تعاملی بین گروههای پزشکی است.

✓ هدف استفاده از یک روش یکسان و واحد در بخش های درمانی جهت انتقال صحیح ، به موقع ، کامل و مؤثر

اطلاعات بیماران از یک فرد مراقبت دهنده به فرد دیگر به منظور ارتقاء ایمنی بیماران می باشد .

✓ روش صحیح Hand Off بصورت چهره به چهره و بر بالین بیمار انجام می شود .

a. از دو روش ارتباطی (پرونده بیمار یا کاردکس و شفاهی) برای Hand Off استفاده می شود .

b. از تکنیک ارتباطی یکسان ISBAR برای گزارش دهی استفاده می شود .

c. موارد مورد ابهام حتماً تکرار می شود .

d. فرد تحویل گیرنده هم تراز (مهارت و دانش) فرد تحویل دهنده می باشد .

e. گزارش شیفت کاری در پرونده بیمار ثبت می شود .

f. بعد از اتمام مراحل تحویل و تحول ، کلیه مسئولیت های مراقبت از بیمار به عهده فرد تحویل گیرنده است .

کتابچه ایمنی بیمار

I	Identify	
S	Situation	Complaint, diagnosis, treatment plan and patient's wants and needs
B	Background	Vital signs, mental and code status, list of medications and lab results
A	Assessment	Current provider's assessment of the situation
R	Recommendation	Identify pending lab results and what needs to be done over the next few hours and other recommendations for care

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

✓ گام اول – اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

کتابچه ایمنی بیمار

- a. در تمامی اعمال جراحی، و اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای درمانی) تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه میباشد. (لیست اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته، نوع مراقبت و درمان های انجام شده در بخش و نوع مراجعین توسط بیمارستان تهیه و به تایید رئیس بخش رسیده است)
- b. اخذ رضایت از بیماران در وضعیت تهدید کننده زندگی، اختلال هوشیاری الزامی نیست.
- c. در فرآیند رضایت آگاهانه لازمست، نکات ذیل به بیمار گفته شود:
- i. تشخیص یا مشکل اصلی
 - i i. درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل
 - i i i. خطرات توام با درمان و یا راهکار
 - i v. اطلاعات در خصوص زمان بهبود مورد انتظار
 - v. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
 - vi. وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم
- d. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی/پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز میباشد.
- e. هر لحظه ای که بیمار بخواهد میتواند رضایت خود را پس بگیرد.
- f. عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار/ولی/وابسته‌ی درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذ نمود.

✓ **گام دوم – تایید هویت بیمار:**

از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجری آماده می شود، در گیر اولین مراحل فرآیند پنج گانه

«بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» میگردد.

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار

را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

کتابچه ایمنی بیمار

این پرسش ها شامل:

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید).
- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.
- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر
- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

✓ کام سوم- نشانه گذاری محل انجام پروسیجرهای تهاجمی:

محل انجام پروسیجرهای تهاجمی باید توسط فردانجام دهنده پروسیجر و یا پزشک انجام دهنده پروسیجر صورت پذیرد. جراح فقط در صورتی می تواند علامت گذاری محل عمل/پروسیجر تهاجمی را به فرد دیگری تفویض نماید که ان فرد در تمام مدت جراحی/ پروسیجر تهاجمی بویژه هنگام انسزیون حضور داشته باشد.

کتابچه ایمنی بیمار

✓ **گام چهارم - درنگ تیمی (تایم اوت تیمی):**

در مکان انجام پروسیجر اعم از اتاق عمل یا بخش های بستری، قبل از آغاز پروسیجر همه اعضای تیم درمانی بایستی با یک درنگ (تایم اوت) در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند:

اطمینان از حضور بیمار صحیح

اطمینان از نشانه گذاری صحیح محل پروسیجر

اطمینان از انجام پروسیجر صحیح

اطمینان از در دسترس بودن ایمپلانت مناسب و تجهیزات خاص مورد نیاز

توجه: در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

✓ **گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط:**

(a) کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار (پرونده، گرافی ها و آزمایشات) در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده میشود.

(b) خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.

(c) فرآیند های مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری:

(d) حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضای تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

(e) همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.

(f) از صحت بیمار صحیح- گزارش صحیح اطمینان یابند.

(g) بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد.

کتابچه ایمنی بیمار

در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد.

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

محلول های الکترولیت تغلیظ شده داروهایی هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می شود. در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول ها می توانند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر (High Risk) محسوب می شوند. از بین داروهای تزریقی الکترولیت های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بردارد.

✓ به منظور جلوگیری از صدمات جبران ناپذیر تزریق این محلول ها و ارتقاء ایمنی بیماران موارد ذیل مورد توجه قرار گیرد:

- a. داروهای پرخطر الکترولیت های تغلیظ شده دور از دسترس و در کمد جداگانه نگهداری می شود.
- b. دوز دقیق دارو و مدت زمان انفوزیون در برگه دستورات پزشک ثبت می شود.
- c. محلول های الکترولیت غلیظ طبق دستور پزشک آماده سازی شده و در صورت نیاز رقیق می شوند و بر روی محلول آماده تزریق برچسب High Alert نصب می گردد.
- d. در مواقع تجویز الکترولیت های غلیظ سیستم Double Check اجرا می شود به این معنی که پرستار دیگری هم بر کنترل دستور پزشک در پرونده بیمار، نحوه آماده سازی و تزریق دارو نظارت می نماید.
- e. قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می شود.
- f. در تزریق محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا از پمپ انفوزیون استفاده شود و بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو، دوز دارو و نصب گردد.
- g. بیمار در تمام مراحل حین و پس از انفوزیون دارو تحت مانیتورینگ قلب- تنفسی قرار گیرد.
- h. علایم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت های غلیظ کنترل می شود.

کتابچه ایمنی بیمار

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام

تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند و لیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار

شایعتر برآورد می گردد. بنابراین رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد.

✓ **تلفیق دارویی** فرایندی است که به منظور بهبود ایمنی دارویی بیمار در زنجیره درمان (انتقال بیمار از منزل به بیمارستان، انتقال بین بخشی، ارجاع و ترخیص) بکار گرفته میشود.

این فرآیند شامل:

- (a) تهیه یک لیست جامع و کامل از داروهایی که بیمار قبل از بستری مصرف می کرده است.
- (b) مقایسه لیست فوق با دستورات دارویی نوشته شده برای بیمار در هنگام پذیرش، انتقال و یا ترخیص وی و مشخص کردن مغایرت ها، تداخلات دارویی و ... که با توجه به آن تغییرات دارویی مستند و ثبت می گردد.
- (c) به روز رسانی لیست دارویی
- (d) اعلام لیست به مراقبین سلامت بعدی در زمان ترخیص، انتقال و یا تحویل لیست به بیمار در هنگام ترخیص

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در سازمانهای مراقبت بهداشتی، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها، سوندها و راههای وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است. از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالباً دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می شوند.

کتابچه ایمنی بیمار

برخی از این تجهیزات شامل موارد ذیل میباشد:

(الف) اتصالات وریدی، شریانی (آنژیوکت، شالدون، CVP LINE، ARTERY LINE، ...

ب) اتصالات مربوط به راه هوایی شامل لوله تراشه، تراکئوستومی، سوند اتصال اکسیژن و...

ج) سایر موارد مثل درن‌ها، سوند فولی، NGT، ...

- ✓ در طی Hand Off تمام اتصالات بیمار از نظر فیکس بودن، باز بودن مسیر و صحت عملکرد کنترل می شود.
- ✓ در صورت مشاهده هر گونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل: نشت، انسداد، جابجایی و یا پارگی در آنها در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می رساند.
- ✓ میزان درناژ باتلها و out put ادراری و یورین بگ بیمار را بررسی نمایید.
- ✓ لوله تراشه و NGT را از نظر قرار گیری در محل صحیح بررسی نمایید.
- ✓ تاریخ فیکس اتصالات را چک کنید.

۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت

استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه خدمت - گیرنده خدمت و جامعه اعمال می کند.

بنابراین هدف از رعایت دستورالعمل تزریقات ایمن، جلوگیری از صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی، صدمات

ناشی از فرورفتن سر سوزن به دست (Needle Stick) کارکنان بهداشتی درمانی و نیز عدم استفاده مجدد از وسایل یکبار

مصرف برای بیماران جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی در راستای ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان

میباشد.

کتابچه ایمنی بیمار

✓ تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

- (a) به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.
- (b) به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.
- (c) پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

✓ اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:

- (a) رعایت بهداشت دست
- (b) پوشیدن دستکش در مواقع ضروری
- (c) استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف
- (d) آماده سازی و ضدعفونی پوست.

✓ خلاصه گام های ضروری در تزریقات:

- (a) بهداشت دست ها را با استفاده از آب و صابون و یامحلول های Hand Rub رعایت نمایید. این عمل را به دقت و بر اساس روش شستشوی توصیه شده در راهنمای رعایت بهداشت دست ابلاغی از وزارت بهداشت ، انجام دهید.
- (b) در صورت لزوم، از یک جفت دستکش یک بار مصرف غیر استریل استفاده نمایید و دستکش را ما بین بیماران و یا به ازای انجام هر اقدام درمانی تعویض نمایید.
- (c) برای اخذ نمونه خون و کشیدن خون فقط برای یک بار از وسیله تزریقات یک بار مصرف استفاده کنید.
- (d) در صورت نیاز به دسترسی وریدی، موضع تزریق را ضدعفونی نمایید.
- (e) فوراً پس از مصرف ، وسایل تزریق مصرف شده را در ظروف ایمن دفع نمایید.
- (f) در صورتی که گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.

کتابچه ایمنی بیمار

- (g) در صورت وقوع **needle stick**، آن را گزارش نمایید و پروتکل بیمارستان را در ارتباط با پروفیلاکسی بعد از مواجهه دنبال نمایید. نمونه خون را قبل از ورود سر سوزن به داخل آن، در **rack** قرار دهید.
- (h) برای هر تزریق از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایید.
- (i) قبل از استفاده از سرنگ، بسته بندی سرنگ و سرسوزن را بررسی کرده تا از سلامت آن مطمئن شوید.
- (j) در صورتی که تاریخ انقضاء سرنگ و سرسوزن سر آمده و یا بسته بندی آن پاره و صدمه دیده است، آنرا دور بیندازید.
- (k) حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
- (l) در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سرنگ و سر سوزن استریل استفاده نمایید.
- (m) هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
- (n) هرگز از داروی کشیده شده دریک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید.
- (o) از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.
- (p) از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده نمایید.
- (q) از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.
- (r) به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.
- (s) در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید.
- (t) ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- (u) فضایی که جهت آماده نمودن تزریقات مورد استفاده قرار می دهید را منظم نگاهدارید تا تمیزی آن به سهولت ممکن باشد.

کتابچه ایمنی بیمار

(V) سر ویال دارویی را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید و قبل از ورود سر سوزن به داخل آن اجازه دهید در معرض هوا خشک شود.

(W) هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز، سر سوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها ننمایید.

(X) در اسرع وقت پس از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز اقدام به تزریق نمایید.

(Y) پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال دارو: تاریخ و زمان آماده نمودن دارو، نوع و حجم حلال،

غلظت نهایی، تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو، نام فرد مسئول را با برچسب بنزید

(Z) برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند، تاریخ و زمان اولیه ای که از ویال استفاده نموده اید و نام فرد مسئول را درج نمایید.

(aa) هرگز از سوآب پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده ننمایید.

(bb) از الکل برای ضدعفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

(CC) روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروارگانیسم ها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یامهار رشد آن ها نیز می گردد.

کتابچه ایمنی بیمار

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیزم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

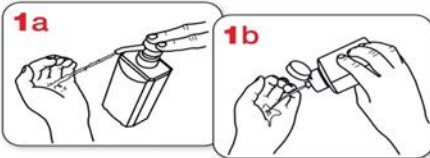
✓ مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از:

- (a) در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- (b) قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- (c) قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- (d) بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- (e) قبل و بعد از تماس با زخم
- (f) پس از در آوردن دستکش ها از دست.

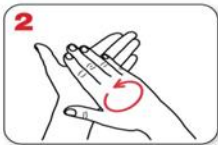
✓ پابندی پرسنل بهداشتی درمانی به رعایت بهداشت دستها (Hand rub, Hand wash)

کتابچه ایمنی بیمار

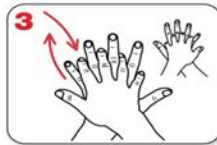
How to handrub? WITH ALCOHOL-BASED FORMULATION



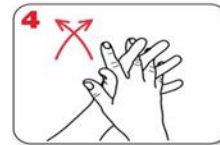
Apply a palmful of the product in a cupped hand and cover all surfaces.



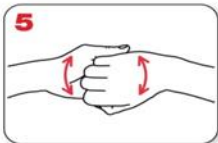
Rub hands palm to palm



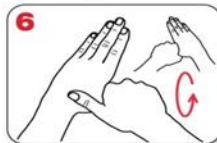
right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa



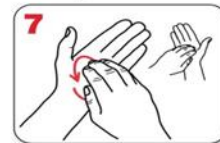
palm to palm with fingers interlaced



backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked



rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa



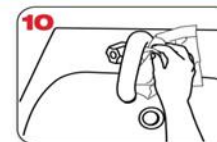
rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa



rinse hands with water



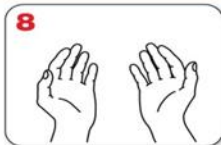
dry thoroughly with a single use towel



use towel to turn off faucet



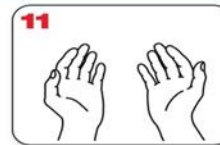
20-30 sec



...once dry, your hands are safe.



40-60 sec



...and your hands are safe.

کتابچه ایمنی بیمار

موارد ۲۸ گانه خطاهای پزشکی Never Event (مواردی که هرگز در مراکز درمانی نباید اتفاق بیافتد) براساس National Quality forum، وقایع ناخواسته درمانی شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد، در صورت وقوع هر یک از موارد فوق، باید بلافاصله به اطلاع مسئول شیفت/سرپرستار و یا سوپروایزر بالینی برسد، تا توسط ایشان اطلاع رسانی به مترون محترم انجام و سپس اطلاع رسانی به مسئول فنی ایمنی بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و کارشناس فوکال پوینت معاونت درمان از طریق پیامک اطلاع رسانی توسط مترون صورت گیرد.

الف (وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

- (۱) انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- (۲) انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار
- (۳) انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و . . .)
- (۴) جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن بیمار
- (۵) مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
- (۶) تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

کتابچه ایمنی بیمار

ب) 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 دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- (۹) مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

- (۱۰) ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- (۱۱) مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...).
- (۱۲) خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

د: وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

- (۱۳) مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،...
- (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 مرکز درمانی
- (۱۷) زخم بستر درجه ۳ یا 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 (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ...)

کتابچه ایمنی بیمار

ذ) وقایع مرتبط با محیط درمانی

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

۲۱) حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)

۲۲) سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

۲۳) موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)

۲۴) سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، ، سقوط از پله ، ...)

ر) وقایع جنایی:

۲۵) موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۲۶) هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

۲۷) ربودن بیمار

۲۸) اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

اصول صحیح دارودهی (۷ RIGHT)

۱. داروی صحیح

۲. راه صحیح

۳. زمان صحیح

۴. دوز صحیح

۵. بیمار صحیح

۶. مستند سازی صحیح

کتابچه ایمنی بیمار

۷. حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستوردا رویی داده شده

نحوه مواجهه با مقادیر بحرانی آزمایشات و تصویربرداری (Panic Value)

فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک اعم از آزمایشات و تصویربرداری اعم از بستری و سرپایی در کمیته دارو و درمان مطرح و توسط مسئول فنی بیمارستان به بخشها ابلاغ می گردد .

به محض تشخیص موارد بحرانی برای بیمار توسط کادر واحد پاراکلینیک بلادرنگ از خط آزاد ارتباطی یک طرفه برای ارتباط با پرستار بیمار استفاده می کنند .

از تکنیک Read Back, Write Down, Repeat Back, Close the loop برای برقراری ارتباط کارکنان استفاده می کنند .

اطلاع وضعیت به پزشک معالج به صورت تلفنی / شفاهی اطلاع رسانی می شود و پزشک مقیم / آنکال فراخوان می شود. بلافاصله شرایط بیمار توسط پرستار ارزیابی می شود و اقدامات احیا پیگیری می شود .

اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه

به نتایج تستهای حیاتی بیمار که بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شود تستهای معوقه یا pending test result گفته می شود .

در حالات مختلفی بیمار قبل از دریافت نتایج تست های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی از بیمارستان مرخص می شود، بر این اساس لازم است دستورالعمل واحدی در بیمارستان جاری باشد تا کلیه کادر درمان مطابق آن عمل نموده تا هدف تشخیصی درمانی تست مورد نظر حاصل گردد، برای این منظور:

لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ دهی تست های تایید آزمایشگاه طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف بیماران در دسترس پزشک و کادر بالینی قرار داده شود.

کتابچه ایمنی بیمار

پرستار/مامای مسئول بیمار جواب آزمایشات و تست های پاراکلینیکی انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری می نماید

در صورتی که هنگام ترخیص بیمار برخی از جواب تست ها آماده نبود پرستار/مامای مسئول اسم کامل تست را به همراه زمان انجام و زمان مورد انتظار پاسخ (طبق لیست چرخه جواب) در فرم آموزش حین ترخیص بیمار ثبت می نماید فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه وی تحویل گردیده در خصوص پیگیری جواب تست ها و آزمایشات به وی توضیح داده شود.

در مورد نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد که اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفا از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار ویا همراه وی صورت پذیرد.

۱. مواردی که نمونه پاتولوژی بیمار مثبت باشد پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه مراتب را بلافاصله به بیمار یا همراه وی جهت پیگیری بعدی اطلاع داده و ثبت نماید.

۲. پرسنل آزمایشگاه درمورد بیماران سرپایی و ترخیص شده جواب هایی که در محدوده بحرانی می باشند بصورت تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع می دهند.

۳. به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است. بیماران می توانند از طریق سامانه اینترنتی با در دست داشتن شماره قبض آزمایش خود جواب آزمایش را از طریق سایت پیگیری کنند.

۴. تست های پاراکلینیکی نظیر گرافی ها، سی تی اسکن، MRI و... پس از رپورت رادیولوژیست در دسترس منشی رادیولوژی قرار می گیرد. بیمار با کد ملی جهت گرفتن جواب مراجعه نماید. (درمورد CT یک هفته و MRI حدودا ۲۰ روز) به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است.

۵. جواب هایی که بحرانی هستند و نیازمند مداخله درمانی فوری می باشند توسط رادیولوژیست به مسئول شیفت واحد پاراکلینیک اعلام گردیده از طریق تماس تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع رسانی می شود.

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰

تاریخ بازنگری:

دفعات بازنگری:

صفحه: ۳۸



کتابچه ایمنی بیمار

