

## کتابچه خط مشی های بیمارستان

تصویب کننده	تایید کنندگان
دکتر جمعه زاده - ریاست محترم	آقای مهدی حیدری - مدیر داخلی بیمارستان
	فاطمی نژاد - مسؤل بهبود کیفیت و ایمنی
	مسؤلین واحدهای بیمارستان



### فهرست مطالب

- ۳.....خط مشی نحوه اطلاع رسانی بدون هیچ گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار
- ۴.....خط مشی روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان
- ۵.....خط مشی پاسخ دهی در زمان بحران
- ۶.....خط مشی شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری
- ۷.....مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ بیمار حاد
- ۸.....خط مشی فراهم نمودن شرایطی جهت گیرنده ی خدمت در حال احتضار
- ۱۰.....خط مشی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار
- ۱۱.....خط مشی مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته
- ۱۴.....خط مشی مهار شیمیایی
- ۱۵.....خط مشی مهار فیزیکی

## خط مشی نحوه اطلاع رسانی بدون هیچ گونه پنهان کاری وقایع نا خواسته منجر به خسارت برای بیمار

- ✓ مصاحبه : حمایت و پشتیبانی از بیمار، بررسی شرایط و دادن پیش آگهی به بیمار، بیان مناسب توسط پزشک یا مسئول بخش انجام می شود .
- ✓ ارزیابی درک بیمار: بررسی در مورد اینکه میزان اطلاعات بیمار در مورد بیماری چقدر است؟ و سپس با توجه به میزان درک بیمار پروسیجر برای وی توسط پزشک توضیح داده می شود.
- ✓ گوش دادن به بیمار و گرفتن اطلاعات از وی : مثال شما با بیمار چه نسبتی دارید؟ تلفنی یا حضوری توسط مسئول بخش انجام می شود.
- ✓ پاسخ به احساسات : مشاهده عکس العمل عاطفی، استفاده از لمس با توجه به فرهنگ بیمار، دادن دستمال کاغذی و یا استفاده از جملاتی مانند: "من می دانم که این احساس ناراحت کننده است" - "به نظر می رسد هیچ قصدی در مورد آسیب رساندن به بیمار شما نبوده است و هر آنچه در توان تیم پزشکی و پرستاری بوده، انجام شده است"!!!
- ✓ اطلاع رسانی بدون هیچ گونه پنهان کاری به همراهیان بیمار توسط مسئول بخش یا پزشک معالج صورت می گیرد.
- ✓ پیگیری ایجاد مکان خصوصی و آرام - پیگیری دیدار با خانواده- اطلاع رسانی در مورد خدمات پشتیبانی توسط مسئول بخش انجام می شود
- ✓ فراهم آوردن شرایط مناسب جهت ملاقات همراهیان با بیمار در صورت امکان توسط مسئول بخش فراهم می شود
- ✓ کمک گرفتن از روحانی بیمارستان جهت حمایت معنوی از بیمار و همراهیان بیمار انجام می شود

### خط مشی روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان

- ✓ مددکار اجتماعی بیمارستان برای بیماران تازه وارد به بالین بیمار مراجعه می کند و خود را به عنوان مددکار اجتماعی معرفی می کند.
- ✓ مددکار اجتماعی به بیماران توضیح می دهد که چه خدماتی را در بیمارستان ارائه می کند در عین حال به بیمار و همراه وی توضیح می دهد که چگونه میتوانند به مددکار دسترسی داشته باشند. برای این منظور شماره تماس واحد مددکاری اجتماعی را نیز در اختیار آنها قرار داده و می گوید اتاق مددکار اجتماعی در کدام قسمت بیمارستان قرار دارد.
- ✓ در بعضی مواقع لازم است مددکار اجتماعی مصاحبه ای با بیمار داشته باشد در صورتی که بیمار در اتاقی بستری است که سایر بیماران و همراهان آنها نیز در آنجا حضور دارند، احتمال دارد سایر حاضرین نسبت به وضعیت بیمار کنجکاو و حساس شوند. لازم است هنگام مصاحبه از بلند صحبت کردن اجتناب کنید و در صورتی که متوجه موضوعات دارای حساسیت فرهنگی اجتماعی شدید، از طرح آنها در مصاحبه خودداری کنید و زمان جداگانه ای را به طور اختصاصی در واحد مددکاری یا اتاق مشاوره برای مصاحبه با بیمار و یا همراهانش در نظر بگیرید. به عنوان مثال در صورتی که بیمار به دلیل آسیبهای ناشی از خشونت همسر در بیمارستان بستری شده است، لازم است موضوعات مربوط به اختلافات خانوادگی بیمار در فضای خصوصی مورد گفتگو قرار گیرد.
- ✓ مددکار اجتماعی دارای رفتار خوب و توأم با احترام و همدلی با بیمار باید داشته باشد.
- ✓ مددکار اجتماعی باید میزان درک بیمار از نقاط ضعف و قوت خود در مصاحبه توجه داشته باشد.
- ✓ جمع آوری اطلاعات از طیف وسیعی از منابع شامل اعضای خانواده برای درک جامع از زمینه زندگی بیمار مورد توجه مددکار اجتماعی قرار می گیرد.
- ✓ آگاهی از زمینه فرهنگی بیمار و پرهیز از دید تبعیض آمیز برای پایه گذاری رابطه موثر بین بیمار و مددکار اجتماعی مورد توجه مددکار بیمارستان است.
- ✓ در پایان تمامی مستندات توسط مددکار جمع آوری شده و در مورد مشکلات بیمار از نظر هزینه و پی گیری درمان و مشکلات دیگر ..... مورد استفاده قرار می گیرد.

### خط مشی پاسخ دهی در زمان بحران

- ✓ مطلع شدن بیمارستان از یک حادثه غیر مترقبه در کشور ما هنگام ورود اولین نفر یا اولین مجروحین به بیمارستان رخ می دهد. در بیمارستان ممکن است که از مدل **command incident emergency Hospital( HEICS) system** یا به عبارتی فرماندهی حادثه در بیمارستان جهت اجرای برنامه مدیریت بحران استفاده کرده ایم. به علت عمومی بودن مدیریت بحران بنا بر این مدلی انتخاب کرده ایم که تنها با همکاری کلیه اعضای بیمارستان اهداف آن نتیجه خواهد داد. در این مدل ۴۴ پست جهت انجام فعالیت ها در نظر گرفته شده است . از خصوصیات این سیستم زنجیره فرماندهی مبتنی بر مسئولیت، اولویت بندی وظایف با استفاده از برگه های شرح وظایف است و همچنین به گونه ای انتخاب شده تا چهار وظیفه اصلی جهت مقابله با بحران در حوادث اضطراری را تعریف کند که این چهار وظیفه اصلی عبارتند از:
- ✓ پشتیبانی
- ✓ برنامه ریزی
- ✓ مالی
- ✓ عملیاتی
- ✓ برای هر یک از ۴۴ جایگاه مسئولیتی، یک برگه شرح عملیاتی وجود دارد. مأموریت افراد بطور خالصه بیان شد است .
- ✓ اعضا شرح وظایف مشخص و تعریف شده جهت قبل و حین و بعد از بحران را دارند و زمان انجام هر یک از فعالیتها ثبت می شود.
- ✓ در بیمارستان کمیته بحران جهت برنامه ریزی مقابله با بحران با ۴۴ پست وجود دارد که اعضای آن از قبل مشخص شده است .نمودار فراخوانی تیم بحران و زمان حضور آنها پس از بروز بحران مشخص شده است .
- ✓ پرسنل به صورت دوره ای در تمرینهای عملی و کارگروهی بحران شرکت می کنند، مثل اطفاء حریق.
- ✓ قفسه ای از داروها و سرمهای مورد نیاز در زمان بحران در انبار دارویی به عنوان استوک دارویی وجود دارد که این داروها در صورت بحران به مدت یک هفته جوابگوی نیاز بخشها خواهند بود.
- ✓ پرسنل بخش دارویی اطلاع دارند که از این داروها جز در شرایط بحران استفاده ننمایند.

## خط مشی شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری

- ✓ وضعیت بیماران بد حال در بخش ها و اورژانس بطور مداوم مانیتورینگ و چک می گردد
- ✓ در صورت پیدایش هرگونه عارضه تهدیدکننده حیات در بیمار سریعاً به پزشک اورژانس اطلاع داده می شود .
- ✓ پس از حصول اطمینان از شرایط اورژانسی موجود توسط پزشک اورژانس به پزشک معالج بیمار اطلاع داده می شود .
- ✓ با حضور متخصص مربوطه در اسرع وقت و در صورت آنکالی (کمتر از نیم ساعت) بر بالین بیمار عملیات درمانی ادامه می یابد
- ✓ در صورت دستور تلفنی طبق خط مشی دستور تلفنی توسط پرستار اجرا می شود.
- ✓ عملکرد نیروها توسط سرپرستار به طور مستمر چک می گردد.
- ✓ تمامی وسایل احیا بر بالین بیمار آماده می باشد و توسط پرستار بیمار چک می شود

### مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ بیمار حاد

- ✓ دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل درصد اشباع اکسیژن خون و سطح هوشیاری را در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید
- ✓ در صورتیکه بیمار در بخش های بستری بود بلافاصله مانیتورینگ در بخش شروع می شود
- ✓ بیمار را طبق دستور پزشک و با توجه به اتصالات صحیح از طریق لیدهای سینه ای به دستگاه مانیتورینگ قلبی متصل می کند و هرگونه کاهش یا افزایش در موارد فوق را به پزشک اطلاع داده و طبق دستورات پزشک عمل می نماید .
- ✓ لید ۲ روی صفحه مانیتور رویت میشود و در صورت ناواضح بودن ریتم نسبت به اطمینان از اتصال صحیح و برقراری اتصال مناسب اقدام میشود.
- ✓ برای چک اشباع اکسیژن خون پروب پالس اکسی متر را به انگشت بیمار وصل مینماید باید دقت شود که انگشت بیمار تمیز بوده و لاک نداشته باشد و سرد نباشد
- ✓ کاف فشار سنج و پروب پالس اکسی متر به بیمار وصل میشود. تنظیمات لازم روی دستگاه مانیتور بالای سر بیمار توسط پرستار انجام میگردد
- ✓ پرستار بر بالین بیمار حاضر میباشد، علایم حیاتی بیمار را چک میکند و تغییرات احتمالی علایم حیاتی و قلبی را به پزشک اطلاع میدهد.
- ✓ برای گرفتن فشار خون دقت میکند که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته و حداقل ۵ دقیقه استراحت داشته باشد و برای گرفتن فشار خون کاف را مطابق سن بیمار انتخاب کرده و دو سوم طول بازو را با کاف میپوشاند و بازو را در سطح قلب قرار میدهد
- ✓ برای چک ضربان بیمار انگشت خود را روی مچ دست نگه میدارد و و به مدت ۱۵ ثانیه شمارش مینماید و ضربدر ۴ مینمایدو برای چک تنفس در همان حال بدون آگاه سازی بیمار بالا و پایین رفتن قفسه سینه بیمار را در یک دقیقه شمارش می نماید در صورت بروز خونریزی، کنترل خونریزی؛ در صورت درد شدید، کنترل درد؛ در صورت کاهش اکسیژن خون، اکسیژن رسانی مناسب؛ در صورت کاهش سطح هوشیاری اینتوبه کردن بیمار و اگر بیمار ترومایی باشد در صورت گارد بودن شکم سونوگرافی فاست انجام میشود
- ✓ توالی احیاء بالای سر بیمار حاضر و در دسترس میباشد

## خط مشی فراهم نمودن شرایطی جهت گیرنده ی خدمت در حال احتضار

- ✓ قبل از فوت
- ✓ بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبتهای محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه مینماید.
- ✓ بیمارستان شرایطی فراهم مینماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد .
- ✓ بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبت های محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه می نماید
- ✓ بیمارستان شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان می باشد برخوردار گردد .
- ✓ بیمارستان، حقوق بیماران رادر زمینه تامین مراقبت محترمانه و دلسوزانه در پایان زندگی، رعایت میکند
- ✓ بیماران محتضر، از نیازهای خاصی برای دریافت مراقبت محترمانه و دلسوزانه برخوردارند
- ✓ نگرانی در مورد آرامش و منزلت بیمار، تمام جنبه های مراقبت در حین مراحل پایانی زندگی را هدایت میکند
- ✓ برای تحقق بخشیدن به این امر، تمامی کارکنان، در مورد نیازهای خاص بیماران محتضر آگاهی یافته اند. این نیازها شامل معالجه علائم اولیه و ثانویه، مدیریت درد، پاسخ به دغدغه های روانی، اجتماعی، عاطفی، مذهبی و فرهنگی بیمار و بستگانش و شرکت در تصمیم گیریهای مربوط به مراقبت و پرستاری می شود
- ✓ ارائه ی خدمات، در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع میباشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه می گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی خانواده اش در زمان احتضار میباشد .
- ✓ بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که میخواهد همراه گردد
- ✓ مراقبت مطلوب از بیماران در حال احتضار، برای تامین راحتی و رعایت شان و احترام و منزلت آنها صورت میگیرد
- ✓ سازمان، از طریق موارد زیر، از مراقبت مناسب از بیمارانی که درد میکشند یاد رحال احتضار هستند، اطمینان مینماید .  
دخالت در مهار درد و علائم اولیه و ثانویه - پیشگیری از علائم، تا جایی که از نظر منطقی قابل قبول باشد - نیازهای روحی، عاطفی و معنوی بیمار و خانواده اش در خصوص مرگ و اندوه - دغدغه های مذهبی و فرهنگی بیمار و خانواده اش
- ✓ پس از فوت بیمار ،
- ✓ فوت توسط پزشک اعلام و در پرونده ثبت می گردد
- ✓ آخرین نوار قلب خط دار و مستقیم از فوت شده گرفته می شود
- ✓ سرپرستار، به نزدیکترین همراهی اطلاع می دهد
- ✓ سرپرستار به کمک پرستار جهت آماده نمودن فوت شده، اطلاع می دهد
- ✓ سرپرستار، لباس ها و جواهرات و الات زینتی فوت شده را به همراهی تأیید شده تحویل می دهد -
- ✓ در صورت نبود همراهی، پس از تنظیم یک صورتجلسه، به مددکار تحویل داده می شود





- ✓ بستن پرونده ی بیمار و تکمیل گزارش پرستاری توسط پرستار مسئول بیمار و الصاق جواز دفن بیمار صادر شده توسط پزشک بیمار و یا پزشکی قانونی موارد مرگ زیر ۲۴ ساعت صورت می پذیرد
- ✓ جواز دفن زیر ۲۴ ساعت توسط پزشکی قانونی و بالای ۲۴ ساعت توسط پزشک معالج صادر می شود
- ✓ پرونده به حسابداری توسط کمک پرستار جهت تسویه حساب ارجاع می شود
- ✓ دو برگ از جواز دفن به همراهی و برگ تسویه حساب به واحد متوفیات جهت اقدامات قانونی فرستاده می شود
- ✓ فوت شده توسط کمک پرستار یا خدمات به سردخانه فرستاده می شود

### خط مشی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار

- ✓ در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی و درمانی (پروسیجر های ) تهاجمی رضایت نامه آگاهانه از بیمار گرفته می شود
- ✓ قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی پزشک کلیه خطرات و عوارض جنبی و منافع را برای بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار بیمار برکه رضایت نامه را امضا مینماید
- ✓ در وضعیت های تهدید کننده زندگی بیمار و در موارد اختلالات هوشیاری اخذ رضایت از بیمار لزومی ندارد .
- ✓ اخذ رضایت و براءت نامه در مواردی که چهارچوب قانونی در مورد آنها وجود دارد مانند ( توبکتومی ، سقط جنین درمانی ) مطابق دستورالعمل و موازین قانونی یا دستور قضایی انجام می شود .
- ✓ در مواردی که انجام اقدامات درمانی مربوط به منافع همسر میباشد ( مثل توبکتومی ) رضایت از همسر گرفته می شود .

## خط مشی مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته

- ✓ مرحله اول : ایجاد زمینه مناسب برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود. معمولاً ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود
- ✓ مرحله دوم : شناسایی ریسک متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت های الزام و نقش افراد در انجام آن ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم. منطقی است که بالافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم . رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد
- ✓ مرحله سوم: آنالیز خطر پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است خطراز بین برود ولی معمول این هدف قابل دستیابی نیست و تلاشها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ میدهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت.. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر اینکه استفاده از آنها اجباری باشد. پس فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از : احتمال رخداد حادثه ،هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی) در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه ،هزینه راه حل های موجود کاهش خطر (مادی و غیره
- ✓ مرحله چهارم: برخورد با خطر دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید براساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.
- ✓ شیوه های متعدد برای مقابله با خطر : کنترل خطر -الف در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه- ب. پذیرش خطر در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است- ج. اجتناب از خطر : این امکان وجود دارد که با

فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۱٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم. کاهش و یا به حداقل رساندن خطر: درمواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان: انتقال خطر - به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بال به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه، می توان آنها را پوشش داد

✓ مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر در این مرحله اثربخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کاررفته است، مرور و ارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش "blame low" ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند. در نهایت کلیه مراحل بال بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده، شود. نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق: رهبری همراه با التزام به ارتقا ایمنی بیمار، خط مشی و استراتژی واضح، محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش، منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخگویی به فرایندها، ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

#### یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد. بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود.

جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود. طراحی ایده ال برای یک سیستم گزارش دهی خطا می تواند شامل موارد زیر باشد

کلیات طرح: هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود. تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا (miss near)، گزارش شود. از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود، فیدبک گرفته شود.

جمع آوری داده: فرمهای گزارش خطا را تهیه کرده و در اختیار کسانی قرار دهید که دوست دارند در این زمینه همکاری کنند. اجازه تماس بعدی با گزارش دهنده خطا به منظور روشن شدن جزئیات گزارش بدهید در عین حال که ناشناس بودن

فرد را حفظ می کنید. برای توصیف مراحل رویداد خطا تاکید کنید. از یک سیستم کامپیوتری آنالین برای تسهیل گزارش دهی، استفاده کنید.

مرحله تحلیلی: داده ها را از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر می باشند، جمع آوری کنید. در موقع رخداد یک حادثه واحد، تمام سیستم را در نظر بگیرید. حوادث را براساس محلی که اتفاق می افتند، طبقه بندی کنید. حوادث را بر حسب رویکرد قابل قبول تقسیم خطا، طبقه بندی کنید. مشکلات شایع در یک بخش را شناسایی کنید.

مداخله: -نقص های زمینه ای سیستم را به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیداکنید. محیط های مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید. نقص های زمینه ای سیستم را به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیداکنید. محیط های مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید. اقدامات اصلاحی اجرا شده را برای بررسی اثر بخشی آنها، پیگیری کنید. استراتژی مداخلت را به وسیله یک تیم چند منظوره، مشخص کنید. برای تصمیم گیران و سیاست گزاران توصیه هایی داشته باشید

تحلیل ریشه ای وقایع :

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ میدهد را نیز در برمیگیرد. تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب برمی گردد و اجازه می دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شود. بنابراین سازمانها می توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیریهایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند. برای مدیریت خطاهای پزشکی گامهای زیر پیشنهاد میگردد

برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگسازی نمایید و عوامل مشوق سازمانی برای گزارشدهی و رفع خطاها در نظر بگیرید. به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها ها بویژه در بخشهای پرخطر نظیر اورژانس بپردازید. موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرآیند رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) طراحی کنید. از پرسنل بخواهید خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارشدهی داوطلبانه یا اجباری نمایند. گزارشات خطا را بطور مقطعی بخوانید، طبقه بندی و تحلیل کنید و عوامل کلیدی مسبب آنها را بویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی کنید. درصد رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و ایجاد آسیب برآید. میزان تاثیر راه حل های خود را بر کاهش آسیبها اندازه بگیرید

### خط مشی مهار شیمیایی

- ✓ پزشک پرونده را از نظر سوابق دارویی و حساسیتهای شناخته شده بیمار بررسی می کند تا بتواند بهترین دارو را با کمترین عوارض و تداخلات دارویی برای بیمار تجویز کند.
- ✓ پرستار جهت مهار شیمیایی داروها را صرفاً بر اساس دستور پزشک و با رعایت اصول ایمنی دارودهی، آماده میکند.
- ✓ پرستار شرایط بالینی بیمار، عالیم حیاتی و پاسخ به درمان رابه صورت مستمر، قبل، حین و پس از شروع مهار شیمیایی ارزیابی و پایش کرده و در گزارش پرستاری ثبت میکند.
- ✓ پرستار عوارض داروهای تجویز شده را می داند و بعد از اجرای مهار شیمیایی عوارض احتمالی را بررسی می کند
- ✓ پرستار ضمن حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی، وسایل بالقوه تهدید کننده از بیمار را جدا کرده و تا زمانی که بیمار کنترل خود را بدست می آورد او را در یک محیط امن و با تمهیدات ایمنی لازم در جهت پیشگیری از سقوط بیمار و آسیب به وی نگهداری میکند.
- ✓ پرستار مسئول بیمار میداند که تکرار مهار شیمیایی منوط به دستور مجدد پزشک است و دستور PRN، ممنوع است.
- ✓ پرستار در کوتاهترین زمان ممکن نسبت به قطع مهار شیمیایی اقدام می کند و از این روش نباید استفاده بی رویه شود با توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هر روز ( بار ۳ حداکثر ) توصیه می شود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار از مهار شیمیایی کمتر استفاده کند.
- ✓ پرستار مسئول بیمار، در حین انجام مهار شیمیایی، بیمار را تحت مانیتورینگ مستمر قرار داده و از نظر بروز زخم بستر صدمات حاد به صورت مداوم بررسی می کند و در صورت لزوم به پزشک معالج اطلاع می دهد و در پرونده بیمار ثبت می کند.

### خط مشی مهار فیزیکی

- ✓ بیمار توسط پزشک و پرستار در مواردی که شدیداً تحریک پذیر است و دارای افکار تهاجمی می باشد و یا احتمال کشیدن اتصالات توسط بیمار وجود دارد مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- ✓ دستور مهار فیزیکی صرفاً توسط پزشک معالج در پرونده بیمار ثبت میشود.
- ✓ تکرار مهار فیزیکی منوط به دستور مجدد پزشک می باشد و دستور PRN برای مهار فیزیکی ممنوع است.
- ✓ پزشک معالج در پرونده بیمار ملزم به ذکر اندامهای لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در قسمت دستورات پزشک می باشد.
- ✓ علت مهار فیزیکی توسط پرستار مربوطه به بیمار (در صورت هوشیار بودن) و همراهان بیمار آموزش داده می شود.
- ✓ اطمینان از صحت روش کار و استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندامها و اعضای مجاز با روش استاندارد و بدون عوارض توسط سرپرستار یا مسئول شیفت نظارت می شود.
- ✓ وضعیت جسمانی بیمار از نظر آسیب عروقی و اعصاب ، اختلال در جریان خون ، خطر آسپیراسیون و سایر آسیبهای احتمالی در طول مهار فیزیکی توسط پرستار مسئول بیمار به طور منظم کنترل می شود.
- ✓ پرستار به صورت مستمر شرایط بیمار تحت مهار فیزیکی را قبل و حین مهار ارزیابی و ثبت میکند.
- ✓ پرستار از بالا بودن بد ساید تخت بیمار تحت مهار فیزیکی و سالم بودن آن اطمینان حاصل می کند.
- ✓ پرستار در حین زمان مهار فیزیکی حریم خصوصی بیمار را کاملاً حفظ میکند و همه تمهیدات لازم در جهت حفظ ایمنی بیمار را برقرار می سازد.
- ✓ پرستار با هماهنگی و نظر پزشک نسبت به قطع مهار فیزیکی در سریعترین زمان ممکن اقدام میکند.
- ✓ در مادران باردار به دلیل آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت ، مهار فیزیکی ممنوع است.
- ✓ در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد مهار عضو مبتلا ممنوع است.
- ✓ پرستار نحوه کنترل بیماران تحت مهار فیزیکی شامل زمان شروع ، زمان خاتمه و حذف مهار فیزیکی و عوارض احتمالی رادر گزارش پرستاری ثبت می کند.