

خط مشی و روش ، روش های اجرایی و دستورالعمل ها

مدیریت خطا

ردیف	روش اجرایی	صفحه
۱	ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی	۳
۲	نحوه گزارشدهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه	۵

روش های اجرایی

روش اجرایی: ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی و پاراکلینیک
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: MR-PR-۰۱ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان و نیز امکان شناسایی و کاهش عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی محتمل آتی

تعاریف:

منظور از خطاهای پزشکی قصور در ارائه خدمات درمانی و تشخیصی یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته برای بیمار می شود؛ می باشد

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

۱. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ماهانه خطاهای پزشکی اتفاق افتاده یا نزدیک به خطا را استخراج می نماید و جهت جلب مشارکت پرسنل در گزارش خطا، به صورت دوره ای کلاس های آموزشی و نحوه درس گیری از خطا را توضیح می دهد و از بخش هایی که در روند ارتقای گزارش خطا مشارکت دارند تشویق به عمل می آورد.
۲. خطاهای گزارش شده جمع بندی و به صورت فایل اشتراک گذاری خطا به تمام بخش ها ابلاغ می گردد. و در برد آموزشی نصب می گردد.
۳. مسئول ایمنی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاهای گذشته را اولویت بندی می کند و با در نظر گرفتن اولویت فرایند های اصلی، فرایند هایی که بیشترین امار خطا و بیشترین اهمیت را داشته اند انتخاب و موضوع ارزیابی پیشگیرانه قرار می دهند.
۴. مسئول ایمنی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار حالات بالقوه خطا جهت ارزیابی پیشگیرانه را با بررسی دقیق موضوع یا بررسی پرونده استخراج می کند.
۵. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار موضوع مورد بحث را به دبیر جلسه مربوطه (مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، طب انتقال خون، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ...) جهت بررسی و استخراج علل خطا ارائه می دهد.
۶. دبیر جلسه مربوطه حالات بالقوه خطا را در فرایند انتخابی را در جلسه به تفصیل مطرح مینماید و نتیجه بررسی خود و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار را در آن موضوع را ارائه می دهد.
۷. اعضای کمیته مربوطه امتیاز درجه اهمیت حالات خطا (RPN) را با نظر به شرح واقعه و بررسی های دقیق دبیر کمیته عنوان کرده و به شیوه بارش افکار ارائه می دهند و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود موارد با اولویت بیشتر را جهت رفع مشکل ارائه می دهند.
۸. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری کارشناس بهبود کیفیت سند FMEA را تنظیم می کند.

روش اجرایی: ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی و پاراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: MR-PR-۰۱ صفحه: ۲ از ۲

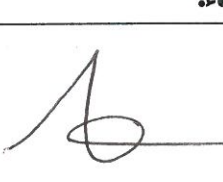
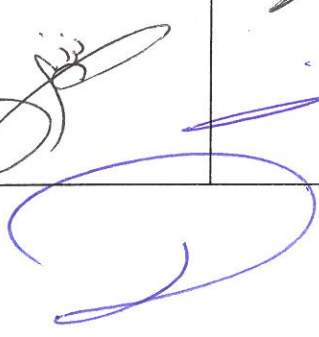
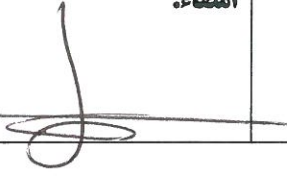
۹. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری کارشناس بهبود کیفیت گاهنامه خطا و خطر را پیرو تحلیل های FMEA جهت آگاهی کلیه پرسنل تدوین و پس از تایید مسئول ایمنی و مدیریت بیمارستان در بیمارستان منتشر می کند.
۱۰. مسئول بهبود کیفیت اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود جهت پیشگیری از بروز خطا را تنظیم و فعالیت های مورد نظر را جهت اجرا به واحد مربوطه ابلاغ می کند.
۱۱. کارشناس هماهنگ کننده با همکاری مسئول بهبود کیفیت برنامه یا اقدامات اصلاحی مورد نظر را تا اجرای کامل پایش می کند.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

فرم گزارش دهی خطا، پرونده بیماران
مسئول فنی، مسئول ایمنی، کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، طب انتقال خون، کمیته ترویج زایمان طبیعی و ... ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئولین بخش ها

منابع/مراجع:

سنجه های مدیریت خطا و جزوه FMEA

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی خانم شرافت خانم زائر ثابت خانم ستاری	مدیر پرستاری سوپروایزر آموزشی نماینده سوپروایزرین کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار / خطا	
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان/ مسئول ایمنی	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روش اجرایی: نحوه گزارشدهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی و پاراکلینیکی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: MR-PR-۰۲ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

شناسایی خطاهای پزشکی و ارائه راهکار جهت کاهش خطاهای پزشکی و ایجاد موانع جهت مهار خطاهای پزشکی

تعاریف:

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- به کلیه کارکنان بالادست پرسنل جدیدالورود نحوه گزارش دهی خطا آموزش داده می شود.
- ۲- محل های نصب صندوق گزارش خطا اطلاع رسانی می شود.
- ۳- کنار صندوق و در کلیه بخش ها فرایند گزارش دهی الصاق می گردد.
- ۴- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کلیه خطاهای گزارش شده از صندوقها، سایت بیمارستان و بصورت دستی گزارش شده توسط پرسنل را جمع آوری می نماید.
- ۵- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به بررسی فرم های گزارش خطا بصورت ماهانه با رعایت اصل محرمانه بودن می پردازد.
- ۶- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به بررسی تجزیه و تحلیل کلیه خطاها می پردازد.
- ۷- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی نتایج تحلیل را به دفتر پرستاری و دفتر بهبود کیفیت گزارش می نماید.
- ۸- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، با همکاری دفتر بهبود کیفیت هر سه ماه گزارش تحلیل خطاها را به صورت فایل اشتراک گذاری درس آموزی از خطاها در اختیار کلیه بخش ها جهت نصب در تابلو آموزشی تهیه می نماید.
- ۹- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی خطاها را دسته بندی نموده و جهت انجام اقدامات اصلاحی در کمیته پایش و سنجش کیفیت و تیم مدیریت اجرایی مطرح می نماید.
- ۱۰- توسط مسئول ایمنی واحدها یا کارکنانی که نقش فعال در ارائه گزارش خطا داشته اند جهت تشویق معرفی می شوند.
- ۱۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار جهت افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش دهی خطاها، جلسات دوره ای در واحدهای بالینی همزمان با بازدید های دوره ای برگزار می نماید.

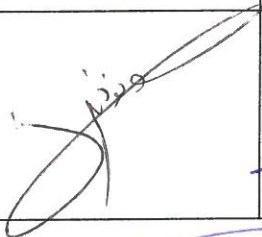
منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

فرم گزارش خطا، صندوق گزارش خطا، سایت بیمارستان،
مسئول فنی - مسئول ایمنی - هماهنگ کننده ایمنی بیمار

روش اجرایی: نحوه گزارشدهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس	دامنه: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی و پاراکلینیکی
از سرزنش و تنبیه	کد سند: MR-PR-۰۲
شماره ویرایش: ۰	صفحه: ۱ از ۲
تاریخ بازنگری: ۰	
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

منابع/مراجع:

دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع ، راهنمای اعتباربخشی

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی خانم شرافت خانم نوذری خانم ستاری	مدیر پرستاری سوپروایزر آموزشی مسئول بهبود کیفیت و اعتبار بخشی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار / خطا	 
ناییدکننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان / مسئول ایمنی	 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	 