

مجموعه خط مشی های

بیمارستان آیت الله مدنی بجستان

واحد بهبود کیفیت بیمارستان آیت الله مدنی بجستان
امیرحسین غلامی اول

- خط مشی نحوه اطلاع رسانی وقایع ناخواسته منجر به خسارت به بیمار / خانواده بدون هیچ گونه پنهان کاری ۲
- خط مشی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران ۴
- خط مشی روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان ۷
- خط مشی شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری ۹
- خط مشی مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد ۱۱
- خط مشی فراهم نمودن شرایطی جهت گیرنده خدمت در حال احتضار و متوفی ۱۳
- خط مشی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار ۱۵
- خط مشی مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ۱۷
- خط مشی مهار فیزیکی ۲۰
- خط مشی مهار شیمیایی ۲۳

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۴		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		خط مشی نحوه اطلاع رسانی وقایع ناخواسته منجر به خسارت به بیمار / خانواده بدون هیچ گونه پنهان کاری	
عنوان سنجه		استاندارد		سنجه	
هر گونه خسارت جسمی ، روحی – روانی و مالی ناشی از ارائه خدمات به اطلاع بیمار / خانواده رسیده و در صورت لزوم جبران می شود .		ج - ۱ - ۵		۱	
بیانیه		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟)		هدف (چرایی ؟)	
این مرکز متعهد است در راستای صیانت از حقوق بیمار و ارتقای ایمنی، کلیه نتایج ناخواسته درمانی و وقایع منجر به آسیب را بدون هیچ گونه پنهان کاری، با صداقت کامل و در فضای آرام به بیماران و مراجعین اطلاع رسانی نماید.		کلیه بخش های بالینی، پاراکلینیکی و واحدهای پشتیبانی بیمارستان		جلب اعتماد بیمار و خانواده، کاهش آلام روحی، برقراری ارتباط صادقانه، مسئولیت پذیری در قبال خطاها و پیشگیری از دعاوی حقوقی ناشی از عدم آگاهی .	
تعاریف واژگان					
وقایع ناخواسته : هرگونه عارضه یا پیامد نامطلوب و عدم توفیق در درمان که انتظار بهبودی آن می رفته اما منجر به خسارت شده است . افشای خطا (Disclosure): فرآیند ارتباط حرفه ای و صادقانه با بیمار/همراه در مورد وقوع یک حادثه ایمنی .					
صاحبان فرآیند		منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز		ذینفعان	فرد پاسخگو
کادر پزشکی (پزشک معالج)، کادر پرستاری و مامایی، سوپروایزران، مدیر پرستاری (مترون) .		اتاق آرام جهت گفتگو ، فرم های گزارش دهی خطا ، امکانات رفاهی برای همراهان . / پزشک معالج، مسئول بخش، سوپروایزر وقت، مترون، مددکار اجتماعی (جهت حمایت معنوی).		بیماران، همراهان قانونی، مراجعین و تیم درمانی.	مسئول فنی / مسئول ایمنی بیمارستان.

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. شناسایی و گزارش دهی: بلافاصله پس از وقوع حادثه، مطابق دستورالعمل گزارش وقایع ناخواسته، مورد به سوپروایزر و مسئول ایمنی اطلاع داده می شود.
۲. تعیین تیم گفتگو: مسئولان ارائه توضیح (پزشک معالج، مترون یا سوپروایزر) توسط کمیته اخلاق یا مدیریت ارشد انتخاب می شوند.
۳. زمان بندی: اولین ارتباط شفاهی باید در ۲۴ ساعت اول پس از وقوع حادثه برقرار شود.
۴. آماده سازی محیط: گفتگو در مکانی خصوصی ، آرام و دور از ازدحام توسط مسئول بخش هماهنگ می گردد
۵. ارزیابی درک بیمار: قبل از توضیح، میزان اطلاعات بیمار از بیماری اش سنجیده می شود و سپس پروسیجر و حادثه توسط پزشک تشریح می گردد
۶. نحوه بیان و همدلی: استفاده از جملات تسکین دهنده (مانند: "می دانم این احساس ناراحت کننده است"، "تمام توان تیم پزشکی به کار گرفته شد") و رعایت فرهنگ بیمار در لمس یا دلداری
۷. گوش دادن فعال: اجازه داده می شود بیمار/همراه سوالات خود را بپرسد و احساسات خود را تخلیه کند
۸. جبران خسارت: بیمار بابت هزینه های ناشی از خطای رخ داده (افزایش اقامت، داروهای اضافه و...) هیچ هزینه ای پرداخت نمی کند.
۹. حمایت معنوی: در صورت نیاز، هماهنگی جهت حضور مددکار اجتماعی و روحانی بیمارستان برای حمایت از خانواده انجام می شود
۱۰. حفظ محرمانگی: تمامی مراحل گفتگو و مستندات با رعایت اصل محرمانگی در پرونده ثبت می شود.
۱۱. حمایت از کارکنان: مطابق بر فرهنگ منصفانه، از کارکنان درگیر در حادثه حمایت عاطفی و بیمه ای صورت می گیرد.

نحوه نظارت :

کنترل مستندات در پرونده، مصاحبه با بیماران و کارکنان، بررسی گزارشات سامانه خطا (LMS).

تهیه کننده	تایید کنندگان	تصویب کننده
مدیر پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی) کارشناس ایمنی بیمار (خانم فاطمی نژاد)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد ایمنی بیمار (خانم فاطمی نژاد)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ – BO – TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		خط مشی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۲			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		الف – ۲ – ۵		تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان ، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟)		بیانیه	
۱) در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه و توانمند نمودن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی های فوری، مراقبت های اورژانسی و مراقبت از مادر و کودک در شرایط بحران . ۲- پاسخگویی مناسب و مؤثر به حوادث و کاهش میزان آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان .		کلیه قسمت های بالینی، اداری و پاراکلینیکی بیمارستان		این مرکز به منظور تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در شرایط بحران، نسبت به سیاست گذاری، افزایش آگاهی و توانمندسازی کارکنان، سازماندهی منابع و اجرای نظام مدیریت بحران بیمارستانی اقدام می نماید.	
تعاریف واژگان					
HICS/HEICS: سیستم فرماندهی حادثه در بیمارستان؛ ساختار سازمانی منعطف و مبتنی بر اصول مدیریتی که با تعیین مسئولیت ها، کانال های ارتباطی و زبان واحد، پاسخ به حوادث و فوریت ها را تسهیل می نماید.					
صاحبان فرآیند		منابع ، امکانات و کارکنان مورد نیاز		ذینفعان	
فرد پاسخگو		کلیه پرسنل بیمارستان، بیماران، همراهان بیمار، مدیران سطوح بالاتر سازمان .		لیست شماره تلفن ضروری پرسنل، چادر صحرایی ، باکس های مخصوص بحران ، اتاق EOC و تجهیزات ارتباطی ، نیروهای انسانی آنکال بخش ها، ذخیره غذایی خشک، ذخیره سوخت، منبع برق اضطراری، منبع ذخیره آب . / اعضای کمیته بحران، پزشکان، پرستاران، کارکنان اورژانس، اتاق عمل، آزمایشگاه، رادیولوژی، تأسیسات، مهندسی پزشکی، داروخانه، خدمات و سایر نیرو های پشتیبان .	
اعضای کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا، مسئولین اتاق عمل، اورژانس، رادیولوژی، آزمایشگاه و بخش های ویژه .		مسئول فنی و مدیریت بحران بیمارستان .			

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. با وقوع حادثه غیرمترقبه و یا ورود اولین مصدوم/مصدومین به بیمارستان، فرآیند پاسخ‌دهی در بحران آغاز شده و بیمارستان بر اساس سیستم فرماندهی حادثه در بیمارستان HICS/HEICS اقدام می‌نماید.
۲. ساختار مدیریت بحران بیمارستان بر مبنای ۴۴ پست سازمانی از پیش تعریف‌شده طراحی شده است و هر یک از اعضا دارای شرح وظایف مشخص در مراحل قبل، حین و بعد از بحران می‌باشند.
۳. برای هر یک از ۴۴ جایگاه مسئولیتی، برگه شرح وظایف عملیاتی تهیه شده است و مأموریت هر فرد به صورت مشخص تعیین گردیده و زمان انجام فعالیت‌ها نیز ثبت می‌شود.
۴. زنجیره فرماندهی در بحران بر اساس مسئولیت‌های تعیین‌شده فعال می‌گردد و کلیه اقدامات در چهار حیطه اصلی شامل عملیاتی، برنامه‌ریزی، پشتیبانی و مالی سازماندهی و اجرا می‌شود.
۵. کمیته بحران بیمارستان با ترکیب از پیش مشخص‌شده اعضا فعال می‌شود و نمودار فراخوانی تیم بحران و زمان حضور اعضا پس از بروز بحران از قبل تعیین و ابلاغ شده است.
۶. کارکنان بیمارستان به صورت دوره‌ای در آموزش‌ها، تمرین‌های عملی و مانورهای گروهی بحران از جمله اطفای حریق شرکت می‌نمایند تا آمادگی لازم برای پاسخ مناسب در شرایط بحران را داشته باشند.
۷. به منظور آمادگی دارویی در شرایط بحران، قفسه‌ای از داروها و سرم‌های ضروری به عنوان استوک دارویی بحران در انبار دارویی نگهداری می‌شود که در صورت وقوع بحران، پاسخگوی نیاز بخش‌ها تا یک هفته خواهد بود.
۸. کارکنان واحد دارویی موظفند از داروهای استوک بحران صرفاً در شرایط بحران استفاده نمایند و از مصرف آن در شرایط عادی خودداری کنند.
۹. برنامه آنکالی پزشکان و کارکنان و همچنین لیست شماره تلفن‌های ضروری پرسنل در اتاق هدایت عملیات، مرکز تلفن و دفتر سوپروایزر موجود بوده و در زمان بحران مورد استفاده قرار می‌گیرد.
۱۰. توسط واحد تأسیسات، ذخیره‌سازی سوخت مورد نیاز برای ۷۲ ساعت در بیمارستان تأمین شده و در حوزه مدیریت بحران نظارت می‌شود.
۱۱. برای ذخیره‌سازی اکسیژن، دستگاه اکسیژن متصل به برق اضطراری و کپسول‌های اکسیژن آماده بهره‌برداری می‌باشد.
۱۲. مخازن آب بیمارستان توان تأمین آب مورد نیاز برای ۷۲ ساعت را دارا می‌باشند.
۱۳. عملکرد منبع برق اضطراری به‌طور منظم بازمی‌بینی شده .
۱۴. لیست تجهیزات موجود در بخش‌ها و واحدها به‌ویژه اتاق عمل، اورژانس و بخش‌های بستری شامل نام تجهیزات، تعداد، محل نگهداری و محل دستگاه جایگزین توسط واحد مهندسی پزشکی تهیه شده و کلیه کارکنان از آن آگاهی دارند .
۱۵. در زمان وقوع حادثه و به منظور افزایش ظرفیت پذیرش و خدمت‌رسانی به مصدومان، متناسب با شدت و سطح بحران، اقدامات لازم با دستور فرمانده حادثه و افراد تعیین‌شده از سوی وی انجام می‌شود؛ از جمله لغو جراحی‌های الکتیو، ترخیص بیماران دارای بهبودی نسبی ، ادغام بخش‌ها و افزایش ظرفیت تخت‌های اورژانس.
۱۶. به منظور استفاده از ظرفیت سایر سازمان‌ها و نهادهای همکار، بیمارستان با مراکز درمانی همجوار تفاهم‌نامه همکاری در مواقع بحران منعقد نموده است و در شرایط بحران، همکاری متقابل بر اساس مفاد تفاهم‌نامه انجام می‌شود.
۱۷. فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه و ستاد هدایت دانشگاه نسبت به افزایش ظرفیت حمل‌ونقل، جابه‌جایی و اعزام مصدومان اقدام می‌کند..
۱۸. در بحران‌های ناشی از بیماری‌های نوظهور، تعیین نیروی انسانی مورد نیاز هر شیفت توسط مدیریت منابع انسانی و مدیریت خدمات پرستاری انجام شده و در برنامه کاری ماهیانه کارکنان لحاظ می‌شود.
۱۹. اقلام مصرفی دارویی، اکسیژن، تجهیزات ضروری و نیازهای تأسیساتی بر اساس نیازسنجی واحدهای مربوطه تعیین و برای تأمین به ریاست بیمارستان اعلام می‌شود.
۲۰. در صورت افزایش بار مراجعه، تیم مدیریت بیمارستان تحت نظارت رئیس بیمارستان به صورت روزانه تشکیل جلسه داده و در خصوص پذیرش بیماران سرپایی، اندیکاسیون بستری، ترخیص، لغو بیماران الکتیو و استفاده از بخش‌های جایگزین تصمیم‌گیری می‌نماید.

۲۱. در صورت افزایش اشغال تخت‌های بستری بیماران مبتلا، با هماهنگی معاونت درمان و تصویب مراجع مربوطه، پذیرش بیماران الکتیو لغو و بیماران در لیست انتظار ثبت می‌شوند.

۲۲. فرآیند تریاژ بیماران مشکوک و قطعی از سایر بیماران به‌صورت مجزا اجرا شده و فضاهای سرپایی و تحت نظر به شکل تفکیک‌شده مدیریت می‌گردد.

۲۳. میزان خلوص اکسیژن بر بالین بیمار توسط واحد تجهیزات پزشکی اندازه‌گیری، ثبت و پایش می‌شود.

۲۴. آموزش‌های مرتبط با احتیاطات استاندارد، احتیاطات تماسی و قطره‌ای، بهداشت دست، آداب تنفسی و نحوه صحیح پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی برای کارکنان برگزار شده و مهارت آنان ارزیابی می‌شود.

۲۵. محدودیت ملاقات بیماران مشکوک، محتمل و قطعی بر اساس نوع بیماری اعمال شده و علائم هشداردهنده و محدودیت ورود بر درب اتاق‌ها و بخش‌ها نصب می‌شود.

۲۶. نظافت و گندزدایی محیط‌های کم‌خطر، متوسط و پرخطر بر اساس دستورالعمل‌های مصوب انجام شده و آموزش‌های لازم به کارکنان خدمات و پشتیبانی ارائه می‌گردد.

۲۷. موازین کنترل عفونت در تمامی مراحل بحران رعایت می‌شود.

۲۸. اطلاع‌رسانی، ثبت و گزارش‌دهی بیماران و وقایع مرتبط در سامانه‌های مربوطه انجام می‌گیرد.

نحوه نظارت :

بررسی مستندات، ارزیابی وجود مناطق ایمن، کنترل تجهیزات جایگزین در مواقع اضطراری، پایش مانورها و گزارش‌های مدیریت بحران .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی) مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای غلامی) دبیر کمیته حوادث ، خطر و بلایا (آقای بشلیده)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		خط مشی روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵					
تعداد بازنگری : ۲					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		ج ۱- ۵		مددکار اجتماعی نیاز های مددجویان را شناسایی و برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه حمایتی دارد .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا؟ ، برای چه کسانی ؟)		بیانیه	
شناسایی فعال بیماران نیازمند، برقراری ارتباط موثر و حمایت گرانه، حفظ حریم خصوصی در مداخلات اجتماعی و تسهیل فرآیند درمان و ترخیص.		تمامی بخش های بستری و سرپایی بیمارستان .		این مرکز متعهد است با ارائه خدمات مددکاری حرفه ای، توأم با احترام و همدلی، از حقوق بیماران (بهویژه گروه های آسیب پذیر) حمایت کرده و فرآیند درمان را با رفع موانع اجتماعی و اقتصادی تسهیل نماید.	
تعاریف واژگان					
مددکاری اجتماعی: حرفه ای یاورانه که با تکیه بر دانش تخصصی، به حل مشکلات اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی بیمار کمک می کند.					
فرد پاسخگو		ذینفعان		صاحبان فرآیند	
مددکار اجتماعی بیمارستان		بیماران، خانواده ها، سازمان های حمایتی (بهبودی، کمیته امداد و خیرین)		اتاق مشاوره خصوصی، سیستم HIS، خط تلفن مستقیم، فرم های ارزیابی اجتماعی / مددکار اجتماعی دارای تحصیلات دانشگاهی مرتبط .	
				واحد فناوری اطلاعات (IT) ، واحد سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) .	

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. مراجعه و معرفی اولیه: مددکار اجتماعی برای تمامی بیماران تازه وارد، بر بالین حضور یافته و ضمن معرفی خود، نقش و خدمات مددکاری در بیمارستان را تشریح می کند.
۲. اطلاع رسانی راه های دسترسی: شماره تماس واحد مددکاری و آدرس دقیق اتاق مددکار به بیمار و همراه وی ارائه می شود تا در صورت نیاز به سهولت دسترسی داشته باشند
۳. برقراری رابطه حرفه ای: مددکار موظف است رفتاری توأم با احترام، همدلی و بدون هرگونه تبعیض (نژادی، فرهنگی یا مذهبی) داشته باشد و به نقاط قوت و ضعف بیمار در مصاحبه توجه نماید
۴. رعایت حریم خصوصی و محرمانگی: در صورتی که بیمار در اتاق عمومی بستری است، مددکار از بلند صحبت کردن اجتناب می کند. اگر موضوع مصاحبه حساس باشد (مانند موارد همسرآزاری یا اختلافات شدید خانوادگی)، مصاحبه بر بالین متوقف شده و بیمار یا همراه وی به «اتاق مشاوره خصوصی» واحد مددکاری هدایت می شوند
۵. حساسیت فرهنگی: در جریان مصاحبه، مددکار باید به زمینه های فرهنگی بیمار توجه نموده و از طرح موضوعات حساسیت زا در جمع خودداری کند
۶. جمع آوری جامع اطلاعات: اطلاعات لازم از منابع مختلف (از جمله اعضای خانواده) جهت درک کامل از وضعیت زندگی و زمینه های اجتماعی بیمار توسط مددکار گردآوری می شود
۷. مستندسازی و پیگیری: در پایان، تمامی مستندات و اطلاعات جمع آوری شده برای رفع مشکلات مالی، پیگیری روند درمان و ارجاع به نهادهای حمایتی در پرونده ثبت و مورد بهره برداری قرار می گیرد.

نحوه نظارت :

بررسی پرونده های مددکاری، نظرسنجی از بیماران، پایش آماری تخفیفات و حمایت ها .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)
مسئول واحد مددکاری (خانم ایمانی نژاد)		

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۴	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	خط مشی شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۴	ب - ۲ - ۵	شناسایی و ارائه مراقبت های فوری به بیماران بد حال فوری و اورژانسی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود
هدف (چرایی؟)	دامنه (کجا؟ ، برای چه کسانی ؟)	بیانیه
تسهیل و تسریع در شناسایی بیماران پرخطر و بدحال، برقراری مراقبت های فوری و پایدارسازی وضعیت حیات بیمار، کاهش مرگ و میر بیمارستانی و ارتقای ایمنی بیماران در بخش های بستری.	کلیه بخش های بستری بیمارستان	بیمارستان جهت حمایت از بیماران بدحال و اورژانسی از طریق شناسایی، ارائه مراقبت و درمان به موقع، تسهیل و تسریع در ارائه خدمات و مراقبت، عمل می نماید.
تعاریف واژگان		
بیماران پرخطر: بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشند. این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند (مانند بیماران دچار دیابت، نقص ایمنی). بیمار بدحال و اورژانس بستری در بخش: به بیمارانی اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدیدکننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری جهت پایدارسازی و خروج آنها از شرایط بحرانی لازم است.		
فرد پاسخگو	ذینفعان	منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز
مدیر خدمات پرستاری	بیماران بستری در بخش ها، همراهان بیمار، کادر درمان .	صاحبان فرآیند مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران بخش های بستری . لیست بیماران پرخطر، لیست بیماران اورژانس، فرم های احیاء، تجهیزات مانیتورینگ و احیاء (ترالی اورژانس مجهز)، پرونده بالینی بیمار، وسایل حفاظت فردی جهت تیم احیا. / کادر پزشکی (پزشک معالج، پزشک اورژانس، متخصصین ، کادر پرستاری و مامایی، سوپروایزر بالینی و نیروهای خدمات .

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. وضعیت بیماران بدحال در بخش‌ها به‌طور مداوم مانیتورینگ و چک می‌گردد و لیست موارد پرخطر هر بخش در معرض دید پرسنل قرار دارد؛ این بیماران در تخت‌های نزدیک به استیشن پرستاری بستری می‌شوند.
۲. در مرحله اول پرستار مسئول، بیمار را ارزیابی می‌کند. در صورتی که بیمار افت سطح هوشیاری، علایم حیاتی غیرطبیعی و ناپایدار یا سطح اکسیژن خونی پایینی داشته باشد و یا در مورد بیماران بلوک زایمان که طبق کتاب راهنمای کشوری مراقبت‌های مامایی نیاز به اقدامات حیات‌بخش دارند، وضعیت بیمار به‌طور مداوم کنترل می‌شود.
۳. در صورت پیدایش هرگونه علائم تهدیدکننده حیات در بیمار، سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود. (در صورت نیاز، کد ۹۹ یا کد مامایی فراخوان می‌گردد).
۴. در صورت عدم امکان حضور پزشک معالج، به پزشک اورژانس اطلاع داده می‌شود.
۷. پرستار تا زمان حضور پزشک نسبت به کنترل علائم حیاتی و اقدامات اولیه اقدام می‌نماید و تمامی وسایل احیا توسط پرستار بر بالین بیمار آماده و چک می‌شود.
۸. در صورت عدم امکان حضور پزشک معالج ، توسط پرستار به سوپروایزر اطلاع داده شده و پیگیری فراخوان پزشک اورژانس توسط سوپروایزر انجام می‌شود.
۹. پزشک معالج بر اساس محدوده زمانی تعیین‌شده (حداکثر ۳۰ دقیقه) بر بالین بیمار حاضر شده و عملیات درمانی ادامه می‌یابد.
۱۰. در مواردی که پزشک معالج به صورت تلفنی دستوراتی را جهت بهبود بیمار قبل از رسیدن بر بالین ارائه دهد، دستورات تلفنی فوراً طبق خط‌مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا می‌شود.
۱۱. در صورت درخواست مشاوره اورژانسی، بر اساس دستورالعمل مربوطه توسط پرستار مسئول بیمار عمل می‌گردد.
۱۲. پرستار آزمایشات و تصویربرداری اورژانسی بیمار را در صورت درخواست پزشک با هماهنگی آزمایشگاه و واحد تصویربرداری انجام می‌دهد .
۱۳. سوپروایزر بر تمامی مراحل فوق نظارت داشته و در صورت نیاز به نیرو و تجهیزات، هماهنگی لازم را انجام می‌دهد. عملکرد نیروها نیز توسط سرپرستار به‌طور مستمر چک می‌گردد.
۱۴. گزارش بیماران بدحال و اورژانسی در دفتر گزارش سوپروایزری ثبت می‌شود.
۱۵. در صورت حضور اعضای کد ۹۹ یا پزشک مربوطه بر بالین بیمار، وسایل حفاظت فردی توسط بخش در اختیار ایشان قرار می‌گیرد.

نحوه نظارت :

کنترل مستندات و پرونده‌های بیماران بدحال، مصاحبه با پرسنل، بررسی آمارهای فعال شدن کدهای احیا و ارزیابی زمان حضور پزشکان بر بالین بیمار.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		خط مشی مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۳		ب - ۲ - ۱		مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟)		بیانیه	
ارتقای سطح ایمنی بیماران، شناسایی و مدیریت فوری وضعیت‌های تهدیدکننده حیات، ارزیابی دقیق روند بهبودی و پاسخ‌دهی به درمان از طریق مانیتورینگ مداوم.		کلیه بخش‌های ویژه بیمارستان و بیماران با شرایط حاد در سایر بخش‌های بستری		بیمارستان به منظور اثربخشی و ارتقا سطح خدمات مراقبتی، بیماران با وضعیت‌های حاد و بحرانی را تحت مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم قرار می‌دهد.	
تعاریف واژگان					
۱. مراقبت حاد: مراقبت‌های مورد نیاز بیمارانی است که بصورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی بروز می‌نماید . ۲. مراقبت بحرانی: مراقبت‌هایی است که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت‌های تهدیدکننده حیات، با ارائه حمایت‌های تخصصی پیشرفته و مانیتورینگ صورت می‌پذیرد . ۳. مراقبت فیزیولوژیک: بررسی مداوم و برنامه‌ریزی شده بیمار از نظر علائم حیاتی (فشار خون، تعداد تنفس، ضربان قلب، سطح اکسیژن خون، سطح هوشیاری، کنترل خونریزی و عملکرد سیستم‌ها) .					
فرد پاسخگو		ذینفعان		صاحبان فرآیند	
مدیر خدمات پرستاری		بیماران با وضعیت‌های حاد و بحرانی		کادر پرستاری، کادر مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران بالینی	
		کتاب استانداردهای خدمات پرستاری، کتاب جامع راهنمای اعتباربخشی، دستگاه مانیتورینگ، ترالی احیاء، گلوکومتر، تجهیزات پانسمان و مراقبت، وسایل حفاظت فردی / کادر پزشکی، پرستاری، مامایی و خدمات			

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. بعد از شناسایی بیمار با شرایط حاد پرستار به ترتیب زیر عمل می کند .
۲. سطح هوشیاری بیمار با مقیاس های استاندارد (گلاسکو، FOUR، AVPU) تعیین و سیستم های قلبی-عروقی، تنفسی پایش می شود.
۳. جهت مانیتورینگ قلبی، لیدهای سینه ای در محل صحیح متصل شده و لید ۲ برای ریت دقیق ریتم انتخاب می شود؛ در صورت ناواضح بودن، اتصال مجدد چک می گردد.
۴. برای چک اشباع اکسیژن (SpO₂)، پروب پالس اکسی متر به انگشت تمیز، گرم و فاقد لاک بیمار متصل می شود.
۵. برای اندازه گیری فشار خون، اطمینان حاصل می شود که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته و حداقل ۵ دقیقه استراحت کرده است؛ کاف متناسب با سن انتخاب، دو سوم طول بازو را پوشانده و بازو در سطح قلب قرار می گیرد.
۶. جهت شمارش نبض، نبض مچ دست (رادیاال) به مدت ۱۵ ثانیه شمرده و ضربدر ۴ می شود؛ تعداد تنفس نیز در همان وضعیت و بدون آگاه سازی بیمار، در یک دقیقه شمارش می گردد.
۷. در صورت بروز تغییر در علائم حیاتی یا قلبی، بلافاصله به پزشک اطلاع داده شده و دستورات دریافتی اجرا می شود.
۸. ترالی احیاء باید همواره بالای سر بیمار آماده و در دسترس باشد.
۹. در موارد بحرانی؛ برای خونریزی اقدامات کنترل خونریزی، برای درد شدید کنترل درد، برای کاهش اکسیژن اکسیژن رسانی مناسب و در صورت کاهش شدید سطح هوشیاری، اقدام به اینتوباسیون انجام می شود.
۱۰. در بیماران ترومایی که علائم گارد شکمی دارند، سونوگرافی FAST انجام می شود.
۱۱. چنانچه شک به هیپوگلیسمی وجود داشته باشد، طبق دستور پزشک قند خون با گلوکومتر چک می شود.
۱۲. کلیه پارامترها و تغییرات در برگ علائم حیاتی و پرونده ثبت و گزارش می شود.
۱۳. عملکرد تیم در بخش های حاد به صورت دوره ای توسط تیم مدیریت و رهبری پایش و در صورت نیاز مداخله اصلاحی انجام می گردد.

نحوه نظارت :

کنترل مستندات و پرونده های بیماران، مصاحبه با پرسنل، بررسی عملکرد در زمان های بحرانی

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		خط مشی فراهم نمودن شرایطی جهت گیرنده خدمت در حال احتضار و متوفی	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۲		ج - ۱ - ۷		تسهیلات لازم برای انجام فرایض مذهبی و فرصت دیدار برای خانواده بیمار با رعایت اصول پزشکی فراهم می شود.	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا؟، برای چه کسانی؟)		بیانیه	
حفظ شأن، منزلت و احترام بیماران محتضر، تسکین درد و رنج، پاسخ‌دهی به نیازهای معنوی، مذهبی، روانی و عاطفی بیمار و بستگان، و سروسامان دادن به امور متوفی پس از فوت بر اساس ضوابط قانونی.		کلیه بخش‌های بستری و اورژانس بیمارستان		بیمارستان به منظور رعایت منشور حقوق بیمار، به گیرندگان خدمت در مراحل پایانی زندگی مراقبت‌های محترمانه، توأم با مهربانی، همدردی و دلسوزی ارائه داده و پس از فوت نیز تمامی مراحل قانونی و تکریم متوفی را به طور کامل اجرا می‌نماید.	
تعاریف واژگان					
بیمار در حال احتضار (محتضر): بیمار در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری او غیرقابل برگشت بوده و مرگ وی قریب‌الوقوع می‌باشد. مراقبت تسکینی پایان حیات: خدماتی با هدف کاهش درد و رنج بیمار و توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار.					
فرد پاسخگو		ذینفعان		صاحبان فرآیند	
مدیر خدمات پرستاری		بیماران در حال احتضار و خانواده‌های آنان .		کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران بالینی، واحد مددکاری، امور مالی .	
		پرونده بالینی بیمار، فرم‌های صورت‌جلسه تحویل وسایل، پرونده حسابداری و فرم‌های جواز دفن. / پزشک معالج، کادر پرستاری و مامایی، سوپروایزر، خدمات، مددکار اجتماعی، پرسنل حسابداری و واحد نگهبانی.			

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

اقدامات قبل از فوت (مراحل احتضار) :

۱. تمامی کارکنان با آگاهی از نیازهای خاص بیماران محتضر، مراقبت‌های محترمانه و دلسوزانه ارائه می‌دهند که شامل مهار درد، کنترل علائم اولیه و ثانویه و پیشگیری از بروز علائم آزاردهنده تا جای ممکن است.
۲. بیمارستان شرایطی فراهم می‌سازد که بیمار محتضر در آخرین لحظات زندگی خود از مصاحبت، همراهی و ملاقات با افرادی که مایل به دیدارشان است، برخوردار شود.
۳. کادر درمان به دغدغه‌های روانی، اجتماعی، عاطفی، مذهبی و فرهنگی بیمار و خانواده‌اش توجه نموده و در صورت لزوم بستر حمایت‌های معنوی را فراهم می‌کنند. خانواده بیمار نیز در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت و تسکین بیمار مشارکت داده می‌شوند.

اقدامات پس از فوت بیمار:

۴. فوت بیمار توسط پزشک تأیید و ساعت و علت آن به طور دقیق در پرونده بالینی ثبت می‌گردد.
۵. آخرین نوار قلب خط‌دار و مستقیم (ایزوالکتریک) پس از عملیات احیا و ختم CPR توسط پزشک معالج از متوفی گرفته شده و ضمیمه پرونده می‌شود.
۶. سرپرستار بخش بلافاصله خبر فوت را به نزدیک‌ترین همراه تاییدشده بیمار اطلاع می‌دهد.
۷. سرپرستار به خدمات جهت آماده‌سازی و شست‌وشوی اولیه بدنی و بستن منافذ متوفی طبق دستورالعمل ترخیص متوفی اطلاع می‌دهد.
۸. سرپرستار تمام لباس‌ها، جواهرات، پول و آلات زینتی متوفی را با دقت صورت‌جلسه کرده و به همراهی تاییدشده تحویل می‌دهد؛ (در صورت نبود همراه، این وسایل پس از تنظیم صورت‌جلسه رسمی به واحد نگهداری تحویل داده می‌شود).
۹. پرونده بالینی بیمار توسط پرستار مسئول بسته شده، گزارش پرستاری تکمیل می‌گردد و جواز دفن صادر شده به آن الصاق می‌شود.
۱۰. متوفی با رعایت احترام کامل توسط نیروهای خدمات به سردخانه بیمارستان منتقل می‌شود.
۱۱. برای مرگ‌های زیر ۲۴ ساعت بستری، هماهنگی با پزشکی قانونی جهت صدور جواز دفن انجام می‌شود و برای بالای ۲۴ ساعت، جواز دفن توسط پزشک معالج صادر می‌گردد.
۱۲. پرونده جهت تسویه حساب مالی توسط خدمات به واحد حسابداری ارجاع داده می‌شود.
۱۳. پس از تسویه، دو برگ از جواز دفن و برگه تسویه حساب به همراهی بیمار جهت اقدامات بعدی تحویل داده می‌شود.

نحوه نظارت :

کنترل مستندات پرونده بیماران فوتی، پایش فرم‌های رضایت و جواز دفن، مصاحبه با پرسنل و خانواده بیماران.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
دبیر کمیته اخلاق بالینی (خانم دکتر مسعودی) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۴		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		خط مشی اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار
سنگه		استاندارد		عنوان سنگه
۵		ج - ۱ - ۱		قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اطلاعات لازم در اختیار بیمار / ولی قانونی قرار میگیرد و رضایت آگاهانه اخذ میشود .
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا؟ ، برای چه کسانی؟)		بیانیه
رعایت حقوق قانونی و اخلاقی بیمار، ارتقای ایمنی بیمار، ایجاد شفافیت در ارائه خدمات و کاهش خطاهای احتمالی ناشی از عدم آگاهی بیمار نسبت به پروسیجرهای درمانی.		کلیه بخش های بستری، اتاق عمل، اورژانس و واحدهای پاراکلینیکی		بیمارستان متعهد است پیش از هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی تهاجمی، با رعایت اصول اخلاق پزشکی و قوانین جاری کشور، نسبت به اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیمار یا ولی قانونی او اقدام نماید.
تعاریف واژگان				
رضایت نامه آگاهانه: فرایندی است که طی آن بیمار پس از دریافت اطلاعات کافی درباره ماهیت اقدام درمانی، منافع، عوارض احتمالی و جایگزین های آن، با اختیار کامل و در سلامت عقل، برای انجام آن اعلام موافقت کتبی می نماید.				
فرد پاسخگو	ذینفعان	منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز	صاحبان فرآیند	
مدیر خدمات پرستاری (مترون) و مسئول فنی بیمارستان	بیماران، ولی قانونی بیمار، کادر درمان	فرم های استاندارد رضایت نامه ، دستورالعمل های قانونی ، پرونده بالینی بیمار. / کادر پزشکی، کادر پرستاری و مامایی، مسئولین پذیرش و ترخیص .	کادر پزشکی (پزشک معالج)، کادر پرستاری و مامایی	

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. اخذ رضایت نامه آگاهانه برای کلیه اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی-درمانی تهاجمی الزامی است.

۲. پزشک معالج موظف است پیش از هرگونه اقدام تهاجمی، ماهیت پروسیجر، منافع، عوارض جانبی و خطرات احتمالی را به طور کامل و به زبان قابل فهم برای بیمار توضیح دهد.

۳. امضای رضایت نامه توسط بیمار باید در حضور و با نظارت پرستار انجام شود تا اطمینان حاصل گردد که فرایند به درستی طی شده است.

۴. در وضعیت های تهدیدکننده حیات بیمار و مواردی که بیمار دارای اختلال هوشیاری است و دسترسی به ولی قانونی ممکن نیست، اخذ رضایت نامه الزامی نمی باشد و اقدامات لازم برای نجات جان بیمار طبق پروتکل های اورژانسی انجام می گردد.

۵. در موارد خاص قانونی از جمله توبکتومی، سقط جنین درمانی و موارد مشابه، رضایت نامه مطابق با دستورالعمل های قانونی، موازین شرعی و در صورت نیاز با دستور قضایی اخذ می گردد.

۶. در مواردی که انجام اقدامات درمانی مربوط به منافع همسر می باشد (مانند توبکتومی)، اخذ رضایت کتبی از همسر نیز الزامی است.

۷. تمامی رضایت نامه ها باید پس از امضا در پرونده بالینی بیمار ثبت گردد.

نحوه نظارت :

بررسی پرونده های پزشکی ، بررسی چک لیست های قبل از عمل و کنترل تکمیل بودن فرم های رضایت نامه .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		خط مشی مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۸		الف - ۱-۶		مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت، برنامه ریزی و اجرا می شود .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟)		بیانیه	
استقرار سیستم مدیریت خطر پیشگیرانه، شناسایی نقایص سیستمی، کاهش خطاهای پزشکی و حوادث ناخواسته، ارتقای نرخ گزارش دهی داوطلبانه، یادگیری از خطاها و پیشگیری از تکرار حوادث مشابه جهت ارتقای سطح ایمنی بیمار.		کلیه بخش های بالینی، پاراکلینیکی، اداری، پشتیبانی و تمامی واحدهای تابعه بیمارستان .		مدیریت بیمارستان متعهد است با ایجاد بستری ایمن، سیستماتیک و ترویج فرهنگ «بدون سرزنش و پاسخگو»، از طریق شناسایی پیشگیرانه مخاطرات، آنالیز دقیق رخدادها، یادگیری مستمر از خطاها و اعمال مداخله های اصلاحی، از وقوع حوادث ناخواسته پیشگیری نموده و ایمنی بیماران و کارکنان را تضمین نماید.	
تعاریف واژگان					
وقایع ناخواسته (Adverse Events): رویدادهایی که در فرآیند مراقبت و درمان رخ داده و منجر به آسیب به بیمار می شوند. موارد نزدیک به خطا (Near Miss): خطاها یا رخدادهایی که پتانسیل ایجاد آسیب را داشته اند اما به دلیل شانس، هوشیاری پرسنل یا مداخلات به موقع، به بیمار آسیب نرسانده اند. تحلیل ریشه ای وقایع (RCA): یک تکنیک سیستماتیک و گذشته نگر برای درک علت وقوع یک حادثه که فراتر از تمرکز بر افراد، علل زمینه ای و محیطی وقوع حادثه را بررسی می کند.					
صاحبان فرآیند		منابع ، امکانات و کارکنان مورد نیاز		ذینفعان	
ریاست بیمارستان مدیریت داخلی ، مدیریت پرستاری ، واحد بهبود		سیستم رایانه ای آنلاین ثبت خطاها و حوادث، پروتکل ها و راهنماهای بالینی (گایدلاین ها)، چک لیست های ایمنی، و امکانات آموزشی		بیماران و همراهان آن ها، کادر درمان (پزشکان، پرستاران،	
فرد پاسخگو				ریاست بیمارستان ، مدیریت پرستاری ، مسئول ایمنی بیمار ،	

کیفیت و ایمنی بیمار ، و مسئولین بخش‌ها، سوپروایزران، و پزشکان.	برای توانمندسازی پرسنل و بیماران. / مسئول بهبود کیفیت ، کارشناس ایمنی بیمار، سوپروایزر آموزشی و بالینی ، سرپرستاران بخش‌ها، پزشکانو کلیه کادر درمان و پشتیبانی بیمارستان.	پیراپزشکان)، پرسنل اداری و پشتیبانی، ریاست بیمارستان .	مسئولین بخش ها ، واحد ها و مسئول بهبود کیفیت .
--	---	--	--

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

مرحله اول (ایجاد زمینه مناسب):

تعیین ساختار و چگونگی مدیریت خطرات با در نظر گرفتن مسائل اقتصادی، سیاسی، قانونی و نیازهای ذینفعان مختلف جهت پاسخگویی مناسب به این نیازها

مرحله دوم (شناسایی ریسک):

شناسایی خطرات احتمالی حین اجرای وظایف شغلی با بررسی فرآیندها، فعالیت‌ها، نقش افراد و شرح وظایف آن‌ها. در این مرحله لیست خطرات تهیه شده و به احتمال و شدت وقوع آن‌ها توجه می‌شود. رویکرد معمول نباید صرفاً پس از وقوع حادثه (مانند عوارض دارویی یا خسارات مالی) باشد؛ چرا که توجه تک‌بعدی به فراوانی یا شدت خطا، منجر به تخمین کمتر یا بیشتر از حد واقعی خطر می‌شود. خطرات باید بلافاصله پس از شناسایی مدیریت شوند.

مرحله سوم (آنالیز خطر) :

آنالیز خطرات پس از شناسایی با هدف کاهش آن‌ها (حتی در صورت عدم امکان حذف کامل). در آنالیز باید احتمال و شدت خطر سنجیده شود؛ خطرات نادر ولی جدی (مثل دیسکرازی خونی ناشی از دارو) در کنار خطرات شایع ولی خفیف (مثل واکنش آلرژیک پوستی) قرار می‌گیرند. فاکتورهای مورد نیاز در آنالیز شامل: احتمال رخداد، هزینه حادثه در صورت وقوع (مادی و غیرمادی)، در دسترس بودن روش‌های کاهش احتمال رخداد، و هزینه راه حل‌های موجود جهت کاهش خطر می‌باشد .

مرحله چهارم (برخورد با خطر) :

تصمیم‌گیری برای مقابله با خطرات بالینی بر اساس هزینه مالی مقابله در برابر هزینه بالقوه جبران خطر انجام می‌شود. شیوه‌های متعدد برخورد عبارتند از :

الف : کنترل خطر : برداشتن گام‌های پیشگیرانه جهت حداقل‌سازی احتمال بروز از طریق راهنماهای بالینی و پروتکل‌ها (مانند گایدلاین پیشگیری از ترومبوز پیش از جراحی جهت کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه) .

ب : پذیرش خطر : شناخت خطر و پیش‌بینی اقدام جایگزین در مواردی که خطر غیرقابل اجتناب است (مانند خرابی پمپ انفوزیون و تدارک دستگاه پشتیبان)

ج : اجتناب از خطر: پیشگیری از خطر با فهم علل و عملکرد مناسب (مانند تمایز آشکار در بسته بندی داروهای مشابه مثل سرم کلرید پتاسیم ۱۵٪ و آب مقطر جهت جلوگیری از اشتباه)

د: کاهش و یا به حداقل رساندن خطر :محدود کردن عوارض بالقوه در صورت عدم امکان حذف خطر از طریق آموزش کادر درمان و بیماران و اجرای پروتکل‌ها (مانند آموزش پزشکان و استفاده از گایدلاین برای کاهش تجویز داروی نامناسب).

ه: انتقال خطر :جابجایی خطر به موقعیت دیگر مانند ارجاع بیماران پرخطر به مراکز تخصصی مجهزتر یا تحت پوشش بیمه قرار دادن خطرات .

مرحله پنجم (ارزیابی مدیریت خطر) :

ارزشیابی دوره‌ای اثربخشی روش‌های شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر. در این مرحله ممیزی بالینی جهت پایش استانداردهای درمانی ضروری است. همچنین ایجاد محیطی با حداقل سرزنش (Low blame) برای بیان صادقانه نظرات پرسنل و ارائه پیشنهاد برای کاهش خطر الزامی است. تمام

مراحل باید در سازمان اطلاع‌رسانی شده و به یادگیری منجر شود. نیازهای اساسی این بخش شامل: رهبری متعهد به ایمنی، خط مشی واضح، محیط سازمان‌یافته و پاسخگو بدون سرزنش، منابع کافی، و ارزشیابی مستمر است.

سیستم یادگیری و مدیریت خطاها :

۱. کلیات طرح : گزارش‌دهی هیچ عواقبی برای گزارش‌دهنده ندارد. تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا (Near miss) باید گزارش شوند و از توصیه‌های اصلاحی فیدبک گرفته شود
 ۲. جمع‌آوری داده : تهیه فرم‌های گزارش خطا و توزیع میان پرسنل علاقه‌مند، امکان تماس با گزارش‌دهنده جهت شفاف‌سازی با حفظ محرمانگی و هویت وی، تاکید بر توصیف دقیق مراحل رویداد، و استفاده از سیستم کامپیوتری آنلاین جهت تسهیل گزارش‌دهی
 ۳. مرحله تحلیلی : جمع‌آوری داده از تمامی افراد درگیر در حادثه، در نظر گرفتن کل سیستم در رخداد یک حادثه واحد، طبقه‌بندی حوادث بر اساس محل وقوع و نوع خطا، و شناسایی مشکلات شایع در بخش‌ها .
 ۴. مداخله : شناسایی نقص‌های زمینه‌ای سیستم با آنالیز کل خطاها، هدف‌گذاری محیط‌های مستعد خطا برای مطالعات بیشتر، پیگیری اقدامات اصلاحی جهت بررسی اثربخشی، تعیین استراتژی مداخله توسط تیم چندمنظوره، و ارائه توصیه به سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران
- ### روش اجرایی تحلیل ریشه‌ای وقایع (RCA) :
- به‌عنوان یک تکنیک گذشته‌نگر و چندمنظوره، سلسله مراتب حوادث را از زمان وقوع به عقب بررسی کرده تا علل واقعی و زمینه‌ای (سیستمی و محیطی) مشخص شوند. گام‌های زیر جهت مدیریت خطاهای پزشکی الزامی است:
۱. فرهنگ‌سازی و ایجاد عوامل مشوق سازمانی جهت گزارش‌دهی داوطلبانه یا اجباری و بدون نام (جهت جلوگیری از تخریب افراد) .
 ۲. شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی بویژه در بخش‌های پرخطر نظیر اورژانس .
 ۳. بررسی جداگانه موارد جدی آسیب و طراحی فرآیند رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) .
 ۴. تحلیل، طبقه‌بندی و خوانش مقطعی گزارشات جهت شناسایی عوامل کلیدی مسبب در ابعاد کاری و سیستمی .
 ۵. اقدام عملی جهت رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا .
 ۶. اندازه‌گیری مستمر میزان تاثیر راه‌حل‌های اعمال شده بر کاهش آسیب‌ها .

نحوه نظارت :

از طریق انجام بررسی های بالینی مستمر، پایش شاخص‌های ایمنی بیمار، بررسی دوره‌ای و منظم پرونده‌های پزشکی، پایش سیستم آنلاین گزارش‌دهی خطا، تحلیل داده‌های آماری شکایات و رضایت‌سنجی بیماران، و ارزیابی میزان اثربخشی راهکارهای مداخله‌ای اجرا شده.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی) مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد ایمنی بیمار (خانم فاطمی نژاد) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		خط‌مشی مهار فیزیکی	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵					
تعداد بازنگری : ۴					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۷		ب - ۱ - ۳		مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟)		بیانیه	
پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی، جلوگیری از آسیب بیمار به خود و دیگران، پیشگیری از سقوط، جلوگیری از خارج کردن یا کشیدن اتصالات و تجهیزات درمانی توسط بیمار، ارتقای کیفیت مراقبت، و تضمین اجرای ایمن و استاندارد مهار فیزیکی در صورت ضرورت.		کلیه بخش‌های تشخیصی، درمانی، بستری، اورژانس و سایر واحدهایی که بیماران نیازمند مراقبت و نظارت در آن‌ها بستری یا تحت درمان هستند.		بیمارستان متعهد است استفاده از مهار فیزیکی را صرفاً در شرایط ضروری، با دستور پزشک، بر اساس اصول ایمنی، حفظ کرامت انسانی، رعایت منشور حقوق بیمار و با حداقل محدودیت ممکن به‌کار گیرد تا از آسیب به بیمار، دیگران و خارج کردن تجهیزات و اتصالات درمانی پیشگیری شود.	
تعاریف واژگان					
مهار فیزیکی: هر روش یا وسیله‌ای که به‌طور موقت حرکات بیمار را برای حفظ ایمنی وی یا دیگران محدود نماید.					
اندیکاسیون مهار فیزیکی: شرایطی مانند رفتارهای تهاجمی، بی‌قراری شدید، اختلال سطح هوشیاری، خطر آسیب به خود یا دیگران، یا احتمال کشیدن اتصالات حیاتی درمانی.					
کنتراندیکاسیون مهار فیزیکی: استفاده برای تنبیه بیمار یا راحتی کارکنان، بیماران با وضعیت جسمی شدیداً وخیم مگر با مراقبت مستقیم و کافی، بیماران مبتلا به دلیریوم یا دمانس در صورت احتمال تشدید وضعیت، بیماران دارای وابستگی شدید دارویی یا مسمومیت شدید مگر با مراقبت مستقیم، مادران باردار در وضعیت خوابیده به پشت، و مهار عضو دارای اختلال حرکتی.					
صاحبان فرآیند		منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز		دینفعان	
ریاست بیمارستان ، مدیریت خدمات پرستاری ، کلیه واحدهای تشخیصی و درمانی، سرپرستاران و مسئولین شیفت		دستور کتبی پزشک، پرونده و کاردکس بیمار، فرم رضایت آگاهانه، فرم ثبت وقایع و حوادث، گزارش پرستاری، وسایل استاندارد مهار فیزیکی شامل دست‌بند و پابند ایمن، تخت استاندارد با حفاظ سالم،		بیماران، همراهان بیمار، کارکنان پرستاری، پزشکان، خدمات ، انتظامات،	
				مدیر خدمات پرستاری، ریاست بیمارستان ، سرپرستار بخش و پرستار مسئول بیمار	

مدیریت بیمارستان، واحد ایمنی بیمار و واحد بهبود کیفیت	تجهیزات پایش علائم حیاتی، امکانات مانیتورینگ بیمار، نیروی کمکی آموزش دیده، و محیط ایمن برای نگهداری بیمار و وسایل بالقوه خطرزا / پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار، سرپرستار، خدمات، نگهبان.
---	--

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی؟)

۱. بیمار توسط پزشک و پرستار از نظر تحریک پذیری شدید، رفتار تهاجمی، بی قراری، اختلال هوشیاری یا احتمال خارج کردن اتصالات درمانی ارزیابی می شود.
۲. مهار فیزیکی فقط با دستور کتبی پزشک معالج انجام می شود و ثبت نوع مهار، علت، اندام های مورد نظر و مدت زمان مهار در پرونده الزامی است. (دستور PRN برای مهار فیزیکی ممنوع بوده و تمدید یا تکرار آن مستلزم دستور مجدد پزشک است.)
۳. پزشک و پرستار علت مهار، روش انجام، عوارض احتمالی و در صورت امکان راهکارهای جایگزین را به بیمار هوشیار و همراهان وی توضیح می دهند و رضایت آگاهانه اخذ می شود.
۴. پرستار پس از کنترل دستور پزشک، موضوع را در کاردکس ثبت کرده و وسایل لازم با نظارت وی آماده می شود.
۵. مهار فیزیکی با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت و با کمک تیم مربوطه انجام می گردد.
۶. در انجام مهار، ایمن ترین روش استاندارد استفاده می شود و حتی الامکان مهار سه نقطه ای انجام می شود به طوری که یک اندام به صورت متناوب آزاد باشد.
۷. بیمار در وضعیت مناسب قرار می گیرد و در حالت معمول سر بیمار ۳۰ تا ۴۵ درجه بالاتر از بدن قرار داده می شود. (در مادران باردار مهار در وضعیت خوابیده به پشت ممنوع است و در بیمارانی که اندامی دچار اختلال حرکتی است، مهار عضو مبتلا ممنوع می باشد.)
۸. پرستار قبل و حین مهار، وضعیت جسمی و روانی بیمار را به طور مستمر ارزیابی و ثبت می کند.
۹. در طول مهار، گردش خون اندام ها، وضعیت عصبی، پوست، انتهای اندام ها، راه هوایی، خطر آسپیراسیون، علائم حیاتی و سایر آسیب های احتمالی به طور منظم کنترل می شود و حداقل هر ۱۵ دقیقه پایش های لازم انجام می گیرد.
۱۰. هر ۲ ساعت امکان حرکت مفاصل، بررسی نیازهای فیزیولوژیک شامل تغذیه، دفع، بهداشت و حفظ آسایش بیمار فراهم می شود.
۱۱. پرستار از سالم بودن حفاظ تخت و بالا بودن آن در بیمار بی قرار اطمینان حاصل می کند، حریم خصوصی بیمار را حفظ نموده و ارتباط کلامی مناسب با بیمار برقرار می سازد.
۱۲. وسایل بالقوه خطرناک از دسترس بیمار خارج و در محیطی امن نگهداری می شود.
۱۳. در صورت نیاز به باز کردن موقت مهار برای رفع نیازهای شخصی، این کار فقط با اجازه پزشک و تحت نظارت پرستار انجام می شود.
۱۴. مهار فیزیکی باید در کوتاه ترین زمان ممکن و به محض رفع اندیکاسیون، با هماهنگی و نظر پزشک قطع گردد.
۱۵. در صورت عدم حضور پزشک معالج، ثبت و پیگیری دستورات تلفنی و شفاهی مطابق خط مشی مربوطه انجام می شود.
۱۶. کلیه اقدامات شامل زمان شروع، زمان خاتمه، علت مهار، نوع مهار، اندام های مهار شده، کارکنان دخیل، مراقبت های انجام شده، وضعیت بالینی و رفتاری بیمار، اقدامات درمانی و دارویی، عوارض احتمالی و پاسخ بیمار در گزارش پرستاری ثبت می گردد.
۱۷. در صورت بروز هرگونه آسیب یا واقعه ناخواسته برای بیمار یا کارکنان، موضوع در فرم ثبت وقایع و حوادث مستند شده و به دفتر پرستاری، کارشناس ایمنی بیمار یا سوپروایزر کشیک گزارش می شود.
۱۸. در تحویل شیفت، وضعیت بیمار مهار شده به صورت کامل، حضوری و بالینی به پرستار شیفت بعد منتقل می شود.

نحوه نظارت :

نظارت بر اجرای صحیح مهار فیزیکی توسط سرپرستار یا مسئول شیفت انجام می شود. کنترل صحت دستور پزشک، بررسی ثبت کامل در پرونده و گزارش پرستاری، پایش وضعیت بیمار در حین مهار، بررسی رعایت فاصله های زمانی پایش، ارزیابی بروز عوارض، بررسی گزارش وقایع ناخواسته .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۴	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	خط‌مشی مهار شیمیایی
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۶	ب - ۱ - ۳	مهارشیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود .
هدف (چرایی؟)	دامنه (کجا؟، برای چه کسانی؟)	بیانیه
پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی، جلوگیری از آسیب بیمار به خود و دیگران، کاهش خطر سقوط، جلوگیری از خارج کردن یا کشیدن اتصالات و تجهیزات درمانی توسط بیمار، کنترل بی‌قراری شدید، افزایش ایمنی بیمار و کارکنان، و ارائه مراقبت ایمن و استاندارد.	کلیه بخش‌های تشخیصی، درمانی، بستری، اورژانس، مراقبت ویژه و سایر واحدهایی که بیماران نیازمند آرام‌سازی و کنترل رفتارهای پرخطر در آن‌ها تحت مراقبت قرار می‌گیرند.	بیمارستان متعهد است به منظور حفظ ایمنی بیمار، پیشگیری از آسیب به خود و دیگران و کنترل رفتارهای پرخطر، مهار شیمیایی را صرفاً در موارد ضروری، با صلاحدید و دستور پزشک، با رعایت اصول ایمنی دارویی، حفظ حریم خصوصی بیمار و در کوتاه‌ترین زمان ممکن انجام دهد.
تعاریف واژگان		
مهار شیمیایی: نوعی از مهار در بیماران بی‌قرار و نیازمند آرام‌سازی است که در آن از داروهای آرام‌بخش طبق دستور پزشک استفاده می‌شود. سداتیو: داروی آرام‌بخش مانند هالوپریدول، بی‌پریدین، پرومتازین، فنوباربیتال، میدازولام و سایر داروهای مشابه. سداسیون: استفاده از داروهای شیمیایی جهت آرام‌سازی و کنترل بی‌قراری بیمار با هدف افزایش ایمنی. اندیکاسیون مهار شیمیایی: بیماران با اختلال هوشیاری و بی‌قراری با نظر پزشک، بیماران بی‌قرار تحت تهویه مکانیکی، بیماران با رفتار تهاجمی، رفتارهای خطرناک برای خود و دیگران، رفتارهای فیزیکی یا کلامی تهدیدکننده در بیماران روان‌پزشکی، و در نوزادان مشکوک به سندرم محرومیت پس از عدم پاسخ به تمهیدات حمایتی. کنتراندیکاسیون مهار شیمیایی: حساسیت شناخته‌شده به داروهای آرام‌بخش، وجود تداخلات دارویی مهم، منع مصرف از نظر پزشک معالج و شرایطی که استفاده از دارو موجب افزایش خطر برای بیمار شود.		

صاحبان فرآیند	منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز	ذینفعان	فرد پاسخگو
ریاست بیمارستان ، مدیریت خدمات پرستاری ، کلیه واحدهای تشخیصی و درمانی، سرپرستاران و مسئولین شیفت	پرونده بیمار، کاردکس دارویی، دستور کتبی پزشک، داروهای آرام بخش مجاز، تجهیزات پایش علائم حیاتی، امکانات مانیتورینگ مداوم، وسایل ایمنی جهت پیشگیری از سقوط، فرم گزارش پرستاری، فرم ثبت حوادث و وقایع ناخواسته ، محیط آرام و ایمن، و امکانات لازم جهت کاهش عوامل تحریک کننده بیمار / پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار، سرپرستار، مسئول شیفت، سوپروایزر، کارکنان بالینی بخش، نیروی خدمات .	بیماران، همراهان بیمار، کارکنان پرستاری، پزشکان، خدمات ، انتظامات، مدیریت بیمارستان، واحد ایمنی بیمار و واحد بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری، ریاست بیمارستان ، سرپرستار بخش و پرستار مسئول بیمار

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. بیمار توسط پرستار و پزشک از نظر علت بی قراری، اختلال هوشیاری، رفتار تهاجمی، رفتارهای تهدیدکننده، خطر آسیب به خود یا دیگران و احتمال خارج کردن اتصالات درمانی ارزیابی می شود.
۲. پیش از تصمیم به مهار شیمیایی، مداخلات غیر دارویی مانند تسکین درد، ایجاد محیط آرام، کاهش عوامل تحریک کننده، بررسی اتصالات از نظر تاخوردگی یا کشیدگی، رفع نیازهای اولیه بیمار و سایر اقدامات حمایتی انجام و در گزارش پرستاری ثبت می شود.
۳. پزشک پرونده بیمار را از نظر سوابق دارویی، حساسیت های شناخته شده، تداخلات دارویی و شرایط بالینی بررسی می کند تا مناسب ترین دارو با کمترین عارضه و تداخل برای بیمار انتخاب شود.
۴. دستور مهار شیمیایی فقط توسط پزشک صادر و در پرونده ثبت می شود و باید شامل نوع دارو، دوز دارو، روش تجویز، علت تجویز و مدت زمان مهار باشد.
۵. پرستار مسئول بیمار دستور پزشک را بررسی کرده و دارو را صرفاً بر اساس دستور پزشک و با رعایت کامل اصول ایمنی دارودهی آماده و اجرا می نماید.
۶. استفاده از دستور PRN برای مهار شیمیایی ممنوع است و تکرار مهار شیمیایی فقط با دستور مجدد پزشک امکان پذیر می باشد.
۷. با توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی، حداکثر دفعات استفاده در روز باید کنترل شود و توصیه می گردد با کاهش عوامل تحریک کننده، نیاز به مهار شیمیایی به حداقل برسد.
۸. پرستار قبل، حین و پس از شروع مهار شیمیایی، شرایط بالینی بیمار، سطح هوشیاری، علائم حیاتی، وضعیت تنفسی، پاسخ به درمان و عوارض احتمالی دارو را به صورت مستمر پایش و در گزارش پرستاری ثبت می کند.
۹. پرستار باید عوارض احتمالی داروهای تجویز شده را بداند و پس از اجرای مهار شیمیایی بیمار را از نظر بروز عوارض دارویی، افت سطح هوشیاری، اختلال تنفسی، افت فشار خون، واکنش حساسیتی، آسیب های حاد و زخم فشاری بررسی نماید.
۱۰. در حین مهار شیمیایی، بیمار تحت مانیتورینگ مداوم قرار گرفته و تمهیدات ایمنی لازم جهت پیشگیری از سقوط، آسیب به بیمار و آسیب به دیگران برقرار می شود.
۱۱. پرستار ضمن حفظ حریم خصوصی بیمار، وسایل بالقوه تهدیدکننده را از دسترس بیمار خارج کرده و تا زمانی که بیمار کنترل خود را به دست آورد، وی را در محیطی امن و تحت مراقبت قرار می دهد.
۱۲. در صورت بروز هرگونه عارضه یا واقعه ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی، پرستار موضوع را سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده، طبق دستور اقدام نموده و کلیه موارد را در گزارش پرستاری و فرم های مربوطه ثبت می کند.

۱۳. مهار شیمیایی باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن و طبق دستور پزشک قطع شود و از استفاده بی‌رویه از این روش خودداری گردد .
۱۴. کلیه اقدامات شامل علت مهار، مداخلات انجام‌شده قبل از مهار، نوع دارو، دوز، زمان شروع، پاسخ بیمار، پایش‌های انجام‌شده، عوارض احتمالی، زمان خاتمه و اقدامات بعدی باید در پرونده و گزارش پرستاری ثبت شود .

نحوه نظارت :

نظارت بر اجرای مهار شیمیایی از طریق بررسی وجود دستور پزشک، کنترل ثبت نوع دارو، دوز، مدت زمان و علت مهار در پرونده، پایش رعایت اصول ایمنی دارودهی، کنترل ثبت ارزیابی‌های قبل، حین و پس از مهار در گزارش پرستاری، بررسی عوارض و وقایع ناخواسته، پایش محدودیت دفعات استفاده، ممیزی پرونده‌ها، گزارش‌دهی به پزشک معالج، سوپروایزر و دفتر پرستاری .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)