

<p>کد: PR-ML-2</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۵/۸/۱۱</p> <p>تاریخ بازنگری: یکسال بعد</p> <p>تعداد صفحه: ۱ از ۲</p>	<p>عنوان روش اجرایی:</p> <p>ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی جهرم</p> <p>مرکز آموزشی درمانی پیمانیه - بهبود کیفیت</p>
<p>ابزار و روش پایش: چک لیست</p>	<p>هدف: پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی</p> <p>پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز</p> <p>پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها</p>	<p>دامنه (محدوده): کلیه واحدهای بیمارستان</p>
<p>تعاریف:</p> <p><b>خطاهای پزشکی:</b> خطاهای پزشکی یا <b>Medical Malpractice</b> عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی</p> <p><b>عوامل مستعد کننده:</b> عوامل مستعد کننده بروز خطا در بیمارستان به دو دسته زیرساختی و فرایندی تقسیم میشوند. عوامل زیر ساختی مرتبط با منابع انسانی تجهیزات و عوامل ساختاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روش های ارایه مراقبت و درمان است.</p> <p><b>Root Cause Analysis-RCA</b> تحلیل علل ریشه ای</p> <p><b>FMEA Failure Mode and Effects Analysis</b> - تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن</p>		
<p>مسئولیت ها و اختیارات: کمیته ایمنی بیمار - کمیته تیم اجرایی</p>		
<p>روش اجرایی: چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>مسئولین واحد ها و سرپرستاران بخشهای بالینی باید در گزارش دهی کامل و به موقع خطاهای پزشکی کوشا باشند .</li> <li>مدیرعامل و مسئول فنی بیمارستان باید در تدوین برنامه های پیشگیری از بروز و مدیریت خطاهای پزشکی براساس روشهای حرفه ای و هوشمندانه نظارت داشته باشند.</li> <li>کمیته مدیریت اجرایی باید بر اساس مقتضیات زیرساختی و فرایندی خود وسایر عوامل، گردش اطلاعات و گزارش خطاهای رخ داده را تسهیل نماید</li> <li>مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه، را که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مور خطاهای پزشکی است را ترویج دهد .</li> <li>کمیته مرگ و میر ، دارو و درمان ، طب انتقال خون، زایمان طبیعی و برخی کمیته های دیگر بر حسب عوامل پیش ساز خطاهای پزشکی بایستی برنامه ریزی نموده و با محوریت رئیس / مدیر عامل و مسئول فنی بیمارستان مداخلات اصلاحی و پیشگیرانه بروز خطای پزشکی را در سطح بیمارستان به اجرا بگذارند.</li> <li>کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه به نتایج عوامل مستعد کننده بروز خطا گزارش شده به صورت فصلی در اختیار دفتر بهبود قرار دهد .</li> <li>دفتر بهبود باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحد های مرتبط قرار دهد .</li> <li>مسئول واحد ها باید کلیه روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را طبق برنامه زمانبندی شده اجرا نمایند.</li> <li>سوپر وایزرین بالینی باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند .</li> <li>تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و</li> </ol>		

سرزنش، کوشا باشند.

۱۱. تیم بازدید های مدیریت ایمنی باید عوامل مستعد کننده برای بروز خطا های پزشکی در بیمارستان را شناسایی و بر اساس الویت بتدی، اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا صورت پذیرد
۱۲. مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید .
۱۳. مسئول واحد ها باید کلیه تجهیزات پزشکی رابه صورت ماهیانه از نظر نیاز به تعمیرات و صحت عملکرد بررسی و نتایج را در فرم های مرتبط ثبت نمایند .
۱۴. سوپر وایزر بالینی صبح باید به صورت ماهیانه تمامی فرم های بررسی صحت عملکرد تجهیزات را مشاهده و امتیاز مربوطه را در ارزیابی عملکردی مسئول واحد منظور نماید.
۱۵. مسئول واحد یا مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و توالی احیا مشخص نماید .
۱۶. فرد مسئول تحویل تجهیزات باید در ابتدای هر شیفت از صحت عملکرد تجهیزات حیاتی و توالی احیا اطمینان حاصل نماید و نتایج را در دفتر های مرتبط ثبت نماید .
۱۷. مسئول واحد باید به صورت راندم دفاتر تحویل وسایل راز نظر ثبت صحیح کنترل نماید.
۱۸. مسئول واحد باید تمامی داروهای موجود در بخش را به صورت ماهیانه از نظر تاریخ انقضا کنترل و در لیست مربوطه ثبت نماید .
۱۹. سوپروایزر بالینی صبح باید در پایان هر ماه لیست های تکمیل شده دارویی را کنترل و امتیاز مربوطه را در ارزیابی عملکردی مسئول واحد منظور نماید.

منابع/مراجع: قوانین بیمارستان

مستندات مرتبط : مستندات.مشاهده.مصاحبه

نام و سمت تصویب کننده: دکتر قهرمان بمانا- ریاست	نام و سمت تأیید کننده: مدیر بیمارستان : عبدالعظیم جوکار مسئول ایمنی بیمار-دکتر اسماعیل رعیت دوست	نام و سمت تهیه کننده/تهیه کنندگان: سهیلا سامانی جهرمی-مدیر بهبود کیفیت مریم عدنانی-مدیر دفتر پرستاری فاطمه صالح-سوپروایزر کنترل عفونت مریم پناهنده- سرپرستار اورژانس عباس قیومی زاده-سوپروایزر اتاق عمل مریم رقیب نژاد-کارشناس دفتر پرستاری آزاده اسماعیل پور- سوپروایزر بالینی ملیحه طالب زاده-پرستار بخش ای سی یو الهام سلیمانی-کارشناس بهبود کیفیت
--	---	--