



بیمارستان مهر

سیستم مدیریت یکپارچه

نام مدرک: خط مشی و روش مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات

کد مدرک: PS-PP-001/01

شماره بازنگری مدرک: ۱

تاریخ تهیه: ۹۸/۷/۱۵

تاریخ بازنگری: ۹۹/۷/۱۵

تاریخ صدور: ۹۸/۷/۲۰

وضعیت کنترل	امضاء	تاریخ	مسئولیت	
		۹۸/۷/۲۰	رئیس کمیته دارو و درمان/دکتر دیلمی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/میرجان افکاری دبیر کمیته مرگ و میر/ستاره خسروانی مسئول کنترل عفونت/احمدی کارشناس بهداشت حرفه ای/افشین نیکوروش مسئول فنی داروخانه/دکتر زندوکیلی	تهیه
		۹۸/۷/۲۰	رئیس هیئت مدیره/دکتر معظمی مسئول فنی/دکتر آل صفر رئیس کمیته مرگ و میر/دکتر جنابیان	تأیید
صفحه ۱ از ۶ صفحه		۹۸/۷/۲۰	مدیرعامل/دکتر مردانی	تصویب

بیمارستان مهر	خط مشی و روش مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات	کد مدرک: PS-PP-001/01 شماره بازنگری: ۱
---------------	--	---

فرم وضعیت ویرایش				کد مدرک: QI-FO-121 شماره بازنگری : ۰
ردیف	شماره صفحه	شماره ویرایش	تاریخ ویرایش	شرح ویرایش

بیمارستان مهر	خط مشی و روش مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات	کد مدرک: PS-PP-001/01 شماره بازنگری: ۱۰
---------------	---	--

فهرست : شماره صفحه

هدف..... ۴

دامنه کاربرد..... ۴

تعاریف..... ۴

مسئولیت ها و اختیارات..... ۴

شرح اقدامات..... ۴

منابع..... ۶

پیوست ها..... ۶

هدف :

هدف از تدوین این خط مشی نحوه شناسایی، ارزیابی و طبقه بندی خطرات و تعیین کنترل‌های لازم در بیمارستان در راستای ارتقاء ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی میباشد.

دامنه کاربرد :

دامنه کاربرد این روش اجرایی کلیه خطرات مرتبط با فعالیت های بیمارستان در چهارچوب دامنه الزامات بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و سیستم مدیریت ایمنی و سلامت شغلی شامل میگردد.

تعاریف :

اصطلاحات بکار رفته در این روش اجرایی با تعاریف ارائه شده در بخش سوم استاندارد OHSAS 18001:2007 سازگاری دارد.

FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) تکنیک تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی در ارائه یک خدمت با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست است . خطا : عملی است نا خواسته که به نتیجه مطلوب منجر نمی شود ، به عبارتی نقص در عملکرد یا پیامد به دست آمده خطر : هر وضعیت واقعی بالقوه که می تواند با عث صدمه ، بیماری یا مرگ افراد ، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود .

ریسک : ترکیب یا (تابعی) است از احتمال وقوع یک رخداد ، خطرناک و شدت پیامد ناشی از آن (ریسک= احتمال × پیامد) احتمال وقوع : شانس وقوع هر چیزی رخداد / رویداد : اتفاق (بالفعل شدن شرایط بالقوه خطر) که ممکن است منجر به آسیب و خسارت شود یا اینکه آسیب و خسارتی به همراه نداشته باشد .

حادثه : رویدادی است که پیامدهای نامطلوب جانی ، مالی و یا زیست محیطی داشته باشد . شبه حادثه : (رویداد به خیر گذشته) که منجر به مرگ ، بیماری ، صدمه ، زیان مالی یا خسارت زیست محیطی نشود . پیامد : نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه به انسان ، آسیب به اموال و یا دیگر موارد مضر که می تواند اتفاق بیفتد . ایمنی : میزان یا درجه فرار از خطر ، به بیان بهتر ایمنی در امان بودن از ریسک خطر است که می تواند با استفاده از ابزارها و روش های مختلف تحقق یابد .

تیم ایمنی بیمارستان بر اساس آیین نامه کمیته سنجش و پایش کیفیت و کمیته مرگ و میر اعضای آن بصورت ماهانه تشکیل جلسه می دهند . مسئولیت ها و اختیارات :

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت اجرا و مدیر ریسک و مسئول فنی و ایمنی بیمار مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این روش را به عهده دارند.

شرح اقدامات :

۱. تشکیل تیم اصلی کارشناسی جهت FMEA و RCA فرایندهای پر خطر بیمارستان که همان تیم ایمنی بیمارستان می باشد که بصورت مستمر و بر اساس آیین نامه کمیته پایش و سنجش کیفیت CO-BL-02 بر کلیه فرایندها نظارت دارند

۲. تشکیل تیم فرعی کارشناسی متشکل از تیم اصلی و صاحبین فرایندهای مرتبط می باشد .

۳. تیم ایمنی کلیه مراحل زیر را انجام می دهد، تیم مربوطه مشخص نمودن فرایند یا سیستم تحت مطالعه را انجام می دهند :

 - تحلیل فرایندهایی که توأم با ریسک هستند و یا ممکن است منجر به حادثه یا رویداد فاجعه آمیز شوند .
 - تحلیل فرایندها و پروسسها ی جدید یا تغییر یافته
 - شناسایی فرایندهای پر خطر یا حوادثی که با استفاده از گزارش اختیاری حوادث ، مشاهده فرایندهای پر خطر ، مرور پرونده های پزشکی بیماران ...
 - فرایندهای استفاده از داروهای ریسک بالا

۴. اعضای تیم حالات بالقوه خطا را که ممکن است برای هریک از فعالیتهای بروز کننده را شناسایی نموده و در برابر آن فعالیت لیست می کنند . یکی از ابزار های محاسبه در این مرحله بارش افکار است .
۵. تعیین اثرات بالقوه بروز هر یک از این حالات خطا
 - در این مرحله اعضای تیم اثرات احتمالی بروز هریک از این حالات خطا یا همان پیامدهای بروز خطا را شناسایی کرده و در فرم ارزیابی ریسک OH-FO-002/02 منعکس می کنند ، بارش افکار ابزار مناسب برای جمع آوری اطلاعات در این مرحله می باشد .
۶. تعیین علل بروز هر یک از این خطاها
 - تیم با استفاده از ابزارهایی مانند بارش افکار و نمودار علت و معلول (استخوان ماهی) علل را که می توانند منجر به وقوع هر یک از حالات خطا شوند ، شناسایی می کنند .
۷. فهرست کردن کنترل های جاری به منظور شناسایی هر یک از این خطاها در طی فرایند .
 - اعضای تیم کنترلهایی را که هم اکنون در فرایند تحت مطالعه جهت شناسایی حالات خطا وجود دارند ، شناسایی نموده و آنها را فهرست می کنند .
۸. محاسبه عدد اولویت ریسک (میزان اهمیت هر ریسک)
 - در این مرحله تیم با کمک جداول موجود و با اجماع نظر اعضای تیم به هریک از عوامل شدت اثر خطا (Severity) میزان وقوع خطا (Occurrence) و قابلیت کشف خطا (Detection) عددی می دهند . حاصل ضرب این سه عدد اولویت ریسک (RPN) برای حالت بالقوه خطای مورد نظر است .

$$RPN = (S \times O \times D)$$
- RPN بعنوان شاخصی برای طبقه بندی خطا ها و انجام اقدام اصلاحی و پیشگیرانه محاسبه می شود .
- حالات خطای مورد تحلیل قرار گرفته بر اساس RPN به دست آمده شان اولویت بندی می شوند .
- هر چه عدد RPN خطایی بالاتر باشد ، اولویت آن برای آنالیز جامع تر و تخصیص منابع ، بیشتر است .
- در برخی مواقع ممکن است علیرغم اینکه خطایی RPN پایینی دارد اما از آنجا که شدت اثر (Severity) بالایی دارد یا نرخ وقوع (Occurrence) بالایی دارد در اولویت قرار گیرد .
۹. اجرا و پیاده سازی اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی
 - در این گام تیم ایمنی با استفاده از روشهای بارش افکار اقداماتی را که می تواند باعث کاهش ضریب اولویت در حالت بالقوه ریسک اولویت دار قرار گردد، پیشنهاد می دهد . این اقدامات می بایست این سه حیطه را پوشش دهند :
 - کاهش احتمال وقوع خطا
 - کاهش شدت اثر وقوع خطا
 - افزایش احتمال شناسایی خطا پیش از وقوع
۱۰. بکارگیری استراتژی های بهبود طی برنامه ای تحت عنوان برنامه بهبود یا اقدام اصلاحی شامل : آلام ها ، پروتکل ها و پروسسها ، آموزش ، مستند سازی ، حذف یا کاهش احتمال خطا ، حذف برخی آیتم ها یا پروسسها ، استفاده از برچسب ها و علائم هشدار دهنده و دیگر موارد .

۱۱. ارزیابی اثر بخشی اقدامات انجام شده

- پس از اجرای استراتژی ها مجدداً ضریب RPN برای فرایند مورد نظر نظر محاسبه می گردد.
 - کاهش ضریب نشان دهنده اثر بخشی اقدامات و استراتژی های بکار گرفته شده است .
 - اگر کاهش ایجاد نشد FMEA تکرار می گردد.
 - با وجود بهبود نیز بهتر شدن فرایند مد نظر قرار می گیرد .
۱۲. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار فایل الکترونیک این مخاطرات فهرست شده به همراه برنامه مداخلات اصلاحی مرتبط در اختیار بخش ها و واحدها قرار می دهد تا نسبت به آن آگاهی داشته و براساس آن عمل نمایند.
۱۳. برنامه های تعیین شده پس از تصویب ریاست یا تیم مدیران اجرایی قابلیت اجرایی داشته و کلیه پرسنل باید به آن آگاه بوده و آن را اجرا کنند.
۱۴. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول ایمنی بیمار سالانه نسبت به برگزاری کلاس های آموزشی در زمینه ایمنی بیمار و مدیریت خطر اقدام می کنند.

منابع :

- استاندارد بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار
- OHSAS 18001:2007

پیوست ها : (امکانات و تسهیلات)

- آیین نامه کمیته پایش و سنجش کیفیت
- فرم ارزیابی ریسک
- آیین نامه کمیته مرگ و میر