

بسمه تعالی

فرم خط مشی و روش اجرا



بیمارستان شهدای پاکدشت

دفتر بهبود کیفیت

کد خط مشی:

فرد پاسخگو: مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
صاحبان فرایند: رییس بیمارستان - مترن
تعداد صفحات: ۲

عنوان: نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه
دامنه خط مشی: کلیه بخشهای درمانی و غیر درمانی

بیانیه خط مشی: شناسایی خطاهای پزشکی و ارائه راهکار جهت کاهش و ایجاد موانع جهت مهار خطای پزشکی

تعاریف: شناسایی مخاطرات سازمانی مرتبط با بیمار در سه حیطه ساختاری، فرایندی (عملکردی) و پیامدی که بر اساس آن بتوان از خطاهای پزشکی پیشگیری و خدماتی با کیفیت بالا ارائه نمود.

روش اجرایی:

مرحله	فعالیتی که باید انجام شود	انجام دهنده
۱	به کلیه کارکنان بصورت سالانه و به کارکنان جدید ورود در جلسه آموزشی توجیهی بدو ورود نحوه گزارش دهی خطا آموزش داده می شود.	هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۲	فرم گزارش خطا توسط تیم ایمنی طراحی و تایید گردیده و در تمامی بخش ها و واحدها به صورت الکترونیکی (سایت بیمارستان) و دستی موجود می باشد.	هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۳	اگر خطای انجام شده جزء خطاهای وقایع تهدید کننده حیات در درمان بیماران باشد. فرم گزارش "فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران" ارسالی از وزارت بهداشت که در همه قسمت ها / بخش های بالینی وجود دارد تکمیل می گردد	پرستل بیمارستان سوپروایزر وقت بیمارستان
۴	در صورتی که وقوع هر کدام از وقایع تهدید کننده حیات در بیمارستان نیاز به تکمیل فرم مربوطه داشته باشد ظرف ۲۴ ساعت به معاونت درمان - مسئول اداره پرستاری از طریق اتوماسیون ارسال شود	مسئول ایمنی بیمار کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
۵	به منظور یافتن علت اصلی عارضه حادث شده و تدوین فرایندهای لازم در	تیم ایمنی بیمار

و دبیر کمیته های مربوطه	پیشگیری یا کاهش بروز موارد مشابه کمیته ی مربوطه (کنترل عفونت ، مرتالیتی و موربیدی) با حضور نماینده دانشگاه حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان واقعه تشکیل شده و تحلیل ریشه ای (rca) و اقدامات اصلاحی انجام شود.	
تیم ایمنی بیمار	طی بازدید های هفتگی مدیریت ایمنی (walk round) با مشارکت پرسنل وقت ، خطاهای پنهان که گزارش نشده و یا احتمال وقوع آن وجود دارد بدون ترس از تنبیه و سرزنش بصورت شفاهی اظهار گردد .	۶
پرسنل بیمارستان	در صورت وقوع خطا ، گزارش بصورت الکترونیکی در سایت بیمارستان ثبت می شود و در صورت عدم دسترسی به سایت بیمارستان به هر دلیلی از فرم های گزارش خطا که در بخش ها / قسمت ها موجود می باشد استفاده می شود .	۷
همهانگ کننده ایمنی بیمار	بررسی فرم های گزارش خطا بصورت ماهانه و با رعایت اصل محرمانه بودن	۸
تیم ایمنی بیمار	بررسی و تحلیل کلیه خطاها و در صورت نیاز به تحلیل ریشه ای با همکاری واحد مربوطه و تیم ایمنی	۹
همهانگ کننده ایمنی بیمار	گزارش نتایج تحلیل خطا در کمیته مدیریت اجرایی	۱۰
مسئول ایمنی	معرفی واحدها یا کارکنانی که نقش فعال در ارائه گزارش خطا داشته اند به کمیته مدیریت اجرایی جهت تشویق	۱۱
همهانگ کننده ایمنی بیمار	خطاها ، نتایج حاصل از خطا و راهکارهای ارائه شده جهت یادگیری و به اشتراک گذاری بصورت فصلی با عنوان خاطرات درمانی بر روی سیستم بخش ها و واحدها	۱۲
کارشناس همهانگ کننده ایمنی	شناسایی موانع گزارش خطای پزشکی توسط پرسنل و برنامه ریزی و تلاش در جهت رفع موانع گزارش خطا	۱۳

منابع: دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع ، کتاب راهنمای اعتبار بخشی

امکانات و کارکنان مرتبط: رایانه و متعلقات آن - وسایل اداری بطور معمول - تیم ایمنی بیمار - کلیه سرپرستارها و مسئولین قسمتها - دبیر کل کمیته های بیمارستانی - دبیر کمیته مورتابلیتی - مسئول و کارشناس بهبود کیفیت

تهیه کننده :		تایید کنندگان		ابلاغ کننده	
نام و نام خانودگی	سمت و امضا	نام و نام خانوادگی	سمت و امضا	نام و نام خانودگی	سمت و امضا
جعفر نوایی	کارشناس ایمنی بیمار	دکتر سیامک نورالهی	مسئول اعتبار بخشی	دکتر صادقی	رییس بیمارستان و مسئول فنی و مسئول ایمنی بیمار
سیمین اسودی	کارشناس همهانگ کننده ایمنی بیمار	محمد الهی پور	مترن		
سمیرا شاه علی	دبیر کمیته مورتابلیتی بزرگسالان	مریم مظاهری	سوپروایزر ارشد		
عاطفه کارخانه	دبیر کمیته مورتابلیتی اطفال				
زهرا بابایی	کارشناس پرستاری				