



# آشنایی با مفهوم Never Event و تحلیل علل ریشه ای

زیر نظر: دکتر رضا زندی - معاون درمان دانشگاه

دکتر خدیجه مال میر - مدیر نظارت و اعتباربخشی دانشگاه

تنظیم و ارائه: دکتر شیدا وحیدی

کارشناس وقایع ناخواسته درمانی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

In The Name of ALLAH,

# رویداد هرگز (Never Event)

مرگ

آسیب جدی و قابل پیشگیری



یک رویداد هرگز بعنوان پرچم قرمزی است که فرآیند های سازمان در اجرای بخشنامه ها و دستورالعمل های ملی ضعیف عمل کرده است.

راهی برای پرداختن به نگرانی های مهم ایمنی بیمار در سازمان ها

ارتباطی با سیر طبیعی

بیماری ندارد

نشان دهنده‌ی وجود نقص  
جدی در پروتکل‌ها و نظام  
ایمنی بیمار مرکز

منجر به یکی از پیامدهای (مرگ، نقص  
عضو دائمی، آسیب جسمی یا روانی  
جبران‌ناپذیر)

خطایی کاملاً قابل پیشگیری  
در سیستم سلامت و معیاری  
برای ارزیابی عملکرد مراکز  
درمانی در حوزه ایمنی بیمار

نیازمند گزارش‌دهی فوری و بدون  
در نظر گرفتن ملاحظات سازمانی

Never event

## سوختگی (درجه دوم یا سوم)

کاهش هوشیاری و آسیب به سر

خونریزی داخلی

رگ به رگ شدن یا کشیدگی شدید

کاهش هوشیاری  
شکستگی و قطع عضو

پیامد جدی

# PATIENT SAFETY

S

Sense  
the error

F

Follow  
Safety  
Guideline

Act to  
prevent it

A

T

Take  
Appropriate  
Remedial  
Measure

Your  
Responsibility

Y

مثال	ویژگی‌ها	تعریف	نوع شاخص
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعداد و کیفیت تجهیزات استریل.</li> <li>- تعداد پرسنل متخصص و مجرب</li> <li>- میزان آموزش کارکنان درباره پروتکل‌های ایمنی و پیشگیری از وقایع ناخواسته.</li> <li>- وجود سامانه‌ای برای ثبت و تحلیل خطاهای پزشکی</li> <li>- وجود دستورالعمل و پروتکل های شفاف در ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- به امکانات و منابع فیزیکی و سازمانی اشاره دارند.</li> <li>- نشان‌دهنده قابلیت‌ها و ظرفیت‌های بیمارستان در جلوگیری از خطاها</li> </ul>	<p>شاخص‌هایی که به زیرساخت‌ها و منابع مورد نیاز برای ارائه خدمات مرتبط هستند</p>	<p>شاخص‌های زیرساختی</p>

مثال	ویژگی‌ها	تعریف	نوع شاخص
<ul style="list-style-type: none"> <li>- میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی</li> <li>- میزان رعایت شمارش گازها</li> <li>- میزان رعایت مارکه کردن محل جراحی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظارت بر عملکرد کارکنان و اجرای صحیح پروتکل‌های درمانی.</li> <li>- تمرکز بر کیفیت و ایمنی اجرای فرآیندها.</li> </ul>	<p>این شاخص‌ها به بررسی نحوه اجرای فرآیندها و رعایت دستورالعمل‌ها برای پیشگیری از خطاهای پزشکی و رخداد‌های ناخواسته می‌پردازند.</p>	<p>شاخص‌های فرآیندی</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- میزان رضایت بیمار</li> <li>- نرخ بقاء بیماران</li> <li>- نرخ سقوط</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تمرکز بر نتایج نهایی و تأثیرات آن‌ها دارد.</li> <li>- ارزیابی اثربخشی و موفقیت خدمات.</li> </ul>	<p>شاخص‌هایی که به نتایج و پیامدها و تأثیرات نهایی خدمات بر بیماران و جامعه اشاره دارند.</p>	<p>شاخص‌های پیامدی</p>



به اعمال یا رفتارهایی اطلاق می‌شود که از راهنماهای ایمنی ابلاغ شده یا بهترین شیوه‌ها تبعیت نمی‌کنند و یا راهنمایی وجود ندارد.



خطاها زمانی رخ می‌دهند که شکست یا انحراف از اقدام یا برنامه مورد نظر وجود داشته باشد



حوادثی که پتانسیل ایجاد آسیب را دارند اما قبل از اینکه منجر به پیامدهای نامطلوب شوند، به خیر می‌گذرد



منجر به آسیب به بیمار، کارکنان یا هر فرد دیگری می‌شود. از نظر شدت متفاوت



رویداد نامطلوب با بزرگی و شدت بسیار



مرگ یا آسیب جدی و قابل پیشگیری



Unsafe act

error

Near miss

Adverse event

Sentinel event

Never event

## انواع مسئولیت های حرفه ای

✓ **مسئولیت اخلاقی** مثل عدم توضیح عوارض احتمالی آرام بخش ها به بیمار یا همراهان پیش از اقدام

✓ **مسئولیت انتظامی یا حرفه ای** مثل کوتاهی در نظارت مستمر و مدیریت عوارض داروهای تزریقی

✓ **مسئولیت قانونی** مثل تأخیر در پاسخگویی به افت اکسیژن خون

### مسئولیت اخلاقی

✓ حفظ احترام به بیمار

✓ شفافیت و صداقت

✓ اولویت دادن به ایمنی بیمار

### مسئولیت انتظامی یا حرفه ای

✓ رعایت پروتکل ها و دستورالعمل ها

✓ گزارش دهی صحیح

✓ مشارکت در آموزش و بازآموزی

### مسئولیت قانونی

✓ رعایت قوانین و مقررات

✓ ثبت و مستندسازی

✓ حفظ حقوق بیمار

# قصور پزشکی



## تفاوت مسئولیت پذیری و پاسخگویی

تعریف

تمرکز

زمانبندی

دامنه

گزارش دهی

### مسئولیت پذیری

تعهد به وظایف

- ✓ درونی و اخلاقی
- ✓ قبل از رویداد
- ✓ پیشگیری و دقت
- ✓ غیررسمی

### پاسخگویی

الزام به توضیح عملکرد

- ✓ بیرونی و ساختاری
- ✓ بعد از رویداد
- ✓ پاسخ به پیامدها
- ✓ رسمی

تفاوت‌های کلیدی نسلی در سه محور سبک ارتباط و مدیریت خطر، آموزش و ادراک خطر، و نگرش به خطا

بازه زمانی شمسی (تقریبی)	نسل
۱۳۰۴-۱۳۲۴	نسل خاموش
۱۳۲۵-۱۳۴۳	بیبی بومرها
۱۳۴۴-۱۳۵۸	نسل X
۱۳۵۹-۱۳۷۳	نسل هزاره Y
۱۳۷۴-۱۳۹۱	نسل زد
۱۳۹۲-۱۴۰۴	نسل آلفا

ملاحظه کلیدی برای پیشگیری از Never Event	نسل‌های جدید (Y، Z، آلفا)	نسل‌های قدیمی (نسل خاموش، بیبی بومر)	محور مقایسه
طراحی سامانه‌های گزارش‌دهی با رویکرد نسلی و فضای غیرتنبیهی	بازخورد محور، شفاف‌طلب، گزارش‌دهی سریع خطا	تکیه بر سلسله‌مراتب، احترام به اقتدار، پرهیز از گزارش برای حفظ ساختار	۱. سبک ارتباطی و مدیریت خطر
تنوع روش‌های آموزشی متناسب با سبک یادگیری هر نسل	آموزش تعاملی، شبیه‌سازی و چندرسانه‌ای	یادگیری تجربی، آموزش رسمی کلاسیک	۲. آموزش و ادراک خطر
ارتقاء فرهنگ ایمنی با گفت‌وگوی بین‌نسلی و کاهش قضاوت	رویکرد سیستمی، تلقی خطا به عنوان فرصت یادگیری	تمایل به پنهان‌سازی	۳. نگرش به مسئولیت‌پذیری در خطا

# Never event History



رویدادهای قابل گزارش جدی



فهرست 2001  
فهرست 2006



وقایع ناخواسته  
درمانی

توسعه مستندات

اصلاحیه 1402  
کدهای 11، 15، 24 و 29

شیوهنامه نظارتی

تاریخ 1397

شیوهنامه نظارتی وقوع وقایع ناخواسته درمانی، مورخ ششم اسفند ماه ۱۳۹۷ به شماره ۵/۳۹۶۷۴/۴۰۰ توسط معاون درمان وقت معرفی و ابلاغ گردید. تمامی کادر درمانی باید از واژه‌ی "رویداد هرگز" به جای اصطلاحاتی مانند "حوادث نامطلوب"، "رویدادهای هشدار"، "رویداد جدی"، "رویداد ایمنی بیمار" و "رویداد با قابلیت گزارش جدی" استفاده نمایند.



۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی وینس... در بدن بیمار
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی ( کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا )
۶. تلقیح مصنوعی یا دهنده ( DONOR ) اشتباه در زوجین ناباور

• وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
  ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی
  ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
- وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:
۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
  ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد ( مثال: زندانیان بستری...)
  ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

• وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو ، زمان تزریق دارو،...
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

معاونت محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....

(سراسر کشور)

موضوع: ابلاغ شیوه نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی ( Never Events )  
(Never Events)

سلام علیکم

با احترام، با عنایت به پیشنهادات اصلاحی و موارد مطروحه در اجلاس اخیر معاونین محترم درمان مورخ ۹۶/۱۱/۱۷ و همایش کشوری مدیران ادارات نظارت بر درمان مورخ ۲۸ و ۲۹ بهمن ماه ۹۶ دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و پیرو ابلاغ شیوه نامه اجرایی واکنش سریع وقایع ناخواسته ( موضوع مکاتبه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷/د مورخ ۹۶/۰۵/۱۹ و شماره ۴۰۰/۳۴۷۳۸/د مورخ ۹۶/۱۰/۱۰ ) و بررسی های به عمل آمده مطابق با کمیته جهاتی ثبت خطا های پزشکی ( National Quality Forum ) ، به استحضار می رساند به جهت صیانت از حقوق گیرندگان خدمت و افزایش ایمنی بیمار و به منظور تسهیل در امر رصد و ثبت موارد ۲۸ گانه خطا های پزشکی (Never Event) مواردی که هرگز در مراکز درمانی نباید اتفاق بیافتد ( در کلیه موسسات پزشکی تشخیصی - درمانی اعم از بستری و سرپایی شامل بیمارستان ، مراکز جراحی محدود ، درمانگاههای عمومی و تخصصی ، مراکز تصویر برداری ، مطب ها و ... ، شیوه نامه مذکور و فرم گزارش دهی( پیوست) یا رویکرد نظارتی ، جهت اجرا و ابلاغ به مراکز درمانی تابعه ارسال می گردد.

• وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار ( مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و ...)

• **وظایف دانشگاه:**

۱. تعریف و تشکیل تیم های تخصصی نظارتی توسط معاونت درمان با نظارت مستقیم رییس دانشگاه / دانشکده جهت مداخله تخصصی در زمان بروز خطا های ۲۸ گانه پزشکی
۲. تعیین و معرفی مسوول فنی مراکز درمانی با عنوان "انکال وقایع ناخواسته" که تامبرده موظف به گزارش و پیگیری موارد مرتبط به معاونت درمان دانشگاه / دانشکده می باشد.
۳. رویکرد های مداخله ای مرتبط در زمان بروز رویداد:
  - \* اطلاع رسانی از سوی مرکز درمانی محل رویداد به معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه "بلافاصله و به محض وصول خبر"
  - \* بررسی اولیه موضوع و اطلاع رسانی خبر ( مطابق با فرم پیوست) توسط معاونت درمان دانشگاه / دانشکده "حداکثر ظرف مدت ۶ ساعت" از زمان وقوع به دفتر نظارت و اعتبار بخشی معاونت درمان وزارت متبوع از طریق شماره همراه مدیر انکال ۰۹۱۲۳۹۹۵۵۹۴ یا سامانه ۱۹۰
  - \* بررسی دقیق و کارشناسی موضوع توسط تیم اعزامی از سوی معاونت درمان با نظارت مستقیم رییس دانشگاه / دانشکده مربوطه "حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت" و در صورت نیاز و عدم حضور متخصص مرتبط با نوع رویداد ، استفاده از اساتید دانشگاه قطب
  - \* معاون درمان دانشگاه/دانشکده موظف است پس از تحلیل اولیه فرآیند های درمانی ، پرونده کلیه افراد دخیل در وقوع رویداد را با هدف بررسی احتمال قصور به مراجع ذیصلاح قانونی (دادسرای جرائم پزشکی، دادسرای انتظامی نظام پزشکی، هیات تخلفات اداری و اعضاء هیات علمی...) ارسال نماید و به منظور اصلاح فرآیند های درمانی و پیشگیری از تکرار موارد مشابه ، گزارش تحلیل ریشه ای رویداد (RCA) ، "حداکثر در بازه زمانی ۲ هفته" به دفتر نظارت و اعتبار بخشی وزارت متبوع اعلام گردد.

۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات ( مثال: به دنبال فیزیوتراپی ...)

• **وقایع مرتبط با محیط درمانی:**

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به

دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار ( اکسیژن با گاز های

دیگر...)

۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطلاق عمل (مانند:

سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال:گیر کردن اندام بیمار در

محافظ، خرابی محافظ...)

۲۴. سقوط بیمار ( مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری،

سقوط از پله ، ...)

• **وقایع جنایی:**

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی ( ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط

کادر درمان

\* قابل ذکر است در صورت بروز هرگونه بازتاب رسانه ای ، وظیفه اصلی پاسخ گویی و تنویر افکار عمومی به عهده دانشگاه/دانشکده مربوطه بوده و معاونت درمان دانشگاه/دانشکده با همکاری روابط عمومی در کوتاهترین زمان ممکن ، پاسخ اولیه مناسب به رسانه و دفتر نظارت و اعتباربخشی وزارت متبوع ارسال نماید.

\* گزارش موارد شبه حادثه **Near Miss** ( مثال: به علت درست مشخص نکردن محل عمل، احتمال داشت عمل جراحی در موضع اشتباه انجام شود ) نیز می تواند به عنوان سناریوی آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.

\* لازم به تاکید است که نظارت بر حسن اجرای شیوه نامه مذکور بر عهده آن مقام محترم بوده و در صورت بروز هرگونه نقص در زمینه گزارش و یا عدم گزارش و تاخیر در بررسی رویداد، موارد درتمدید پروانه های بهره برداری و تقاضای افزایش و توسعه بخش ها و تجهیزات موسسات و مراکز درمانی و نیز پایش درجه اعتبار بخشی لحاظ خواهد گردید.

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان





## موارد ناخواسته تهدیدکننده حیات در درمان بیماران

(29 Never Events)



### وقایع مرتبط با اعمال جراحی



- کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- کد ۲. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی بیمار دیگر
- کد ۳. انجام عمل جراحی یا روش اشتباه بر روی بیمار
- کد ۴. جا گذاشتن هر گونه Device اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن
- کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی

### وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی



- کد ۶. تلقیح مصنوعی یا دهنده (Donor) اشتباه در زوجین ناپارور
- کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

### وقایع مرتبط با مراقبت بیمار



- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱. فرار یا مفقود شدن بیماران نیازمند مراقبت امن و سطح بالا (مثل دمانس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی) که بیش از ۴ ساعت طول بکشد
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع، دوز، زمان دارو و ...
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی در پی واکنش همولیتیک به علت تزریق اشتباه در فرآورده های خونی

### وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی



- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷. زخم یستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات
- کد ۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

### وقایع مرتبط با محیط درمانی



- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد .
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار
- کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطلاق عمل
- کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
- کد ۲۴. سقوط بیمار منجر به فوت بیمار یا عارضه منجر به مداخله درمانی یا طولانی شدن زمان بستری

### وقایع جنایی



- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی، ضرب و شتم و ... وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

- ❖ در موارد فوق، فرم مربوطه بلافاصله تکمیل و در شیفت صبح به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود.
- ❖ سوپروایزر کشیک موظف به اطلاع رسانی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار می باشد.
- ❖ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار موظف است مراتب را بلافاصله به مسئول فنی مرکز و معاونت درمان دانشگاه گزارش کند.
- ❖ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات درمانی، محدود به ۲۹ کد دستورالعمل ایلاشی نیست و سایر موارد نیز باید بلافاصله گزارش شوند.

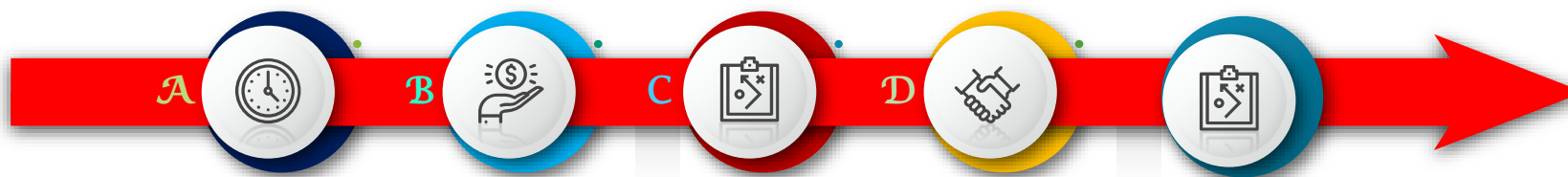
واحد ایمنی بیمار (پائیز ۱۴۰۲)



# قربانیان وقایع ناخواسته درمانی و اهم عوارض آنها

بیمار/خانواده وی:  
آسیب جسمانی و روانی  
آسیب اقتصادی  
افت کارآیی فردی

سازمان درگیر واقعه:  
انگ اجتماعی  
مشکلات اقتصادی  
افت کارآیی



ارائه دهنده خدمات:  
اختلالات جسمی، روانی یا اجتماعی  
انگ اجتماعی  
افت کارآیی فرد

## مراحل گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی در مراکز آموزشی درمانی

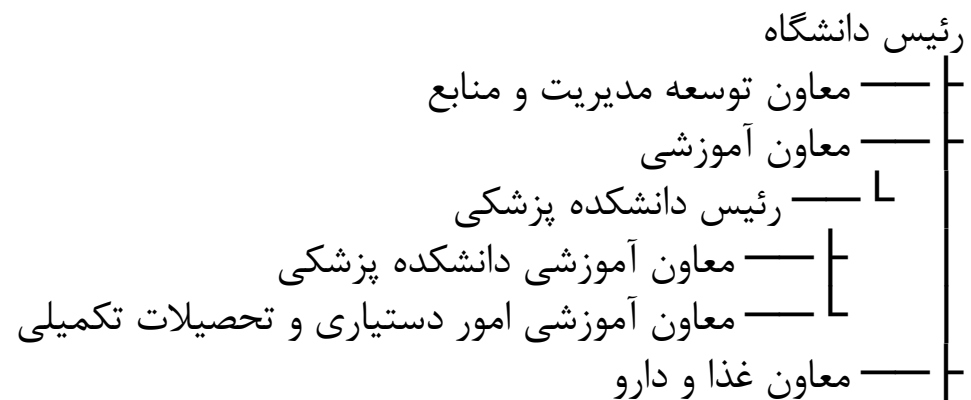


## تفاوت تیم با گروه

ویژگی	تیم	گروه
هدف	هدف مشترک و مشخص برای همه اعضا	ممکن است اعضا اهداف متفاوت یا فردی داشته باشند
تعامل	تعامل منظم، هماهنگ، پویا و عمیق	تعامل می تواند محدود، سطحی یا پراکنده باشد
رهبری	رهبری می تواند توزیعی یا چرخشی باشد	معمولاً یک رهبر مشخص دارد
وابستگی وظایف	وظایف به شدت به یکدیگر وابسته اند	اعضا مستقل از هم کار می کنند
مسئولیت پذیری	مسئولیت مشترک و جمعی برای نتیجه نهایی	مسئولیت بیشتر فردی است
نتیجه محوری	تمرکز بر دستیابی به نتیجه گروهی و هماهنگ	تمرکز بر انجام وظایف شخصی
مثال در بیمارستان	تیم مراقبت از بیمار شامل پزشک، پرستار، داروساز، مددکار، با هدف مشترک درمان بیمار	چند پزشک در یک بخش که صرفاً همزمان کار می کنند

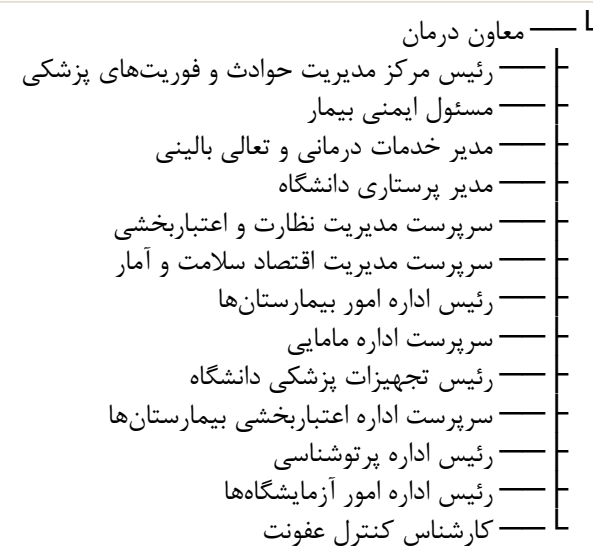


## تیم تخصصی تحلیل علل ریشه ای

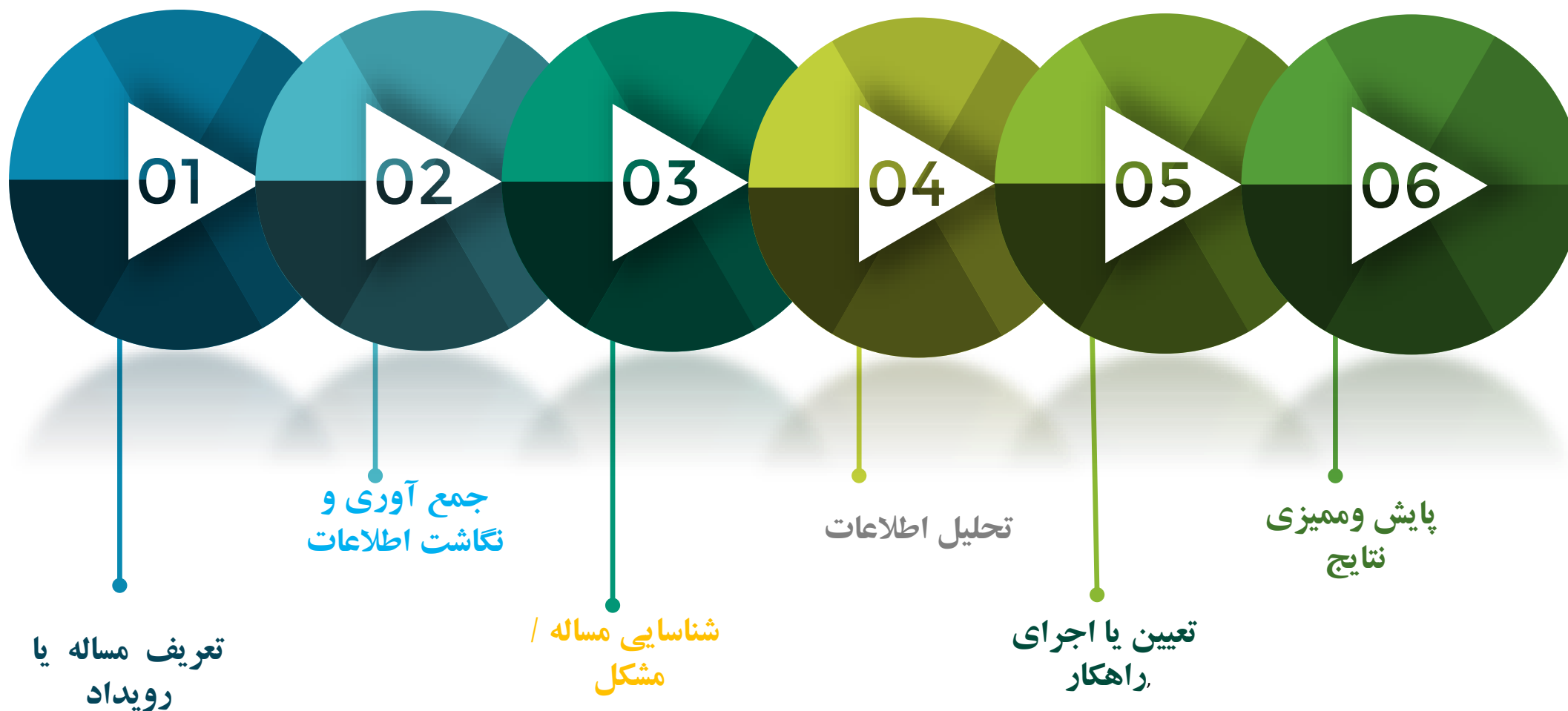


### \*\*گروه‌های آموزشی دانشکده پزشکی\*\*

- طب فیزیکی و توانبخشی
- جراحی قلب و عروق
- روانپزشکی
- پوست
- روانشناسی بالینی
- داخلی
- چشم
- قلب
- رادیوتراپی
- پزشکی ورزشی
- بیماری‌های مغز و اعصاب
- بیماری‌های عفونی
- پزشکی قانونی و.....



# تحلیل علل ریشه ای و مراحل آن



## تأثیر مذاکره بعنوان روش ترغیب سازی در تحلیل علل ریشه ای

□ مذاکره بر اساس منافع با تمرکز بر نیازهای واقعی طرفین، به دنبال ایجاد راه‌حل‌های برد-برد و ارزش مشترک است. این رویکرد در آموزش پزشکی می‌تواند تعارضات را کاهش داده، بهره‌وری و همکاری بین بخشی را ارتقاء دهد.

شناسایی مساله یا مشکل

Care delivery  
problem

System delivery  
problem

بالینی/اجرایی CDP	سیستمی SDP	ویژگی
فردی / تیمی	سازمانی / فرآیندی	سطح رخداد
کارکنان مستقیم درمان	مدیریت و ساختار بیمارستان	مسئولیت
بهبود عملکرد بالینی	اصلاح سیستم و فرآیند	هدف مداخله

عوامل مرتبط با ارتباطات :  
کلامی  
غیر کلامی  
نوشتاری  
الکترونیک

عوامل مرتبط با وظیفه:  
گایدلاینها  
پرسیجرها  
پروتکلها  
سیستمهای کمک به تصمیمگیری  
طرح وظیفه

عوامل فردی (کارکنان):  
مسائل فیزیکی  
مسائل روانی  
شخصیت  
خانوادگی / اجتماعی

عوامل استراتژیک و  
سازمانی:  
ساختار سازمانی  
اهداف، سیاستها و استانداردها  
فرهنگ ایمنی  
اولویتهها  
ریسکهایی که از محیط خارج سازمان  
به سازمان تحمیل میشوند

عوامل مرتبط با بیمار:  
وضعیت بالینی  
عوامل اجتماعی  
عوامل فیزیکی  
عوامل ذهنی / روانی  
روابط بین فردی

تجهیزات و منابع :  
نحوه نمایش بصری  
استحکام و بی نقصی  
محل قرارگیری  
قابلیت استفاده

عوامل مرتبط با محیط کار  
محیط  
طرح محیط فیزیکی  
اجرایی  
زمان / فشار کاری  
کارکنان و تعداد آنها

عوامل مرتبط با آموزش  
شایستگی  
تناسب  
دسترسی  
فراهمی  
نظارت

عوامل مرتبط با تیم :  
نقش  
ابهام در نقش  
رهبری  
حمایت +  
عوامل فرهنگی

مساله یا مشکل

## ۱- عوامل سازمانی

- نبود سیاست‌ها و رویه‌های شفاف برای گزارش و بررسی وقایع
- تخصیص ناکافی منابع (نیروی انسانی، مالی، زمانی)
- ساختار تصمیم‌گیری متمرکز و کندی در تغییر فرآیندها
- عدم وجود مکانیزم ارزیابی مستمر عملکرد ایمنی بیمار

## ۲- عوامل وظیفه‌ای

- مأموریت‌ها و شرح وظایف نامشخص یا متداخل
- نبود دستورالعمل‌های اجرایی استاندارد (SOP) ویژه جلوگیری از خطا
- فرایندهای دستوری طولانی و پیچیده برای ثبت و پیگیری وقایع
- عدم به‌روزرسانی مسیرهای کاری با توجه به درس‌آموخته‌های گذشته



### ۳. عوامل فردی

- ناکافی بودن مهارت‌های بالینی یا مدیریتی کارکنان
- خستگی، استرس شغلی و بار کاری بیش از حد
- انگیزه و تعهد کم به رعایت پروتکل‌های ایمنی
- اشتباهات شناختی (انسانی) مانند گذر از چک‌لیست‌ها

### ۴. عوامل آموزشی

- عدم پوشش موضوعات ایمنی بیمار و **Never Event** در دوره‌های توجیهی
- فقدان آموزش مبتنی بر خطا (Case-Based/PBL) برای کارکنان جدید
- نبود سیستم بازخورد ساخت یافته به کارکنانی که خطا کرده‌اند
- کمبود دوره‌های «آموزش مداوم» با تمرکز بر درس آموخته‌ها



## ۶. عوامل ارتباطی

- خطوط گزارش دهی ناکارآمد یا نامشخص
- انتقال ناقص اطلاعات در حین تحویل کاری (Hand-off)
- نبود بازخورد دوطرفه بین سطوح مدیریتی و عملیاتی
- استفاده از کانال های غیررسمی (گفت و گو شفاهی بدون ثبت مستند)

## ۷. عوامل محیطی

- طراحی نامناسب فیزیکی بخش (مسیرهای رفت و آمد، نورپردازی، سر و صدا)
- کمبود فضا و تداخل عملکردهای درمانی در یک بخش
- اضطراب و فشارهای محیطی (نگرانی بیماران / مراجعین)
- شرایط بهداشتی و ایمنی فیزیکی ناپایدار



## ۵. عوامل تیمی

- ضعف فرهنگ همکاری بین اعضای بین‌رشته‌ای
- سردرگمی در نقش‌ها و مسئولیت‌های مشترک تیم درمان
- عدم برگزاری نشست‌های قبل و بعد از (شیفت)
- نبود سازوکار حل تعارض و حمایت متقابل در شرایط بحرانی



## ۸. عوامل تجهیزاتی

- نقص یا عدم کالیبراسیون به موقع تجهیزات
- نبود موجودی قطعات یدکی و لوازم مصرفی ضروری
- عدم آموزش کافی کارکنان برای کار با دستگاه‌های نوین
- فرآیندهای نگهداری و تعمیرات پیشگیرانه ناکافی

## ۹. عوامل بیمار

- پیچیدگی بالینی یا چندبیماری همزمان
- عدم همکاری یا پیروی ناقص از دستورات درمانی
- محدودیت‌های جسمی یا شناختی که خطر خطا را افزایش می‌دهد
- شرایط اضطراری یا وضعیت ناپایدار حین ارائه خدمت





## توصیه‌هایی در خصوص سدیشن برای دررفتگی آرنج در اورژانس

### سناریو شماره یک

بیمار خانمی 36 ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۲ در ساعت ۱۴:۳۵ دقیقه به علت دررفتگی آرنج دست راست مراجعه میکند. متخصص طب اورژانس بعد از تزریق فنتانیل و میدازولام اقدام به جاندازی دررفتگی آرنج در محیط احیا میکند. بیمار بعد از ۱۵ دقیقه به علت آپنه و آسپیراسیون، کد احیا اعلام میشود و بیمار اینتوبه میشود. اقدامات درمانی، آزمایشات، مشاوره داخلی، بیهوشی انجام میشود و در ساعت ۲۱:۳۰ به بیمارستان دیگری اعزام میشود.



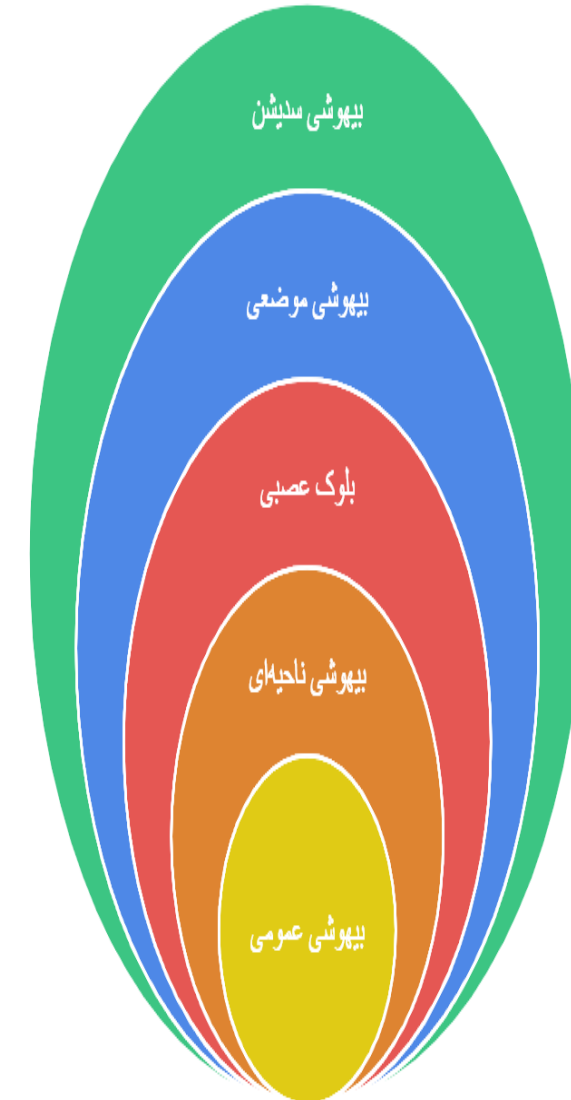
آرامبخشی جزئی و هوشیاری

بی‌حس کردن نواحی خاص

مسئود کردن درد در نواحی خاص

کاهش درد در نواحی وسیع‌تر

بیهوشی کامل و عدم هوشیاری



### توصیه‌هایی ضروری برای پیشگیری از رخداد مجدد

- تا حد امکان از سدیشن بیماران در بخش اورژانس خودداری نمایید.
- در رفتگی یک پروسیجر **urgent** محسوب می‌شود ولی دررفتگی آرنج نیاز به Sedation ندارد.
- برای جاندازی در رفتگی آرنج انتقال به اتاق عمل و در غیر اینصورت از روش هماتوم بلاک استفاده شود.
- در صورت تکمیل بودن منابع اعم از تجهیزات (مانیتورینگ) و نیروی انسانی آموزش دیده (وجود تکنسین بیهوشی) در اورژانس اقدام به سدیشن نمایید.



# چالش‌های نیروی انسانی و تعریف نقش‌ها

- ۱- نبود شرح شغل دقیق و تعویض مکرر کارشناسان : برای کارشناسان حوزه وقایع ناخواسته درمانی، شرح وظایف مشخص و جامعی تعریف نشده است.
- ۱- الف- متأسفانه در فرآیند گزینش کارشناسان وقایع ناخواسته درمانی در بیمارستانها ، به جای جذب بهترین‌ها، گاهی به افرادی متوسل می‌شوند که گزینه دیگری در اختیار ندارند.
- ۲- **کهنوت سن برخی مسئولان فنی**: این موضوع می‌تواند منجر به مقاومت در برابر تغییر و بی‌توجهی در به‌روزرسانی فرآیندها بر اساس استانداردها شود.
- ۳- **سکوت تیم تخصصی**: وجود سلسله مراتب قدرت باعث شده تا تیم تخصصی در مواجهه با نظرات اساتید ارشد، از ارائه نظرات انتقادی یا اصلاحی خودداری کنند.

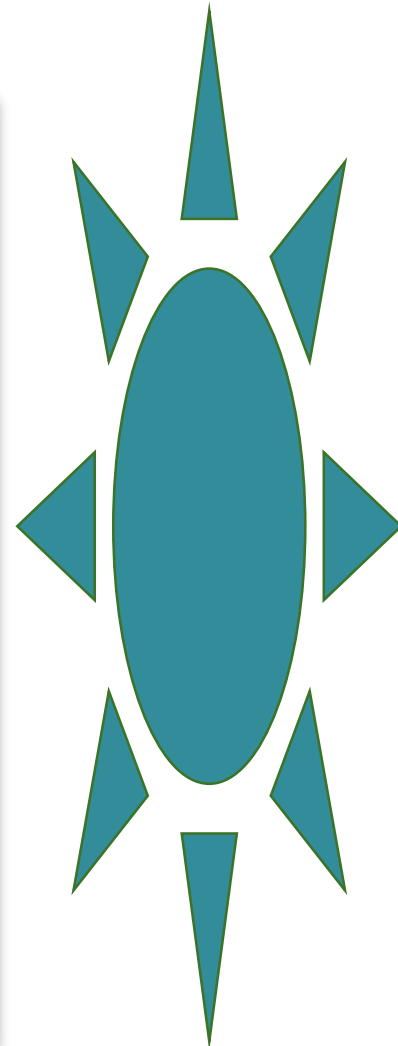
## چالش‌های فرآیندی

- ۱- **تلفیق اهداف جلسات:** برگزاری همزمان جلسه «تحلیل علل ریشه‌ای» که ماهیتی انتقادی و تحلیلی دارد با جلسه «تقدیر و تشکر» که جنبه‌ای تقدیری دارد، از اثربخشی و جدیت جلسه تحلیل می‌کاهد.
- ۲- **کم‌توجهی مسئولان فنی:** التزام عملی مسئولان فنی به انجام تحلیل ریشه‌ای و گزارش‌دهی کامل وقایع، در سطح مطلوبی نیست و در برخی موارد، خود آن‌ها گزارش دهی را متوقف می‌کنند.
- ۳- **نقص در اجرای مشاوره‌های تخصصی:** فرآیند درخواست و اجرای «مشاوره بیهوشی» به درستی و به طور کامل پیگیری نمی‌شود.
- ۴- **هم‌افزایی اندک بین واحدها:** بین مدیریت‌ها و معاونت‌های مختلف در زمینه اجرای تحلیل علل ریشه‌ای، همکاری و ارتباط مؤثر برقرار نیست.
- ۵- **رویدادهرگز بعنوان شاخص پیامدی و تحلیل علل ریشه‌ای و مصوبات آن سهم کم‌رنگی در ارزیابی‌های اعتباربخشی کنونی دارند.**

## چالش‌های ابزار و استانداردها

- نبود ابزار بومی ارزیابی قلب: اکثر ارزیابی‌های قلبی با استفاده از ابزارهای خارجی انجام می‌شود که خروجی آن به صورت کیفی (مانند `mild or moderate to high risk`) ثبت می‌گردد و فاقد استانداردهای کمی و بومی است.
- نبود ابزار بومی ارزیابی سقوط: برای ارزیابی ریسک سقوط در گروه‌های سنی مختلف (نوزاد، کودک، بزرگسال) ابزار استاندارد بومی که ویژگی‌های فرهنگی، باورها و شرایط خاص جامعه ایران را در نظر بگیرد، وجود ندارد.
- بی‌اهمیتی مشاوران به فرآیندها: برخی از مشاوران، فرآیندهای شناسایی شده «مشکل‌دار» را در مرکز در کمیته مرگ و میر چندان جدی نمی‌گیرند.
- گسسته بودن و فقدان ارتباط بین ابزارهای غربالگری ترومبوآمبولی در حیطه‌های تخصصی مختلف.

# تالیف و تدوین دو جلد کتاب



باتشکر  
خسته نباشید

