

الف-۴) مدیریت خطا

الف-۴) مدیریت خطا

الف	۴	۱	اقدامات برنامه ریزی شده ای برای پیشگیری از خطاهای پزشکی اجرا می‌شود.
دست‌آورد استاندارد پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستان			

سنجه ۱. روش اجرایی «ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی» با حداقل‌های مورد انتظار در بخش‌ها/واحدها، با محوریت مسئول ایمنی و با مشارکت کمیته‌های بیمارستانی و بخش‌ها/واحدهای مرتبط تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط		آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند** در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مدل و شیوه ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان، در روش اجرایی	بررسی مستند
۷	تعیین شیوه شناسایی و کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی در بیمارستان، در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه شناسایی اعضا و توالی زمانی ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	تعیین شرایط تکرار ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	نحوه گزارش و پی گیری نتایج ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۱۲	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه
۱۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۱۴	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده

توضیحات:

*انتظار می رود این روش اجرایی برای پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان تدوین شود. در عین حال امکان شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی محتمل آتی را نیز فراهم نماید.

**تدوین روش اجرایی با محوریت مسئول فنی / ایمنی و مشارکت کمیته های دارو و درمان، کنترل عفونت، مرگ و میر زایمان طبیعی و سایر کمیته ها و کارکنان به تشخیص بیمارستان انجام شود.

ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی به معنی ارزیابی خطا نمی باشد چراکه قبل از بروز خطا، عوامل زمینه ساز خطاهای پزشکی (انسانی، تجهیزاتی و ساختاری) ارزیابی می شوند. این عوامل معمولاً پس از تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی شناسایی می شوند (کمیته مرگ و میر). انتظار می رود بیمارستان با استفاده از تجربیات بدست آمده در سوابق مورتالیتی و موربیدتی بیمارستان و موارد شایع در سایر مراکز نسبت به ارزیابی پیشگیرانه برای جلوگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی اقدام نماید. از طرفی در حین ارزیابی، امکان تخمین احتمال بروز خطا با توجه به عوامل سه گانه پیش گفت نیز در مواردی میسر است. به عنوان مثال، عدم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی حیاتی یا وجود نقایص فرآیندی مانند عدم احراز دقیق هویت بیماران قبل از درمان، و سایر نقاط کلیدی مستعد کننده بروز خطا قابل شناسایی هستند.

هدایت کننده: کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

سنجه ۲. نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی در بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان توسط مسئول ایمنی پس از تعیین اولویت و ثبت در فهرست خطاهای احتمالی، با توجه به نوع خطا در کمیته‌های مرتبط طرح و اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستاندار مادر ☐ دوستاندار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	شناسایی عوامل تهدید کننده زیرساختی* در بروز خطاهای پزشکی در نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
۲	ارزیابی و شناسایی عوامل تهدید کننده فرآیندی** در بروز خطاهای پزشکی در ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
۳	تهیه فهرست و اولویت بندی عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی توسط مسئول فنی
۴	بررسی فهرست عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی نتایج ارزیابی پیشگیرانه در کمیته‌های مرتبط*** و اخذ تصمیمات اصلاحی یا تدوین برنامه بهبود کیفیت جهت رفع عوامل زمینه ساز بروز خطا
۵	اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت مصوب کمیته‌ها برای رفع عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی

توضیحات:

*عوامل زیرساختی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل منابع انسانی (کمبود، ضعف عملکردی)، تجهیزات (کمبود، نقص فنی) است.

**عوامل فرآیندی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل روش‌های ارائه مراقبت و درمان (عدم رعایت دستورالعمل‌ها، الزامات کیفی و فنی) می‌باشد.

***کمیته‌های مرتبط شامل کمیته‌های مرگ و میر، کنترل عفونت، طب انتقال خون، دارو درمان و تجهیزات پزشکی، زایمان طبیعی و سایر کمیته‌ها با توجه به نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی می‌باشد.

هدایت کننده: کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۳. کميته مرگ و مير و عوارض بیمارستانی، کنفرانس ها / سمینارهای مرتبط با مرگ و مير و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار می نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ برگزاری سمینار/کنفرانس هایی با موضوع خطای پزشکی با محوریت کميته مرگ و مير در بیمارستان در فواصل زمانی معین*
بررسی مستند	۲ آموزش و اطلاع رسانی تجربه های واقعی** بیمارستان و گزارش نتایج ارزیابی های پیشگیرانه خطاهای پزشکی به کارکنان
بررسی مستند	۳ آموزش و اطلاع رسانی نتایج تحلیل ریشه ای (RCA) موارد مرگ غیر منتظره و عوارض بیمارستانی

توضیحات:

*تواتر زمانی برگزاری این کنفرانس ها وابسته به حجم عملکرد و تعداد تخت فعال بیمارستان متفاوت است و با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و کميته مرگ و مير برنامه ریزی می شود. اما در بیمارستان های بیش از ۱۰۰ تخت انتظار می رود که حداقل سه ماه یک بار برگزار شود و در سایر بیمارستان ها حداقل هر شش ماه یکبار برگزار شود.

** استفاده از سوابق خطاهای پزشکی بیمارستان (موضوع سنجه ۲ از استاندارد الف -۴-۲ این محور)

هدایت کننده: مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیماران، روسای بخش های بالینی

الف	۴	۲	اقدامات برنامه ریزی شده برای پایش و کنترل خطاهای پزشکی اجرا می‌شود.
دست‌آورد استاندارد ■ تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی ■ پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز ■ پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها			

سنجه ۱. روش اجرایی «نحوه گزارش‌دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه» توسط مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با مشارکت صاحبان فرآیند با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند

سطح سنجه	الزامی ■	اساسی ■	ایده آل ■
استاندارد مرتبط	آموزش ■	ایمنی بیمار ■	هتلینگ ■ دوستدار مادر ■ دوستدار کودک ■ ارتقاء، سلامت ■ سایر ■
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند	
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه	
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند	
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند	
۶	نحوه شناسایی موانع گزارش خطا در روش اجرایی	بررسی مستند	
۷	راه کارهای رفع موانع گزارش دهی در روش اجرایی	بررسی مستند	
۸	نحوه افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش خطاهای پزشکی در روش اجرایی	بررسی مستند	
۹	نحوه جمع آوری گزارش ها در روش اجرایی	بررسی مستند	
۱۰	پیش بینی شیوه های خود اظهاری بدون ترس از تنبیه در روش اجرایی	بررسی مستند	
۱۱	پیش بینی فرم های کاغذی / الکترونیکی گزارش خطا، اعم از نزدیک به خطا و وقایع ناخواسته در روش اجرایی	بررسی مستند	
۱۲	نحوه کسب اطمینان از رعایت محرمانه بودن مشخصات فرد گزارش دهنده / خطا کننده در روش اجرایی	بررسی مستند	
۱۳	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند	
۱۴	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه	
۱۵	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	
۱۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده	

توضیحات:

* با محوریت کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سایر کارکنان به تشخیص این کمیته. مهم‌ترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی، گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه‌ای و انجام اقدامات پیشگیرانه در بروز مجدد خطا است. (موضوع استاندارد الف-۴-۱). در مواردی به دلیل ترس از سرزنش و تنبیه، خطاهای پزشکی گزارش نمی‌شود. این روش اجرایی به منظور شناسایی و رفع موانع گزارش خطا و پیش‌بینی مدبرانه راه‌های جایگزین برای ترقیب کارکنان به گزارش خطاهای پزشکی است. قطعاً منظور از این روش تشویق کارکنان خاطی نیست. بلکه با توجه به شرایط فرهنگی و بومی هر بیمارستان بایستی شیوه‌های اخذ گزارش بدون ترس از تنبیه را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال حمایت حقوقی بیمارستان از کارکنانی که خطای پزشکی خود را گزارش می‌نمایند و یا ایجاد صندوق گزارش خطاهای با فرم‌های معین و بدون نام در هر بخش و بسیاری از روش‌های خلاقانه دیگر می‌تواند موانع را برطرف و پیش از تکرار، از بروز مجدد خطا پیشگیری به عمل آید.

هدایت کننده: کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن‌ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقا، سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	جمع‌آوری سوابق خطاهای پزشکی تایید شده در کمیته‌های مختلف بیمارستانی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت*
۲	جمع‌آوری گزارش‌های عمومی و خود اظهاری خطاهای پزشکی طبق روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی**
۳	تدوین فرم الکترونیکی*** ثبت سوابق خطاهای پزشکی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول فنی بیمارستان
۴	استفاده از سوابق خطاهای پزشکی به عنوان تجربه‌های آموزشی در پیشگیری از بروز خطا و بهبود ایمنی بیماران****

توضیحات:

* نماینده دفتر بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی هستند لذا انتظار می‌رود با مشارکت لازم سوابق خطاهای پزشکی احصا شده در کمیته را جمع‌آوری نمایند.
 ** طبق روش اجرایی «نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه» موضوع سنجه ۱ استاندارد الف-۴-۲
 *** فرم الکترونیکی حداقل شامل نوع خطا، رده شغلی فرد / افراد خطا کننده، زمان و شیفت کاری که در آن خطا رخ داده، عوامل و شرایط ایجاد کننده خطا و عوارض یا مشکلات ایجاد شده در نتیجه خطا است. فرم‌ها بایستی حداقل دو ماه یک بار به روز رسانی شود.
 **** آموخته‌ها با محوریت مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به منظور اشتراک گذاری با سایر کارکنان مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود (موضوع سنجه ۴ استاندارد الف-۴-۲) و در کنفرانس‌های آموزشی (موضوع سنجه ۲ استاندارد استاندارد الف-۴-۱) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

هدایت کننده: مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

سنجه ۳. گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به ویژه در موارد ذیل و سایر خطاهای پزشکی به تشخیص مسئول ایمنی بیمار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته مرتبط ارائه شده و پس از بررسی و تحلیل ریشه ای خطا اقدام اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت تدوین شده و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ شده و مسئول ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می نماید.

مرگ های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل :

- واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند.
- خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
استاندارد مرتبط		آموزش ☐	ایمنی بیمار ☒	دستیار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند و مصاحبه	۱ برگزاری جلسه کمیته مرگ و میر حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره* با محوریت مسئول فنی			
بررسی مستند و مصاحبه	۲ برگزاری جلسه فوق العاده کمیته طب انتقال خون** در صورت تزریق فرآورده های ناسازگار و بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی			
بررسی مستند و مصاحبه	۳ برگزاری جلسه فوق العاده کمیته دارو و درمان در صورت بروز خطاهای دارو دهی، رویدادهای هوشبری، جراحی و سایر مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی که منجر به بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی			
بررسی مستند و مصاحبه	۴ برگزاری جلسه کمیته آسیب شناسی و نسوج در صورت اخذ گزارش*** تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی توسط مسئول ایمنی / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی			
بررسی مستند	۵ تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی ضمن بررسی دقیق پرونده بالینی بیماران در کمیته های مرتبط با موضوع خطا			
بررسی مستند و مصاحبه	۶ اخذ تصمیمات اصلاحی / پیشگیرانه در کمیته مرتبط و اجرای آنها بر اساس تصمیم کمیته			
بررسی مستند و مصاحبه	۷ در صورت نیاز تدوین برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی با تشخیص کمیته مرتبط و طرح برنامه در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی و مسئول بهبود کیفیت			
بررسی مستند و مصاحبه	۸ تصویب و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی و نظارت مسئول فنی بر اجرای صحیح آن با هماهنگی مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار			

توضیحات:

* با تشخیص مسئول فنی / ایمنی و حضور متخصص پزشکی قانونی
 ** با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
 *** کمیته آسیب شناسی و نسوج با کمیته مرگ و میر جلسه مشترک برگزار می کند. اخذ گزارش پس از بررسی پرونده های بالینی بیماران جراحی و نتایج پاتولوژی توسط مسئول فنی با مشارکت رئیس بخش جراحی و پاتولوژیست انجام می شود.

هدایت کننده: کمیته مرگ و میر، مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

سنجه ۴. علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد / کاهش خطاهای آتی به صورت «به اشتراک گذاری آموخته ها» با محوریت دفتر بهبود کیفیت به سایر کارکنان مرتبط اطلاع رسانی می شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ برنامه ریزی برای به اشتراک گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده از طریق اطلاع رسانی موثر به کارکنان مرتبط با محوریت دفتر بهبود کیفیت و هماهنگی مسئول فنی بیمارستان
بررسی مستند و مصاحبه	۲ به اشتراک گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در سمینارهای مرتبط*
بررسی مستند و مصاحبه	۳ به اشتراک گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در جلسات درون بخشی و درون گروهی**

توضیحات:

*موضوع سنجه ۳ استاندارد الف-۴-۱

**جلسات درون بخشی در قالب جلسات پرستاری و پزشکی و در بیمارستان های آموزشی در گزارش های صبحگاهی و ژورنال کلاب

هدایت کننده: مسئول فنی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت

الف | ۴ | ۳ | ارزیابی عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه‌های مدیریت خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار انجام و بازنگری می‌شود.

دستآورد استاندارد

- ارتقای ایمنی بیماران از طریق مدیریت شاخص‌های ایمنی بیماران
- بازنگری و بهبود فرآیندها بر اساس ارزیابی مستمر میدانی ایمنی بیمار

سنجه ۱. شاخص‌های ایمنی بیمار با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی تعیین و پایش شده و تیم مدیریت اجرایی پس از دریافت گزارش ارزیابی‌ها، اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ شده و کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تعیین شاخص‌های ایمنی بیمار* در بخش‌های تشخیصی و درمانی با محوریت مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار و مشارکت پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی
۲	پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های ایمنی در بخش‌های تشخیصی و درمانی توسط مسئول اندازه‌گیری مربوط**
۳	تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی بیمار با مشارکت کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار در دفتر بهبود کیفیت
۴	گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی در تیم مدیریت اجرایی در بازه زمانی معین توسط مسئول بهبود کیفیت
۵	اخذ تصمیمات اصلاحی / پیشگیرانه / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی***
۶	نظارت کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت ابلاغی

توضیحات:

*حداقل مواردی که در تدوین شاخص های ایمنی باید در نظر گرفته شود شامل:

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۲. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
۳. آسیب حین تولد نوزاد
۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۷. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۹. خون ریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمارستان بستری
۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود.
۱۲. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
۱۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عوارض پایدار شود.
۱۴. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود.
۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ای ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود.

*شناسنامه شاخص های ایمنی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت حداقل یک نفر از هر گروه از کارکنان بالینی تدوین می شود. در فواصل تعریف شده در شناسنامه شاخص توسط مسئول اندازه گیری شاخص، اطلاعات مربوط، جمع آوری، استخراج و به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ارائه می شود.

***تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می نماید.

استاندارد الف - ۲-۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی گزارش تحلیل نتایج شاخص های ایمنی استاندارد الف - ۴-۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص های ایمنی نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف - ۴-۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی

هدایت کننده: مسئول فنی، مدیر پرستاری، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی، مسئول بهبود کیفیت، روسا و سرپرستاران بخش های بالینی

سنجه ۲. رئیس/مدیرعامل بیمارستان از بین اعضای کمیته های بیمارستانی افرادی را برای عضویت در تیم ایمنی بیمار انتخاب می نماید و در فواصل زمانی معین نسبت به انجام ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستان اقدام نموده و مسئول ایمنی نتایج را به تیم مدیریت اجرایی و کمیته های مرتبط گزارش می نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تشکیل تیم ایمنی بیمار با سرپرستی مسئول فنی/ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار*
۲	انجام ارزیابی میدانی با موضوع ایمنی بیماران در فواصل زمانی** حداقل هر ماه یک بار
۳	گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی و سایر کمیته های مربوطه توسط مسئول ایمنی

توضیحات:

*تیم ایمنی حداقل شامل: مسئول فنی/ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مدیر پرستاری، مسئول کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت و سایر اعضا به تشخیص رئیس/مدیرعامل بیمارستان

**فواصل زمانی برحسب حجم فعالیت و تعداد تخت های فعال بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی زمان بندی می شود و حداقل بایستی هر ماه یکبار انجام شود. در صورتی که مسائل حاد و فوری مطرح نباشد می تواند در فواصل سه ماه یکبار در تیم مدیریت اجرایی مطرح شود.

هدایت کننده: رئیس/مدیرعامل بیمارستان، مسئول فنی/ایمنی، مدیر پرستاری، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول کنترل عفونت

سنجه ۳. نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلیزنگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ارائه نتایج ارزیابی تیم ایمنی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی / ایمنی*
بررسی مستند	۲ تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/ بهبود کیفیت برای موارد تهدید کننده ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۳ نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/ بهبود کیفیت ابلاغی

توضیحات:

*تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می‌کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید.

استانداردهای همسو با این سنجه به شرح ذیل است:

۱- استاندارد الف - ۲-۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازبینی مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی

۲- گزارش تحلیل نتایج شاخص های ایمنی استاندارد الف - ۴-۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص های ایمنی

۳- نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف - ۴-۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی

الف	۴	۴	کمیته‌های تخصصی مرگ و میر و عوارض، طبق دستورالعمل‌های ابلاغی فعالیت می‌نمایند.
دست‌آورد استاندارد تصمیم‌سازی مبتنی بر خرد جمعی در موضوع مهم خطاهای پزشکی فعالیت کمیته‌های قانونی مرگ و میر در بیمارستان			

سنجه ۱. کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به‌عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می‌نماید.			
سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند و مصاحبه	۱ برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به عنوان زیر مجموعه‌ای از کمیته مرگ و میر*		
بررسی مستند	۲ عضویت و حضور مسئول فنی / ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه		

توضیحات: * با توجه به تفاوت‌های عوامل موثر در بروز خطا در کودکان و آسیب‌پذیری آنها بایستی جلسات اختصاصی با موضوع مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه برگزار شود و ضمن تحلیل ریشه‌ای دلایل مرگ و میر کودکان اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود.	
هدایت‌کننده: مسئول فنی / ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر	

سنجه ۲. کمیته مرگ مادران و پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت می نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱ برگزاری جلسات کمیته مرگ مادران به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر* در موارد مرگ مادر	بررسی مستند و مصاحبه
۲ برگزاری جلسات کمیته مرگ پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر* در موارد پری ناتال	بررسی مستند و مصاحبه
۳ عضویت و حضور مسئول فنی / ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ مادران و پری ناتال	بررسی مستند

توضیحات:

*توجه به تفاوت های عوامل موثر در بروز خطا در مرگ مادران و مرگ پری ناتال و اهمیت جهانی شاخص مرگ مادران بایستی جلسات اختصاصی با موضوع مرگ مادران و مرگ پری ناتال برگزار شود و ضمن تحلیل ریشه ای دلایل مرگ اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود.

هدایت کننده: مسئول فنی / ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر

سنجه ۳. کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض، فعالیت می نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱ تشکیل کمیته احیاء نوزادان* به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر	بررسی مستند
۲ عضویت دائم مسئول فنی / ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته احیاء نوزادان	بررسی مستند
۳ تنظیم دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط با احیاء نوزادان توسط این کمیته	بررسی مستند
۴ ساماندهی وسایل و تجهیزات لازم برای احیاء نوزادان برای برگزاری دوره های بازآموزی احیاء نوزادان	مشاهده

توضیحات:

*برگزاری جلسات این کمیته مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزادان و با حضور رئیس / مدیرعامل بیمارستان

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان، مسئول فنی / ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر

سنجه ۴. کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشه ای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان براساس قوانین و مقررات مربوط پی گیری و اقدام لازم به عمل می آورد.

سطح سنجه		الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	تشکیل کمیته مرگ و میر* و زیر کمیته های آن، حداکثر ۲۴ ساعت پس از وقوع مرگ و میر غیرمنتظره و گزارش به دانشگاه			
بررسی مستند	تحلیل ریشه ای ^۱ و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر غیرمنتظره حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه			
بررسی مستند	مشارکت کادر درمانی مرتبط در تحلیل ریشه ای دلایل مرگ و میری در کمیته			
بررسی مستند	اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی / ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پی گیری اقدامات قانونی			

توضیحات:

*کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی نوعی ارزیابی داخلی از منظر خطا یا قصور پزشکی است که در صورت اثبات، ضمن گزارش فوری به ریاست بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی بایستی مسئول فنی طبق مقررات و شرح وظایف محوله اقدام نماید.

هدایت کننده: مسئول فنی / ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر

سنجه ۵. بیمارستان با همکاری پزشکی قانونی سازوکاری برای انجام اتوپسی در اولین فرصت ممکن برای اثبات علت مرگ ها فراهم می نماید.

سطح سنجه		الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	برنامه ریزی اتوپسی در مواردی که علت مشخصی برای مرگ و میر وجود ندارد با هماهنگی پزشکی قانونی *			

توضیحات:

*در صورتی که پس از تحلیل ریشه ای علت مرگ مشخص نشود، استفاده از فرصت اتوپسی ریشه یابی مرگ های غیر منتظره را میسر می نماید.

هدایت کننده: مسئول فنی / ایمنی، دبیر و رئیس کمیته مرگ و میر

