



اصول ایمنی بیمار

سخنران:

دکتر محمدجواد فراهانی

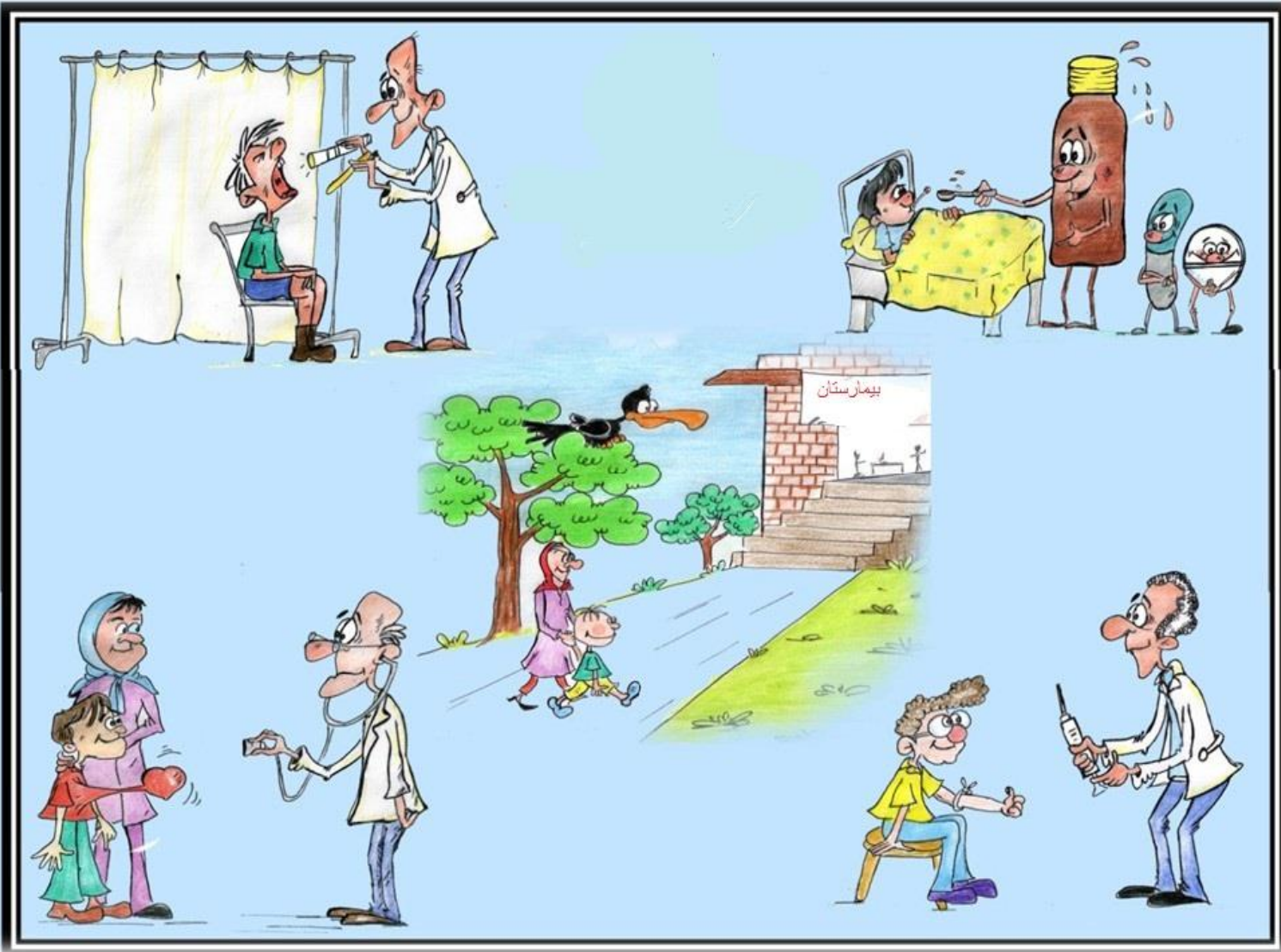
دکتری تخصصی مدیریت پرستاری

استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

عضو هیات مدیره و مدیر آموزش انجمن علمی پرستاری ایران



PATIENT SAFETY



مقدمه

اصل اولیه در هر خدمات مراقبت بهداشتی این است که "اول، آسیب نرسان". هیچ کس نباید در مراقبت‌های بهداشتی آسیب ببیند. با این حال، شواهد زیادی نشان‌دهنده وجود بار زیادی از آسیب‌های قابل اجتناب به بیماران در سطح جهانی است، چه در سیستم‌های بهداشتی توسعه‌یافته و چه در حال توسعه. این مسئله دارای پیامدهای انسانی، اخلاقی، مالی و معنوی بزرگی است.



ایمنی بیمار

نبود آسیب های تصادفی، تضمین ایمنی بیمار شامل:
پایه ریزی سیستم های عملکردی و پروسه هایی جهت به حداقل رساندن احتمال ایجاد خطاها و به حداکثر رساندن احتمال رفع آن ها به هنگام وقوع می باشد.

انواع خطا از نظر علت پایه : ۱- خطای انسانی ۲- خطای علمی ۳- خطای قوانین ۴- خطای مهارت



چرا ایمنی بیمار مهم است ؟



- ✓ ایمنی بیمار، پایه و اساس کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است.
- ✓ حفظ ایمنی بیماران باعث کاهش آسیب‌ها، کاهش هزینه‌های درمانی، و افزایش اعتماد بیماران به سیستم درمانی می‌شود.
- ✓ به گفته فلورانس نایتینگل (۱۸۶۳): "اولین و مهم‌ترین الزام در هر بیمارستان، آسیب نرساندن به بیماران است."



چرا ایمنی بیمار مهم است ؟

- ✓ آمار جهانی: سازمان جهانی بهداشت (WHO) تخمین می‌زند که از هر ۱۰ بیمار، ۱ نفر در هنگام دریافت مراقبت‌های بیمارستانی دچار آسیب می‌شود. (WHO, 2021)
- ✓ هزینه‌های اقتصادی: خطاهای پزشکی می‌توانند منجر به هزینه‌های قابل توجه برای بیماران و سیستم‌های بهداشتی شوند، با برآوردهایی که نشان می‌دهد سالانه بیش از ۴۲ میلیارد دلار صرف عوارض ناخواسته می‌شود.
- ✓ اهمیت پیشگیری: ۵۰ درصد آسیب‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی قابل پیشگیری هستند



چرا ایمنی بیمار مهم است ؟

Safety is like peeling an onion; the more you look, the more you find, the more you find, the more you cry!

"ایمنی مانند پوست کندن یک پیاز است؛ هرچه بیشتر نگاه کنید، چیزهای بیشتری پیدا می کنید، و هرچه بیشتر پیدا کنید، بیشتر گریه می کنید!"



رویدادهای ناخواسته رایجی که ممکن است منجر به آسیب‌های قابل پیشگیری شوند، عبارتند از:

- ✓ خطاهای دارویی
- ✓ روش‌های جراحی نایمن
- ✓ عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی
- ✓ خطاهای تشخیصی
- ✓ سقوط بیماران
- ✓ زخم‌های فشاری
- ✓ اشتباه در شناسایی بیماران
- ✓ انتقال خون نایمن
- ✓ ترومبوز وریدی



منابع رایج آسیب به بیماران

✓ **خطاهای دارویی:** آسیب‌های مرتبط با داروها ۱ نفر از هر ۳۰ بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، که بیش از یک‌چهارم این آسیب‌ها شدید یا تهدیدکننده حیات هستند. نیمی از آسیب‌های قابل اجتناب در مراقبت‌های بهداشتی به داروها مرتبط است.

✓ **خطاهای جراحی:** هر سال بیش از ۳۰۰ میلیون عمل جراحی در سراسر جهان انجام می‌شود. علی‌رغم آگاهی از اثرات نامطلوب، خطاهای جراحی همچنان با نرخ بالایی رخ می‌دهند. ۱۰٪ از آسیب‌های قابل پیشگیری در مراقبت‌های بهداشتی مربوط به محیط‌های جراحی است، و بیشتر حوادث نامطلوب در پیش و پس از عمل رخ می‌دهد.



منابع رایج آسیب به بیماران (ادامه)

✓ **عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی:** این عفونت‌ها با نرخ جهانی ۰.۱۴٪ رخ می‌دهند و سالانه ۰.۰۶٪ افزایش می‌یابند. این عفونت‌ها منجر به طولانی‌شدن مدت اقامت در بیمارستان، ناتوانی‌های بلندمدت، افزایش مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها، فشار مالی اضافی و مرگ‌های قابل پیشگیری می‌شوند.

✓ **سپسیس:** یک وضعیت جدی که در اثر پاسخ شدید سیستم ایمنی بدن به عفونت رخ می‌دهد. از کل موارد سپسیس در بیمارستان‌ها، ۲۳.۶٪ با مراقبت‌های بهداشتی مرتبط بوده و حدود ۲۴.۴٪ از بیماران آسیب‌دیده جان خود را از دست می‌دهند.



منابع رایج آسیب به بیماران (ادامه)

✓ **خطاهای تشخیصی:** این خطاها در ۵ تا ۲۰ درصد از برخوردهای پزشک-بیمار رخ می‌دهند. طبق بررسی‌های پزشکی، حداقل ۰.۷ درصد از پذیرش‌های بزرگسالان در بیمارستان‌ها شامل خطاهای تشخیصی زیان‌آور بوده است. بیشتر افراد در طول زندگی خود دچار خطای تشخیصی می‌شوند.

✓ **سقوط بیماران:** سقوط بیماران شایع‌ترین رویداد ناخواسته در بیمارستان‌ها است. میزان وقوع آن بین ۳ تا ۵ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ روز تخت است، و بیش از یک سوم این حوادث منجر به آسیب می‌شوند، که به کاهش نتایج بالینی و افزایش فشار مالی بر سیستم‌ها منجر می‌شود.

✓ **ترومبوز وریدی:** این وضعیت که به عنوان لخته شدن خون شناخته می‌شود، یکی از علل پرهزینه و قابل پیشگیری آسیب به بیماران است. این عامل به یک سوم از عوارض ناشی از بستری شدن در بیمارستان مرتبط است.



منابع رایج آسیب به بیماران (ادامه)

✓ **زخم‌های فشاری:** زخم‌های فشاری به آسیب پوست یا بافت نرم گفته می‌شود که به دلیل فشار طولانی مدت به بخش‌هایی از بدن ایجاد می‌شود. این زخم‌ها در بیش از ۱ نفر از هر ۱۰ بیمار بزرگسال بستری در بیمارستان‌ها رخ می‌دهند. اگر به سرعت مدیریت نشوند، ممکن است عوارض مرگباری ایجاد کنند. علیرغم این که زخم‌های فشاری به شدت قابل پیشگیری هستند، تأثیر قابل توجهی بر سلامت روحی و جسمی بیماران و کیفیت زندگی آنها دارند.

✓ **روش‌های انتقال خون نایمن:** انتقال‌های غیرضروری و روش‌های نایمن انتقال خون بیماران را در معرض واکنش‌های جدی و عفونت‌های منتقل شده از طریق انتقال خون قرار می‌دهد. داده‌ها نشان می‌دهند که میانگین بروز واکنش‌های جدی ناشی از انتقال خون، ۱۲.۲ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ واحد خون توزیع شده است.



منابع رایج آسیب به بیماران (ادامه)

✓ **اشتباه در شناسایی بیماران:** عدم شناسایی صحیح بیماران می‌تواند علت اصلی بسیاری از مشکلات باشد و اثرات جدی بر ارائه خدمات درمانی بگذارد. این مسئله می‌تواند منجر به عواقب فاجعه‌باری مانند جراحی در محل اشتباه شود. یک گزارش در سال ۲۰۱۸ از کمیسیون مشترک، ۴۰۹ حادثه بحرانی مرتبط با شناسایی بیمار را از بین ۳۳۲۶ رویداد شناسایی کرد.

✓ **روش‌های تزریق نایمن:** هر ساله ۱۶ میلیارد تزریق در سراسر جهان انجام می‌شود، و روش‌های نایمن تزریق، بیماران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را در معرض خطرات عفونی و غیرعفونی قرار می‌دهد. بر اساس مدل‌سازی ریاضی، تخمین زده می‌شود که در یک دوره ۱۰ ساله (۲۰۰۰-۲۰۱۰)، ۱.۶۷ میلیون عفونت ویروس هپاتیت B، ۱۵۷,۵۹۲ تا ۳۱۵,۱۲۰ عفونت ویروس هپاتیت C و ۱۶,۹۳۹ تا ۳۳,۸۷۷ عفونت HIV به روش‌های تزریق نایمن مرتبط بوده‌اند.



انتقال اشتباهی بیمار از OR به ریدر بخش



اپیدمیولوژی

❖ خطاهای پزشکی، سومین علت اصلی مرگ و میر در ایالات متحده هستند (مطالعات جانز هاپکینز، ۲۰۱۶).

❖ **سالانه بیش از ۲۵۰,۰۰۰ مرگ به علت خطاهای پزشکی در آمریکا گزارش می شود:**

✓ ۱۲,۰۰۰ مرگ ناشی از جراحی های غیر ضروری

✓ ۷,۰۰۰ مرگ ناشی از تجویز اشتباه دارو

✓ ۸۰,۰۰۰ مرگ به دلیل عفونت های مرتبط با مراقبت های پزشکی

✓ ۱۰۶,۰۰۰ مرگ به دلیل عوارض جانبی داروها، حتی در موارد تجویز صحیح

❖ **آمار جهانی:**

✓ سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند که ۱۳۴ میلیون رویداد نامطلوب مرتبط با مراقبت های پزشکی در سال در کشورهای

با درآمد کم و متوسط رخ می دهد که منجر به حدود ۲/۶ میلیون مرگ و میر سالانه می شود.

❖ **یادداشت:**

✓ این آمارها اهمیت ارتقاء ایمنی بیمار را در سیستم های بهداشتی برجسته می کنند، زیرا بسیاری از این مرگ ها قابل پیشگیری هستند.



آمار خطاهای پزشکی Medical Errors statistics

❖ مرگ و میر:

- ✓ سالانه ۲۵۰,۰۰۰ تا ۲۵۱,۰۰۰ نفر در آمریکا به دلیل خطاهای پزشکی فوت می کنند (BMJ, 2016)
- ✓ این آمار خطاهای پزشکی را به عنوان سومین علت اصلی مرگ و میر در ایالات متحده قرار می دهد.

❖ رویدادهای نامطلوب پزشکی Adverse Events :

- ✓ ۱۰٪ از بیماران بستری شده دچار رویدادهای نامطلوب می شوند، و نیمی از آنها قابل پیشگیری است.
- ✓ حدود ۷۰٪ از Adverse Events به طور کلی قابل پیشگیری هستند.

❖ دلایل اصلی خطاهای پزشکی:

- ✓ ۷,۰۰۰ مرگ ناشی از تجویز اشتباه دارو
- ✓ ۸۰,۰۰۰ مرگ به علت عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی
- ✓ ۱۰۶,۰۰۰ مرگ ناشی از عوارض جانبی داروها، حتی در صورت تجویز صحیح

❖ اشتباهات آزمایشگاهی:

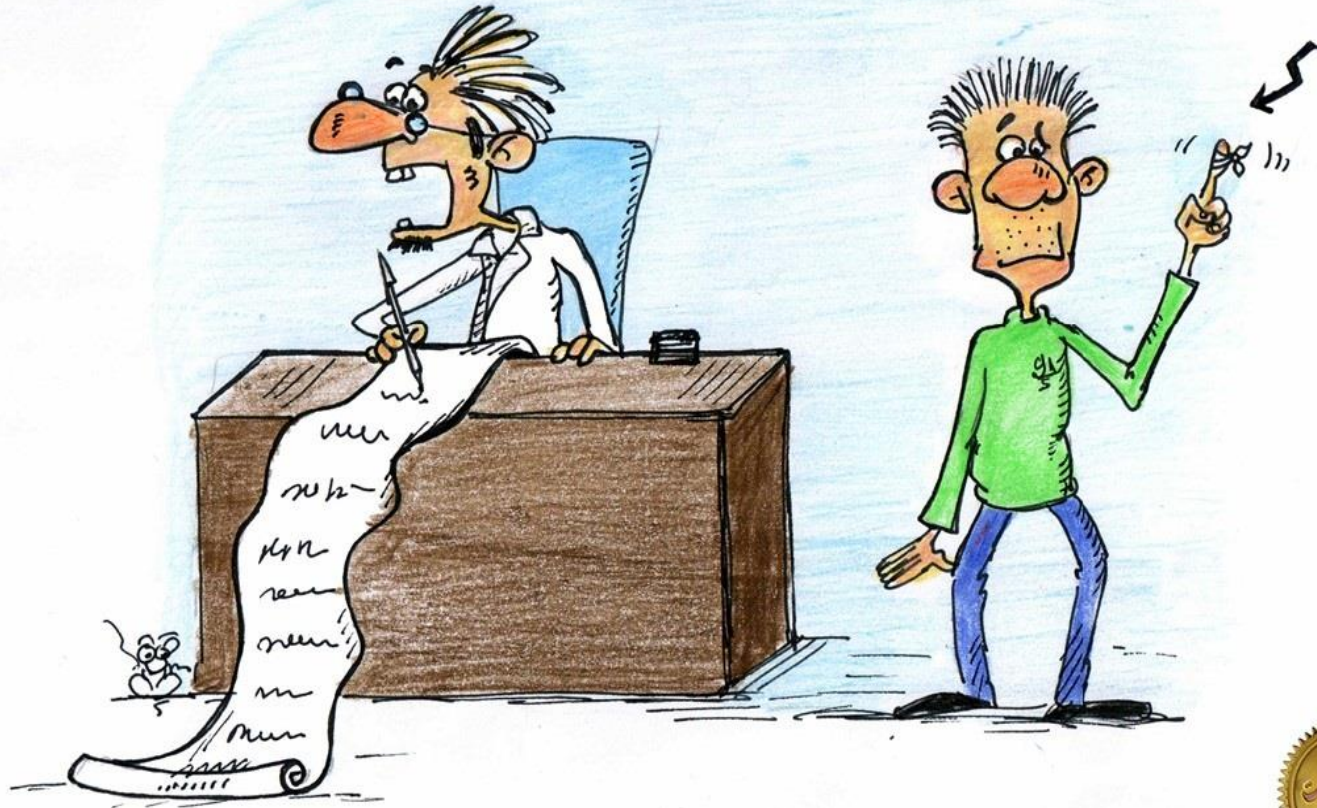
- ✓ سالانه ۱۶۰,۰۰۰ خطا در اطلاعات شخصی آزمایشگاه ها ثبت می شود.
- ✓ در ۱۳٪ از ویزیت ها، نتایج تست های آزمایشگاهی نادیده گرفته می شوند.

❖ خدمات تکراری و هدررفت منابع:

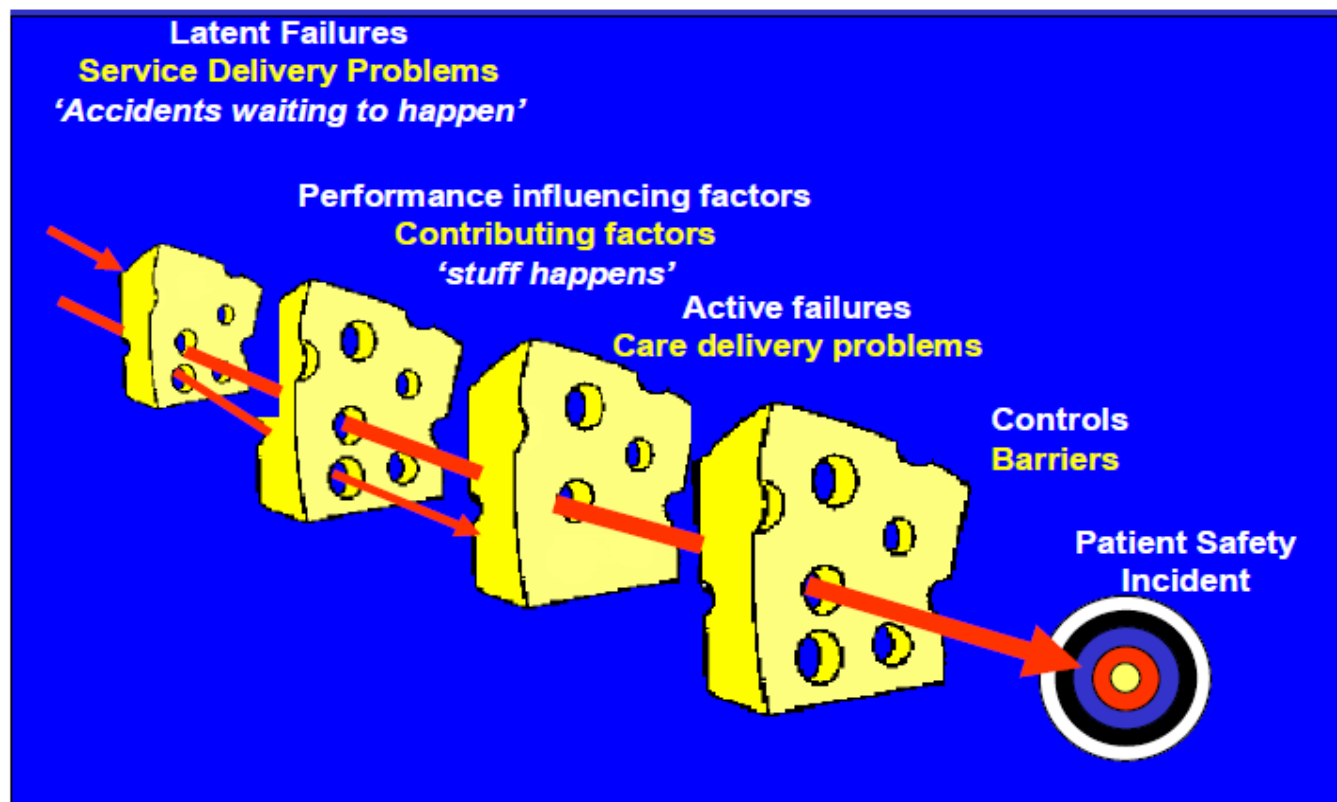
- ✓ ۵۹٪ از بیماران خدمات مشابه دریافت می کنند که هزینه های اضافی به سیستم وارد می کند.



درخواست رانی بدون توجه به مشکل اصلی



Swiss Cheese theory exercise



این تصویر مدل "پنیر سوئیسی" (Swiss Cheese Model) را نشان می‌دهد که یکی از معروف‌ترین تئوری‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطا است. این مدل توسط **James Reason** پیشنهاد شده است و برای توضیح چگونگی وقوع خطاها و حوادث ناخواسته در سیستم‌های پیچیده، از جمله مراقبت‌های بهداشتی، استفاده می‌شود.



تحلیل مدل پنیر سوئیسی در ایمنی بیمار

1. لایه‌های پنیر به عنوان موانع یا سیستم‌های کنترلی: هر برش پنیر نماد یک لایه محافظتی یا فرآیند کنترلی در سیستم است. در بیمارستان‌ها، این لایه‌ها شامل پروتکل‌ها، دستورالعمل‌ها، فناوری، آموزش پرسنل، و چک‌های ایمنی هستند.

2. حفره‌ها در لایه‌ها (Latent Failures): این حفره‌ها نشان‌دهنده ضعف‌های پنهان در سیستم هستند، مانند مشکلات مدیریتی، طراحی سیستم‌های ناکارآمد، یا کمبود منابع. این ضعف‌ها به طور معمول در شرایط عادی خطرناک نیستند، اما زمانی که به شکل زنجیره‌ای با عوامل دیگر ترکیب شوند، می‌توانند به بروز خطا منجر شوند.



تحلیل مدل پنیر سوئیسی در ایمنی بیمار (ادامه)

3. **عوامل تأثیرگذار بر عملکرد (Performance Influencing Factors)** : این مرحله مربوط به شرایطی است که ضعف‌های سیستمی با خطاهای فردی یا شرایط محیطی ترکیب می‌شوند. برای مثال، خستگی کارکنان یا کمبود آموزش می‌تواند این عوامل تأثیرگذار را تقویت کند.

4. **شکست‌های فعال (Active Failures)** : این مرحله نشان‌دهنده خطاهای فردی است که به‌طور مستقیم به حوادث ناگوار منجر می‌شوند. این موارد شامل اشتباهات انسانی، مانند تجویز اشتباه دارو یا نقص در مراقبت بیمار است.

5. **وقوع حادثه (Patient Safety Incident)** : زمانی که تمام حفره‌ها در یک راستا قرار بگیرند، یک مسیر باز برای رسیدن به حادثه ایجاد می‌شود، که در نتیجه آن می‌تواند آسیب به بیمار رخ دهد.



اهمیت مدل

❖ مدل پنیر سوئیسی تأکید می کند که:

- ✓ بیشتر خطاها نتیجه ضعف های سیستمی هستند و نه فقط اشتباهات فردی.
- ✓ برای کاهش حوادث، باید روی شناسایی و رفع عوامل پنهان تمرکز کرد.
- ✓ تقویت لایه های محافظتی، مانند استفاده از فناوری پیشرفته و آموزش بهتر، می تواند احتمال وقوع حوادث را به شدت کاهش دهد.





عدم دقت در تشخیص هویت بیمار

یکی از چالش‌های جدی در ایمنی بیمار، اشتباه در شناسایی هویت بیمار است. این خطا زمانی رخ می‌دهد که فرآیندهای مربوط به تأیید هویت بیمار به درستی انجام نشوند، مانند استفاده نادرست از دستبندهای شناسایی، یا عدم بررسی نام و تاریخ تولد بیمار پیش از ارائه خدمات پزشکی.

❖ این مشکل می‌تواند منجر به پیامدهای جدی شود، از جمله:

✓ تجویز اشتباه دارو یا دوز اشتباه

✓ انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه یا عضو اشتباه

✓ تأخیر در ارائه مراقبت‌های حیاتی

✓ آزمایش‌های غیرضروری یا اشتباه



عدم دقت در تشخیص هویت بیمار (ادامه)

❖ دلایل رایج خطا:

- ✓ استفاده نکردن از حداقل دو شناسه برای تأیید هویت (مانند نام و تاریخ تولد).
- ✓ نبود استانداردهای دقیق برای برچسب‌گذاری نمونه‌ها یا پرونده‌ها.
- ✓ فشار کاری و استرس کارکنان که موجب نادیده گرفتن رویه‌های ایمنی می‌شود.

❖ راه‌حل‌ها:

- ✓ استفاده از فناوری‌های پیشرفته مانند کدهای QR و سیستم‌های شناسایی RFID
- ✓ اجرای دستورالعمل‌های دقیق برای بررسی دو یا چند شناسه بیمار.
- ✓ آموزش مداوم به پرسنل برای تأکید بر اهمیت این فرآیند.



حادثه

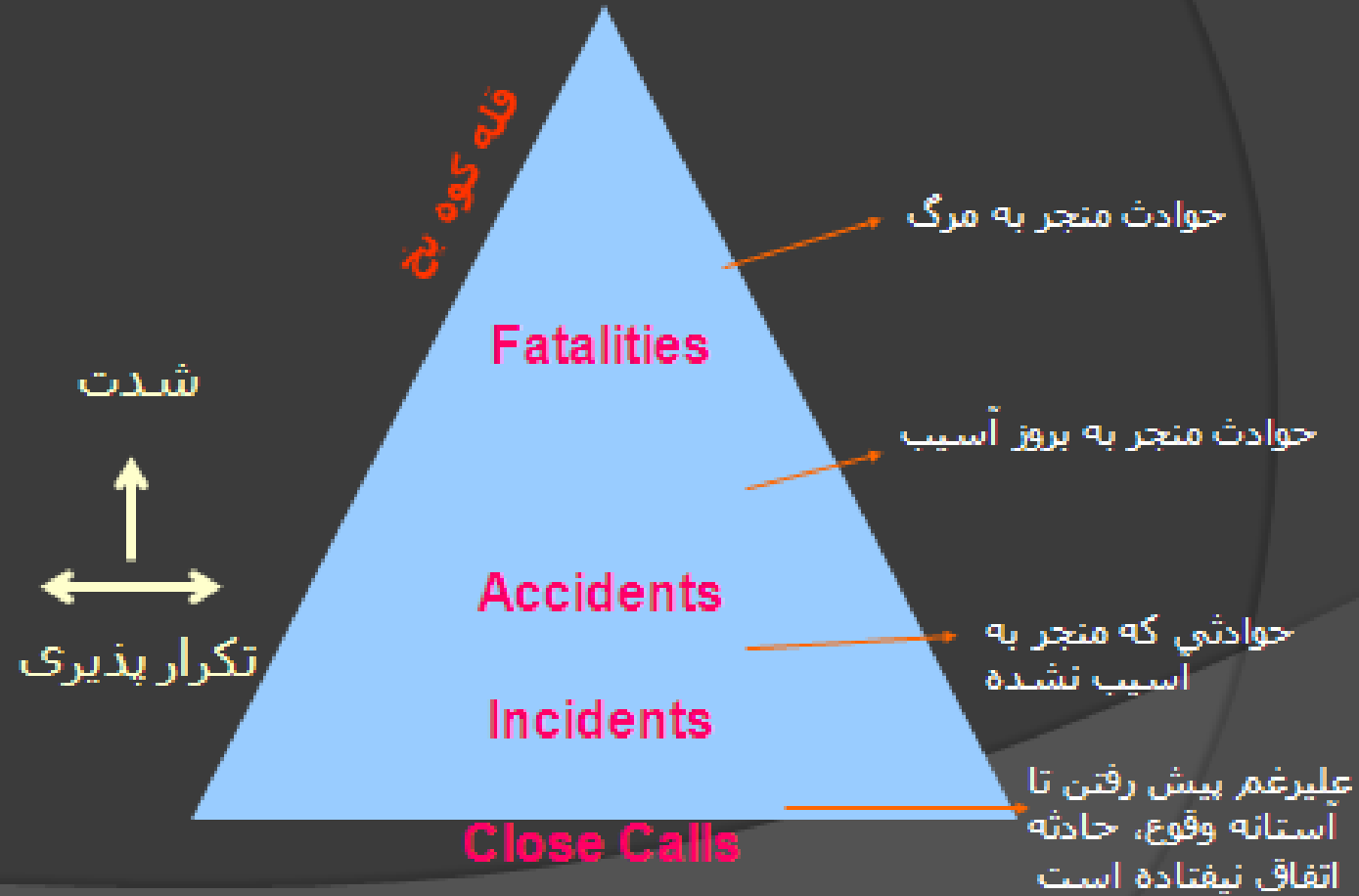
❖ **حادثه ناگوار:** حادثه ای است که موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد.

❖ **حادثه بدون عارضه:** حادثه ای است که بالقوه می توانسته ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچگونه زیاده واقعی نشده باشد.

❖ **موارد نزدیک به حادثه:** مواردی است که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا از بروز پیامد ناخواسته آن جلوگیری شده باشد.



هرم حوادث





انواع خطاهای درمانی :

1. Near Miss (نزدیک به خطا)
2. No Harm Events (بدون آسیب)
3. Adverse Events (حادثه با عارضه گذرا)
4. Sentinel Events (حادثه با عارضه پایدار یا مرگ)

- **Near Miss (نزدیک به خطا) :**

نزدیک به خطا مانند دارویی که نزدیک بوده اشتباه به بیمار دیگر تزریق شود و با چک مجدد متوجه اشتباه شده ایم.





THINK AGAIN!

• No Harm (بدون آسیب) :

خطا اتفاق افتاد ولی موجب آسیب به بیمار نشد
مثلا دارو اشتباه به بیمار تزریق شده ولی آسیبی
به بیمار وارد نشده است.



• Adverse Event (بدون عارضه پایدار) :

حوادثی که اتفاق می افتد و برای بیمار عارضه کوتاه مدت و گذرا خواهد داشت مثلا بیمار به آمپول کفلین حساسیت دارد ولی اشتباها به ایشان تزریق می شود که بیمار دچار کهیر و خارش شده و طی مدت زمان کوتاهی عارضه برطرف می گردد.



• Sentinel Event (با عارضه پایدار یا مرگ) :

حوادثی که موجب مرگ و میر و یا نقص عضو و عارضه پایدار در بیمار خواهد شد که در اینگونه حوادث تا ۲۴ ساعت کمیته ایمنی تشکیل شده و خطا بررسی و RCA می‌گردد مثلاً تزریق اشتباه خون که موجب بستری بیمار در بخش ویژه و یا مرگ وی شود.



• Never Event (وقایعی که نباید رخ دهند) :

وقایع ناخواسته درمانی که ۲۹ مورد می باشد و در صورت رخداد این موارد بلافاصله سوپروایزر وقت در جریان قرار گیرد.



یکی از اقدامات ساده اما موثر برای افزایش ایمنی بیمار و بهبود ارتباطات در محیط‌های درمانی، استفاده از **لباس‌های متمایز رنگی یا با طراحی مشخص** برای کارکنان بخش‌های مختلف است. این تفاوت‌ها به بیماران، همراهان آن‌ها، و حتی اعضای کادر درمان کمک می‌کند تا به سرعت تشخیص دهند که هر فرد چه نقشی در تیم درمانی دارد.



استفاده از اتیکت:

- ❖ داشتن اتیکت‌های نام و نقش روی لباس (مانند نام فرد، سمت، و بخش مربوطه) یک اقدام مکمل بسیار مهم است. این اتیکت‌ها:
 - ✓ باعث شفافیت بیشتر در ارتباط می‌شوند.
 - ✓ خطاهایی که ممکن است به دلیل عدم شناخت نقش‌ها رخ دهد، کاهش می‌دهند.
 - ✓ از پرسش‌های مکرر بیمار درباره هویت افراد جلوگیری می‌کنند.



Six steps To
Patient Safety

۶ گام به سوی ایمنی بیمار



۱

◉ Step ۱ *Build a safety culture*

- ◉ ایجاد فرهنگ و بسترسازی بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید

۲

◉ Step ۲ *Lead and support your staff*

- ◉ کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید
بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید

۳

◉ Step ۳ *Integrate your risk management activity*

- ◉ عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید
برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.

۴

◉ Step ۴ *Promote reporting*

- ◉ گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید
به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند.

۵

◉ Step ۵ *Involve and communicate with patients and the public*

- ◉ مردم و جامعه را در موضوع درگیرکرده با آنها ارتباط برقرار کنید
راههایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.

۶

◉ Step ۶ *Learn and share safety lessons*

- ◉ درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید
کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند



دخالت پرسنل غیر درمانی در روند معالجه بیمار



نه (۹) راه حل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد.

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
- ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



ارتباط با بیمار در زمان بستری در
بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش ،
زمان بستری ، موقعیت های ویژه ،
زمان ترخیص ، ارتباط با همراهان
بیماران بدحال و فوت شده و



گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل :

نیروهای انتظامات بیمارستان ، پرسنل پذیرش ، پرسنل تریاژ ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس ، پزشک اسکرین ، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه ، داروخانه ، اکو ، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و... است .



انتظامات و حراست بیمارستان:

- ✓ برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
- ✓ پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مدد جویان
- ✓ برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط ، با مددجو و همراه به منظور آرامسازی
- ✓ برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد ، همراه با توضیحات کافی ، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
- ✓ ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه ، در عین حال جدی با همراهان
- ✓ خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدید آمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.



تزریق سریع مایع رقیق
نشده به بیمار می‌تواند عوارض جدی و خطرناکی را به دنبال داشته باشد. این نوع تزریق معمولاً زمانی رخ می‌دهد که مایعاتی مانند داروها یا محلول‌های تزریقی به سرعت و بدون رقیق شدن مناسب به داخل بدن بیمار وارد می‌شوند.



شاخص های ملی ایمنی بیمار – صفحه ۱

شاخص	چه کسی گزارش دهد	به چه کسی گزارش شود
افتادن	پرستار / سوپروایزر	پزشک معتمد / مترون
زخم بستر	پزشک / پرستار / سرپرستار	پزشک معتمد / مترون
عفونت بیمارستانی	پزشک / پرستار کنترل عفونت / سرپرستار	کمیته کنترل عفونت
عوارض بیهوشی	متخصص بیهوشی / سرپرستار اتاق عمل / تکنسین بیهوشی	رییس اتاق عمل / کمیته های مرگ و میر و ایمنی / مسئول تجهیزات



شاخص های ملی ایمنی بیمار – صفحه ۲

شاخص	چه کسی گزارش دهد	به چه کسی گزارش شود
واکنش به تزریق	رییس آزمایشگاه یا بانک خون / پرستار	کمیته تزریق خون / مسئول تجهیزات / مترون
باز شدن زخم بعد از عمل جراحی	پرستار / سوپروایزر / پزشک	مسئول تجهیزات / مترون / پزشک معتمد
هماتوم یا خونریزی بعد از عمل	پرستار / سوپروایزر / پزشک	رییس جراحان / رییس اتاق عمل / مسئول تجهیزات / پزشک معتمد / مترون
جسم خارجی جامانده حین عمل جراحی	پرستار / سرپرستار اتاق عمل / متخصص بالینی / تکنسین اتاق عمل	رییس اتاق عمل / جراح / سرپرستار اتاق عمل / مترون



شاخص های ملی ایمنی بیمار – صفحه ۳

شاخص	چه کسی گزارش دهد	به چه کسی گزارش شود
سوراخ شدگی و پارگی تصادفی	پزشک / پرستار / سوپروایزر آموزشی	پزشک معتمد / کمیته ایمنی بیمار/مسئول تجهیزات / مترون
مرگ و میر بعد از زایمان	پزشک معتمد / متخصص زنان و زایمان/ ماما/ پرستار کنترل عفونت	کمیته مرگ و میر / مسئول تجهیزات / مترون / پزشک معتمد
PE یا DVT بعد از عمل جراحی	پزشک حاضر / پرستار/سوپروایزر/سرپرستار	پزشک معتمد / مسئول تجهیزات/اریس جراحان/مترون
عفونت محل عمل	پرستار/سرپرستار/سوپروایزر/پزشک معتمد	پزشک معتمد / مترون/مسئول تجهیزات/اریس متخصص زنان و زایمان / کمیته ایمنی بیمار



شاخص های ملی ایمنی بیمار – صفحه ۴

شاخص	چه کسی گزارش دهد	به چه کسی گزارش شود
مرگ و میر بعد از MI و CABG	پرستار / سوپروایزر / پزشک	مسئول تجهیزات / مترون / کمیته مرگ و میر
ترومای زایمانی زایمان واژینال با ابزار و بدون ابزار	پزشک معتمد / ماما / متخصص زنان و زایمان / پرستار کنترل عفونت	پزشک معتمد / رییس متخصص زنان و زایمان / مترون / مسئول تجهیزات / کمیته مرگ و میر
ترومای بدو تولد (به کودک)	متخصص زنان و زایمان و اطفال / ماما / سوپروایزر / پزشک معتمد	پزشک معتمد / مترون / مسئول تجهیزات / رییس متخصص زنان و زایمان / کمیته ایمنی





انتقال بیمار به اتاق عمل با پرونده بیمار دستگیر

انتقال بیمار به اتاق عمل با پرونده بیمار دیگری یکی از خطرات جدی در ایمنی بیمار است که می‌تواند پیامدهای بحرانی و جدی به دنبال داشته باشد. این خطا، که به عنوان **"عدم تطابق اطلاعات بیمار"** شناخته می‌شود، می‌تواند باعث اشتباهات جدی در تشخیص و درمان شود و در نهایت سلامت بیمار را تهدید کند.



راه حل ها و پیشگیری

- ✓ استفاده از روش های دو یا چند مرحله ای برای تأیید هویت: بررسی نام، تاریخ تولد، و سایر مشخصات بیمار با استفاده از روش های مختلف.
- ✓ تکنولوژی های نوین: استفاده از سیستم های شناسایی بیومتریک یا بارکدها برای تأیید هویت بیمار و مطابقت آن با اطلاعات موجود.
- ✓ آموزش پرسنل: آموزش کارکنان درباره اهمیت صحت و دقت در فرآیند انتقال بیمار.
- ✓ پروتکل های دقیق و چک لیست ها: پیاده سازی چک لیست های دقیق برای تأیید هویت بیمار و کنترل صحت اطلاعات پیش از ورود به اتاق عمل.



Type of adverse events extra bed-days

- I Post-operative infection 17% (170 bd)**
- I Other operative complications 19% (76 bd)**
- I Hospital acquired infection 14% (135 bd)**
- I Adverse drug events 14% (96 bd)**
- I Procedural adverse events 9% (91 bd)**
- I Pressure ulcer 9% (87 bd)**
- I Clinical management AEs 7% (65 bd)**
- I Diagnostic adverse events 5% (45 bd)**
- I Patient fall 2% (37 bd)**
- I Others 4% (66 bd)**
- I Total: (868 d; 6.5 bd per AE; 8 bd per person who experienced an AE)**



تحلیل اعداد اسلاید قبل

- ✓ عفونت‌های بعد از جراحی که ۱۷٪ از روزهای بستری اضافی را شامل می‌شوند، زیرا عفونت‌های محل جراحی یکی از شایع‌ترین علل بستری طولانی‌تر در بیمارستان‌ها هستند.
- ✓ عوارض جراحی دیگر (۱۹٪) زیرا مشکلات جراحی می‌توانند منجر به وضعیت‌های پیچیده‌تری شوند که نیاز به بستری طولانی‌تر دارند.
- ✓ عفونت‌های بیمارستانی و عوارض دارویی هر کدام ۱۴٪ از روزهای اضافی بستری را تشکیل می‌دهند که با گزارش‌های مرتبط با کنترل عفونت و مدیریت دارو در بیمارستان‌ها هماهنگ است.
- ✓ سایر عوارض از جمله عوارض مربوط به اقدامات پزشکی (۹٪)، زخم فشاری (۹٪) و مشکلات مدیریت بالینی (۷٪) همگی مطابق با داده‌های بیمارستانی هستند که نشان‌دهنده مشکلات مرتبط با مراقبت‌های پزشکی در بیمارستان‌ها است.
- ✓ افتادن بیمار (۲٪) و عوارض تشخیصی (۵٪) نیز از جمله عواملی هستند که می‌توانند باعث افزایش مدت زمان بستری در بیمارستان شوند.
- ✓ مجموع روزهای اضافی بستری (۸۶۸ روز) و تفکیک متوسط روزهای بستری به ازای هر نشان‌دهنده تأثیر عمده وقایع نامطلوب پزشکی بر روی روند درمان بیماران است.



تقسیم بندی دیگر خطاها:

✓ خطای حاصل از انجام اشتباه یک دستور یا اقدام (Error of commission)

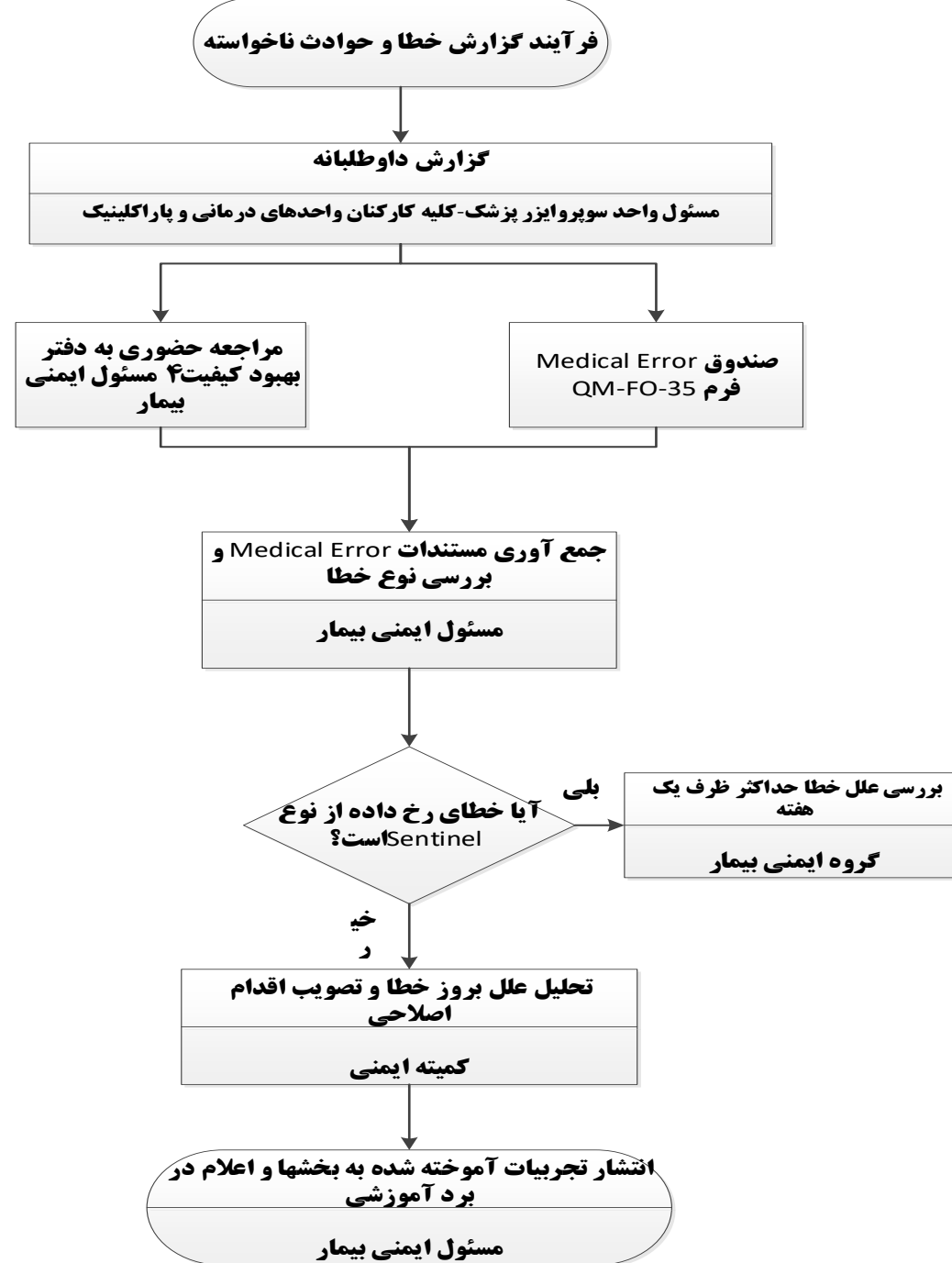
✓ خطای بر پایه قوانین Rule-based Error : اشخاص در مواجهه با مشکل مشابه ، راه حل های مشابه اشتباه قبلی را اجرا کنند یا اعمال مقررات و دستورالعملهای اشتباه

✓ خطای علمی Knowledge-based Errors : وقوع اشتباهات در موقعیت های جدید که اشخاص هیچگونه سابقه قبلی آموزش یا نقشی در آن نداشته اند. یا بعلت عدم یا کمبود تجربه کافی، شخص عملکرد ناقص داشته که منجر به خطا می شود



مردمان ما دارند در دستورات تلفنی توسل می‌کنند





ناخوانا بودن دستورالعمل پزشک





[پیشنهادهای کاهش خطای انسانی]

ثبات

اولویتها

تقسیم زمان

ارزیابی

تمرکز

توجه

تبادل اطلاعات

صداقت

حمایت



اقدام جهانی در زمینه ایمنی بیمار

✓ سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار را به عنوان یک اولویت جهانی در حوزه سلامت و به عنوان جزء ضروری تقویت سیستم‌های سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت به رسمیت شناخته است. در این راستا، در ماه مه ۲۰۱۹، مجمع جهانی بهداشت (WHA72) قطعنامه‌ای با عنوان "اقدام جهانی برای ایمنی بیمار" را به تصویب رساند.

✓ این قطعنامه از مدیر کل WHO درخواست کرد که ایمنی بیمار را به عنوان یکی از اولویت‌های استراتژیک کلیدی در برنامه‌های کاری WHO در سراسر جهان قرار دهد. همچنین تأسیس "روز جهانی ایمنی بیمار" را که هر ساله در ۱۷ سپتامبر گرامی داشته می‌شود، تأیید کرد و از مدیر کل WHO خواست که برنامه اقدام جهانی برای ایمنی بیمار را با همکاری کشورهای عضو، شرکا و سایر ذینفعان تهیه کند.



برنامه اقدام جهانی ایمنی بیمار ۲۰۲۱-۲۰۳۰

✓ این برنامه چارچوبی برای اقدام در اختیار ذینفعان کلیدی قرار می‌دهد تا تلاش‌های خود را هماهنگ کنند و ابتکارات ایمنی بیمار را به شیوه‌ای جامع اجرا کنند. هدف این برنامه عبارت است از: **"دستیابی به حداکثر کاهش ممکن در آسیب‌های قابل پیشگیری ناشی از مراقبت‌های بهداشتی ناایمن در سراسر جهان"**. چشم‌انداز این برنامه این است که "جهانی باشد که هیچ کس در آن در مراقبت‌های بهداشتی آسیب نبیند و هر بیمار همیشه و در هر مکان، خدمات ایمن و محترمانه دریافت کند."



روز جهانی ایمنی بیمار

✓ از سال ۲۰۱۹، روز جهانی ایمنی بیمار هر ساله در ۱۷ سپتامبر در سراسر جهان گرامی داشته می‌شود. این روز فرصتی برای همبستگی جهانی و اقدام مشترک توسط تمام کشورها و شرکای بین‌المللی برای بهبود ایمنی بیمار است. این کمپین جهانی، با موضوع سالانه مشخص، هدف افزایش آگاهی عمومی و درک جهانی از ایمنی بیمار را دنبال می‌کند و اقداماتی را برای حذف آسیب‌های قابل اجتناب در مراقبت‌های بهداشتی و بهبود ایمنی بیمار بسیج می‌کند.



ابتکار "دهه ایمنی بیمار ۲۰۲۱-۲۰۳۰" سازمان جهانی بهداشت:

✓ WHO این ابتکار را به عنوان یک برنامه تحول آفرین برای هدایت و حمایت از اقدامات استراتژیک در زمینه ایمنی بیمار در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی راه‌اندازی کرده است. فعالیت اصلی این برنامه شامل پشتیبانی از اجرای برنامه اقدام جهانی ایمنی بیمار ۲۰۲۱-۲۰۳۰ است.



برخی منابع برای مطالعه بیشتر



- ✓ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- ✓ <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1754-9493-5-13>

GOOD
LUCK

