

ڪميٽي ايمنس بيمار



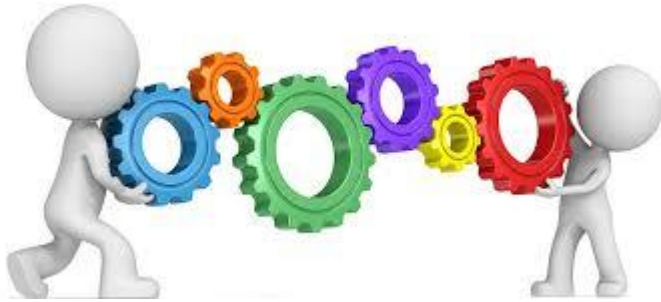
▶ برگزاری کمیته ایمنی بیمار جزء استانداردهای اساسی گروه حاکمیت و رهبری برنامه ایمنی بیمار می باشد. A.۲.۲.۴

▶ هدف از تشکیل کمیته ایمنی بیمار شناسایی مخاطرات ایمنی بیمار، حصول اطمینان از کاهش مخاطرات و نظارت به منظور کاهش حوادث قابل پیشگیری است.

▶ برای بیمارستانها به خصوص بیمارستان های بزرگ، کمیته چند تخصصی ایمنی بیمار بهترین انتخاب جهت اجرای برنامه ایمنی بیمار می باشد.

اعضای کمیته ایمنی بیمار

- ▶ ریاست یا نماینده ریاست بیمارستان
- ▶ نماینده مدیریت بیمارستان
- ▶ معاون درمان
- ▶ معاون آموزشی
- ▶ مدیر پرستاری
- ▶ کارشناس مسئول ایمنی بیمار
- ▶ کارشناس ایمنی بیمار و هماهنگ کننده مدیریت خطر
- ▶ کارشناس کنترل عفونت
- ▶ مسئول بهبود کیفیت
- ▶ کارشناس تجهیزات پزشکی
- ▶ داروساز
- ▶ کارشناس مسئول هموویژلانس
- ▶ مسئول آموزش کارکنان
- ▶ کارشناس ایمنی و بهداشت
- ▶ * سرپرستاران



فاصله زمانی برگزارن کمیته

کمیته ایمنی بیمار معمولاً **ماهانه** برگزار می گردد.



وظایف کمیته ایمنی بیمار

▶ تنظیم برنامه های آموزشی ایمنی بیمار

- E.1.2.1 دوره ی آموزش توجیهی زمینه ایمنی بیمار جهت کلیه کارکنان و پزشکان؛
- E.1.2.2 ارتقاء کمیت و کیفیت آموزش مداوم ایمنی بیمار کلیه کارکنان و پزشکان؛
- E.1.2.3 آموزش به کارکنان و پزشکان با روش های گزارش دهی برای لغزش های نزدیک به حادثه، حوادث ناخواسته و وقایع ناگوار و اقداماتی که حین و بعد از یک حادثه ناخواسته باید صورت گیرد.

وظایف کمیته ایمنی بیمار

▶ بررسی شاخص های ایمن بیمار شامل:

- سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
- انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
- مرگ و یا عارضه نوزاد یا مادر بر اثر زایمان
- ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه حاد گردد.
- جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
- تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر (با هشدار بالا) که منجر به مرگ و یا عارضه پایدار در بیمار گردد.
- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ایجاد زخم فشاری درجه ۳ و ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری
- خونریزی یا هماتوم شدید بعد از عمل جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ
- آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
- عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ و یا عارضه پایدار گردد.
- تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ی ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.

وظایف کمیته ایمنی بیمار

► بررسی خطاهای پزشکی

- ارائه گزارش آنالیز و تجزیه و تحلیل خطاهای پزشکی گزارش شده به صورت فصلی
- بررسی موردی خطا
- RCA موارد sentinel events
- تدوین سناریو در خصوص خطاهای اتفاق افتاده و به اشتراک گذاری آنها



RCA یک مورد خطاں پزشکس

What happened?

بیمار بر اثر تزریق خون نامتجانس و عوارض ناشی از آن فوت شد

How it Happened?

۱۹/۴ ساعت 8 PM
آقای ۸۰ ساله به دلیل
رکتورژی و هماتمز بستری
می گردد

۴/۲۰ ساعت 11:45 AM
انجام اندوسکوپی جهت کنترل
خونریزی

مشاوره اورژانس جراحی
۱۱:۳۰ بیمار به اتاق عمل
منتقل شد

۲ واحد P.C B + همراه
بیمار از اندوسکوپی به OR
تحويل داده می شود.

به سرویس جراحی اطلاع داده
می شود.

گزارشات پرستاری: ترشحات
NGT ادرار کاملاً خونی

بیمار به ICU منتقل می شود.

بیمار تحت عمل جراحی
گاستروتومی قرار می گیرد طی
عمل ۲ واحد P.C B+ از بانک
خون تحويل گرفته شود که یک
واحد آن به بیمار تزریق گردد.

۲ واحد FFP درخواست می
شود

آزمایشگاه پس از دریافت
درخواست FFP توجه نامتجانس
بودن کیسه های P.C قبلی با
BG بیمار می گردد (A+)

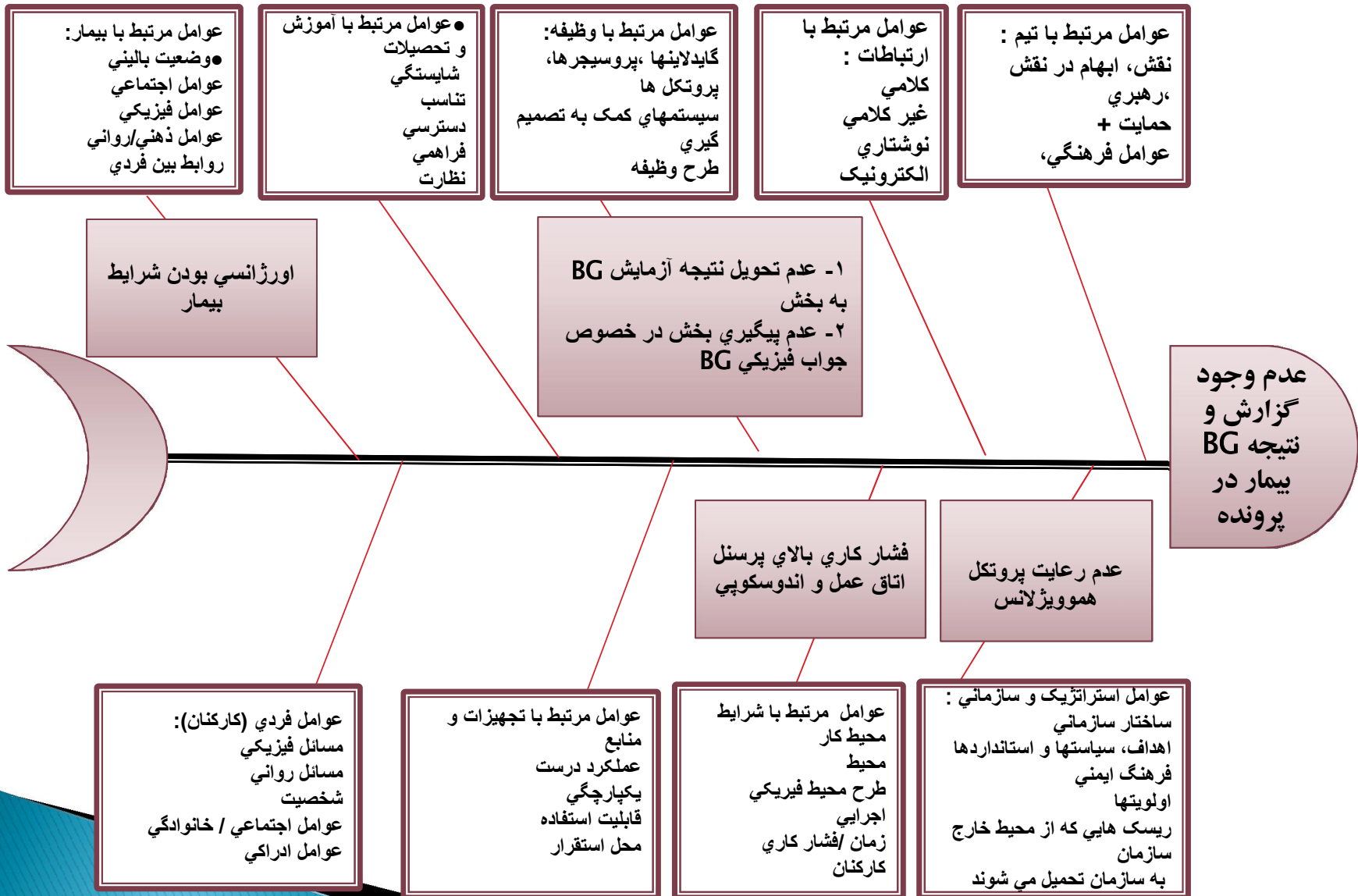
4:30 به دنبال تماس
آزمایشگاه تزریق P.C متوقف
شد.

9 PM بیمار expire
گردید.

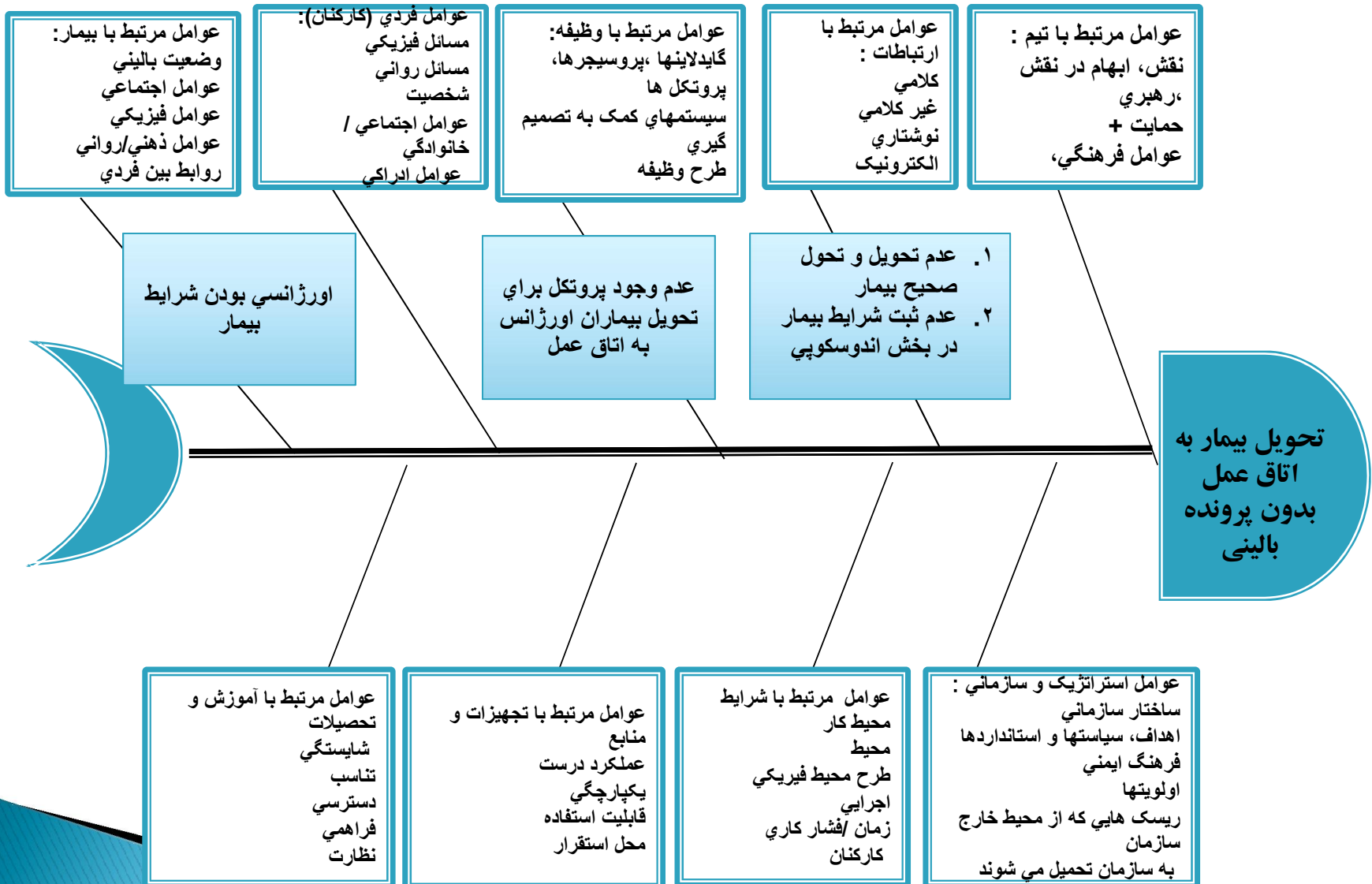
Unsafe act

- ▶ عدم وجود گزارش و نتیجه BG در پرونده
- ▶ تحویل بیمار به اتاق عمل بدون پرونده بالینی
- ▶ عدم توجه به علائم بیمار نظیر هماچوری و ترشحات خونی NGT و عدم ثبت عوارض در فرم عوارض تزریق خون
- ▶ ارسال P.C با گروه خونی B+ از آزمایشگاه اتاق عمل
- ▶ عدم ارسال نمونه مجدد جهت درخواست P.C در اتاق عمل

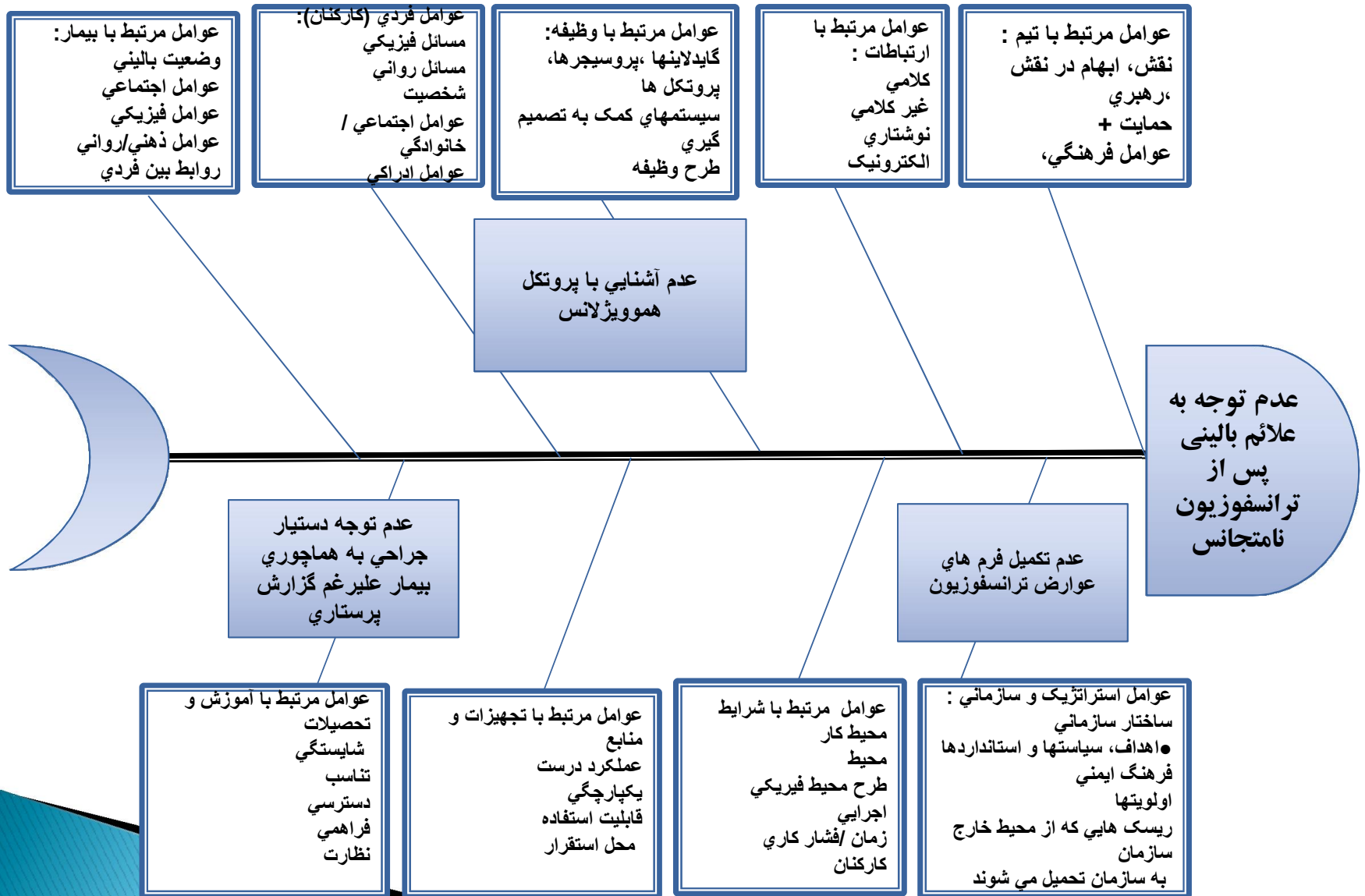
مسئله یا مشکل در دست بررسی



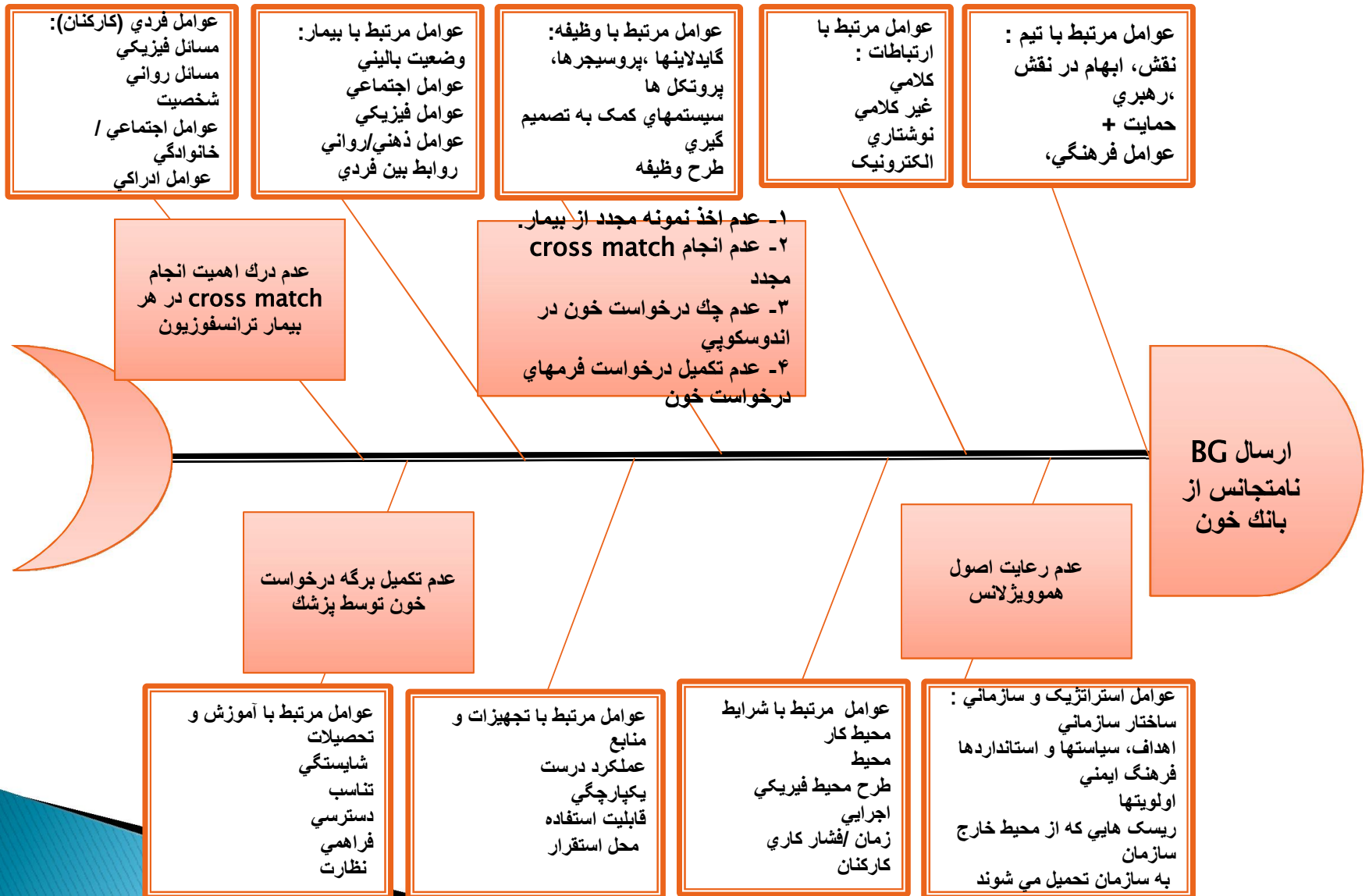
مسئله یا مشکل در دست بررسی



مسئله یا مشکل در دست بررسی



مسئله یا مشکل در دست بررسی

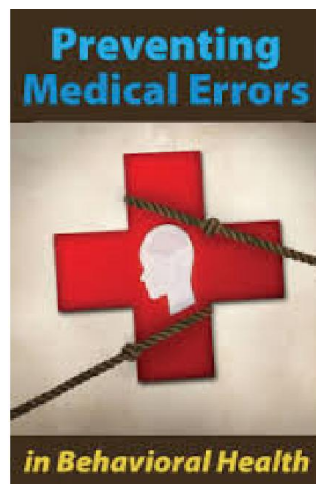


یادگیری از خطاهای پزشکی



▶ آقای ۴۶ ساله متعاقب ترومای نافذ شکم و ترومای جسم سخت صورت و له شدگی بافت نرم و شکستگی استخوان صورت به بیمارستان مراجعه و تحت عمل جراحی قرار می گیرد. جراحی بیمار حدود ۲۰ ساعت به طول انجامیده و بیمار ساعت ۶:۴۵ صبح به ICU منتقل می گردد. در اتاق عمل در اندام تحتانی راست آرتری لاین تعبیه شده و پرستار مسئول بیمار در بخش مراقبت های ویژه در حالی که در پایان شیفت شب، بیمار بدحال دیگری نیز دارد جهت آماده سازی بیمار و تحویل وی به همکاران شیفت بعدی جهت تعویض پانسمان اقدام نموده و متأسفانه در زمان تعویض پانسمان، چسب و آرتری لاین به طور همزمان باقیچی قطع میگردد. اقدامات لازم شامل مشاوره جراحی عروق، عفونی و سونوگرافی کالرداپلر و برای وی انجام می پذیرد و به دلیل بروز تب، آنتی بیوتیک تراپی شروع می شود.

نکات قابل تأمل در این پرونده:



- ▶ عدم درج برچسب روی آرتری لاین در اتاق عمل؛
- ▶ وسواس و استرس پرستار جهت تمیز کردن پانسمان؛
- ▶ جراحی سخت و طولانی مدت بیمار (۲۱ ساعت)؛
- ▶ High Risk بودن بیمار؛
- ▶ عدم نظارت مسئول شیفت؛
- ▶ عدم ارتباط و مشورت با پرسنل با تجربه بخش جهت انجام دادن یا انجام ندادن پروسیجرهایی که risk آنها زیاد است؛
- ▶ عدم آگاهی پرسنل از خط مشی اتصالات به عنوان یکی از ۹ راه حل ایمنی بیمار؛
- ▶ عدم وجود چسب نیمه شفاف جهت استفاده در پانسمان های حیاتی؛
- ▶ استفاده از قیچی جهت تعویض پانسمان با وجود لاین حیاتی؛
- ▶ وجود دو بیمار بد حال در یک شیفت کاری؛
- ▶ انتهای شیفت کاری و خستگی پرسنل؛
- ▶ کمبود نیروی انسانی و عدم امکان جذب نیرو توسط سازمان؛
- ▶ به کار گماردن نیروهای با تجربه ناکافی در بخشهای ویژه و حساس.

وظایف کمیته ایمنی بیمار

▶ ارائه گزارش های بازدیدهای مدیریتی

▶ ارائه نتایج ممیزی های درونی و بیرونی

