

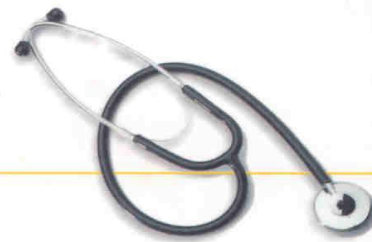
به نام خداوند
عادل

NEVER EVENT



How to Get Out of the Hospital Alive

*A GUIDE TO
PATIENT POWER*



*"It is important to your survival to be informed, and this book is an excellent resource."
—Bernie S. Siegel, M.D., Author of Love, Medicine, & Miracles*

**SHELDON P. BLAU, M.D., F.A.C.P., F.A.C.R.
and ELAINE FANTLE SHIMBERG**

AS SEEN ON
"Oprah" and "Today"

**FIRST
DO
NO HARM**



مقایق در بیمارستان

- ▶ محل شایع خطا بدلیل حجم بالای تراکنش های خدمت و مداخلات
- ▶ بررسی حوادث با تعیین خطای انسان و محکومیت فرد به عنوان مقصر اصلی خاتمه می یابد.
- ▶ سوگرایی آگاهی از قبل (Hindsight Bias) منجر به این نتیجه که " مشخصا این حادثه از قبل قابل پیش بینی بود یا باید می دانستید که..." می شود
- ▶ این امر منجر به عدم بررسی سیستم یا فرآیند می گردد

مقایق

- ▶ خطر: احتمال / تهدید خسارت، آسیب و فقدان که ممکن است با اقدامات پیش گیرانه از آن اجتناب گردد
- ▶ تعامل انسان با نظام سلامت به دلایل زیر خطرناک است:
- ▶ تکنولوژی پیچیده،
- ▶ فرآیندهای پیچیده،
- ▶ درخواست بالای خدمت،
- ▶ محدودیت زمان،
- ▶ انتظارات بالا
- ▶ طبیعت سلسله مراتبی یادگیری ومسئولیت

مقایق

► **WHO:** ۱ مورد از هر ۱۰ مورد از خدمت گیرندگان در بیمارستان آسیب می بینند

► **AHRQ:** ۲۵.۱ آسیب به ازای هر ۱۰۰ تخت روز بستری

► سومین علت مرگ در US پس از مشکلات قلبی عروقی و سرطان

► ۱۳.۵ درصد مورد آسیب در پرونده های Medicare با Global Trigger Tool (GTT) کشف می شود

اتفاقات اصلی در بیمارستان

- ▶ حوادث دارویی ناگوار
- ▶ عفونت ادراری ناشی از سوند
- ▶ افتادن از تخت
- ▶ زخم بستر
- ▶ عفونت محل جراحی،
- ▶ عفونت های کاتترهای مرکزی،
- ▶ ترومبوآمبولی
- ▶ عفونت وابسته به ونتیلاتور

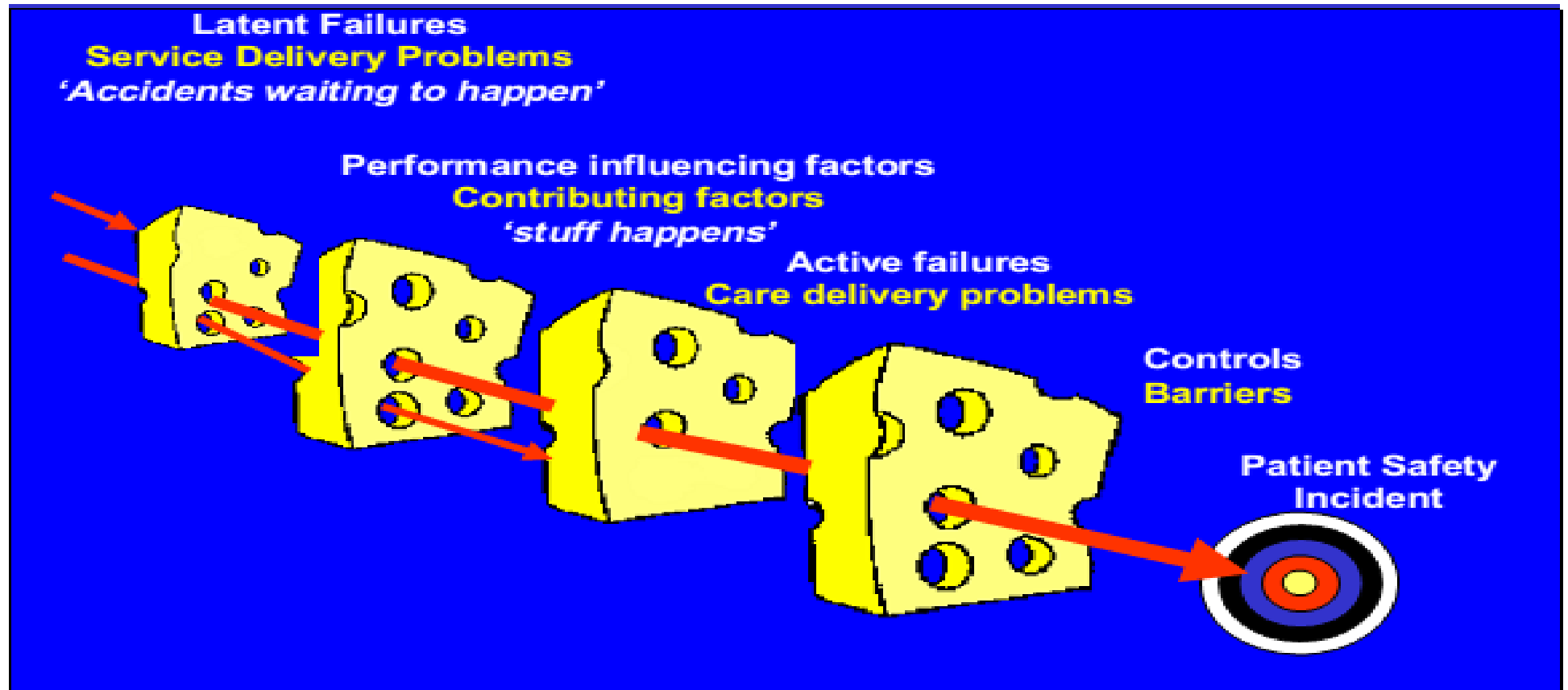
علل اصلی خطاهای پزشکی:

- ▶ مشکل در ارتباطات
- ▶ مشکلات مربوط به انسان
- ▶ جریان ناکافی و بی کیفیت اطلاعات
- ▶ انتقال دانش در سازمان
- ▶ الگوی به کار گیری نیروی انسانی و جریان کار (WORK FLOW)
- ▶ سیاست و خط مشی های ناکافی
- ▶ شکست های تکنیکال

تعریف خطا ERROR

- نرسیدن به هدف:
- ۱- برنامه اشتباه
- ۲- اشتباه برنامه
- خطای پزشکی (Medical Error): خطا در حوزه پزشکی چه منجر به آسیب بشود یا نشود
- نزدیک به حادثه (Near Miss): اگر منجر به آسیب نشود
- رویداد ناگوار (Adverse Event): اگر منجر به آسیب بشود
- رویداد فاجعه آمیز (Sentinel Event): اگر منجر به آسیب جدی بشود
- اشتباه (Mistake): انتخاب کار یا برنامه غلط (برنامه بد)
- لغزش (Slips): خطا در اجرا (از دستم در رفت!!) (اجرای بد)
- غفلت (Laps): فراموشی (از ذهنم رفت!!) (حافظه بد)
- تخطی (Violation): آگاهانه از دستورالعمل سرپیچی کردن با نیت خیر خواهانه
- جرم (Crime): آگاهانه از دستورالعمل سرپیچی کردن با نیت سوء

Swiss Cheese theory exercise



رویکردهای مدیریت خطر:

○ مدیریت خطر (Risk Management): کارهایی که انجام می دهیم تا احتمال خطا کاهش یابد

✓ گذشته نگر:

از وقایع رخ داده درس بگیریم

(RCA) Root Cause Analysis

✓ آینده نگر:

در محیط با خطر بالا پیش دستی کنیم

(FMEA) Failure Mode Effect Analysis

عوامل مؤثر بر خطر (امتمال خطا) (CONTRIBUTORY)

○ اثر گذار (Influencing): خطر را تغییر می دهد ولی ریشه کن نمی کند

○ علتی (Causal): حذف آنها منجر به حذف یا کاهش چشمگیر خطر می شود

(RCA) تجزیه و تحلیل علت ریشه ای حوادث

▶ روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند

▶ همچنین می تواند در تحلیل رویداد های "نزدیک بود که " Near misses مورد استفاده قرار گیرد

**رویکرد واکنشی :
تحلیل ریشه ای علل وقایع**

ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

هدف از تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

► به منظور آگاهی از اینکه :

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاد است؟

چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود

► تمرکز بر فرایند و سیستم ها به جای عملکرد فردی

فرآیند تحلیل علل ریشه ای (ROOT CAUSE ANALYSIS)

۱. شروع فرایند
 - تشکیل تیم
 - تعریف رویداد (حادثه)
۲. جمع آوری و نگاشت (بازنمایی) اطلاعات
۳. شناسایی مسائل
۴. تحلیل اطلاعات
۵. ارائه راه حل ها

۲- زمان تشکیل تیم

- پس از گزارش وقوع (نه موقع گزارش تحلیل حادثه!!):
افراد ذی اثر از مرحله جمع آوری اطلاعات در فرآیند قرار داشته باشند.

توالی اقدامات تیم

What happened ○

How Happened ○

Why Happened ○

تعریف حادثه:

- باید بدون سوگرائی و صرفاً متوجه واقعه رخ داده شده و تا حد امکان دقیق باشد.
- در این تعریف نباید از افراد یا موقعیت های حقیقی یا حقوقی اسم برده شود
- نمونه بد: بیمار در اثر سهل انگاری پزشک بی مبالات، دارویی خطرناک را دریافت کرد و به طرز فجیعی جان سپرد.
- نمونه مناسب: بیمار در اثر دریافت داروی اشتباه فوت کرد
- این تعریف باید در سر برگ یا بشکل water mark در تمام اوراق RCA دیده شود

جمع آوری اطلاعات: زمان

- ۶۰ درصد وقت RCA را جمع آوری اطلاعات می گیرد.
- گرچه بر اساس مقررات باید جلسه در سریعترین زمان تشکیل شود ولی تحلیل ریشه ای امری بیش از یک جلسه صوری و بی نتیجه را می طلبد.
- شاید در یک بیمارستان در ماه بیش از ۲ یا ۳ مورد را نتوان بررسی کرد ولی از هر مورد چندین فرآیند معیوب شناسائی و اصلاح خواهد شد.

ترسیم اطلاعات:

خط / جدول زمانی وقوع (TIME LINE/ TABLE):

- ۱- مرتب کردن اطلاعات استخراج شده از پرونده از صفحه اول تا آخر روی فیش های کاغذی یا الکترونیک بر اساس زمان (روز و ساعت) شامل شرح حال، معاینه، آزمایشات، تصویر برداری، مشاوره ها و اقدامات تشخیصی درمان و نتایج آنها
- ۲- مرور اطلاعات توسط تیم از جعبه به جعبه
- ۳- مشخص کردن اقدامات نا ایمن (Unsafe Act): اقدام یا عدم اقدامی که منجر به آسیب یا افزایش احتمال آسیب برای بیمار شده است.
- ۴- فهرست کردن اقدامات نا ایمن و پاسخ به دو پرسش زیر:
- ۵- اگر این امر نبود این حادثه رخ نمی داد؟
- ۶- اگر این امر نباشد این حادثه رخ نخواهد داد؟
- ۷- پاسخ هر کدام که مثبت شد آن اقدام نا ایمن Root Cause شناخته می شود

ترسیم نمودار تحلیلی علت ریشه ای

○ ۱- شبکه علیت

○ ۲- استخوان ماهی یا ایشی کاوا: 5M

○ **Man**

○ **Machine**

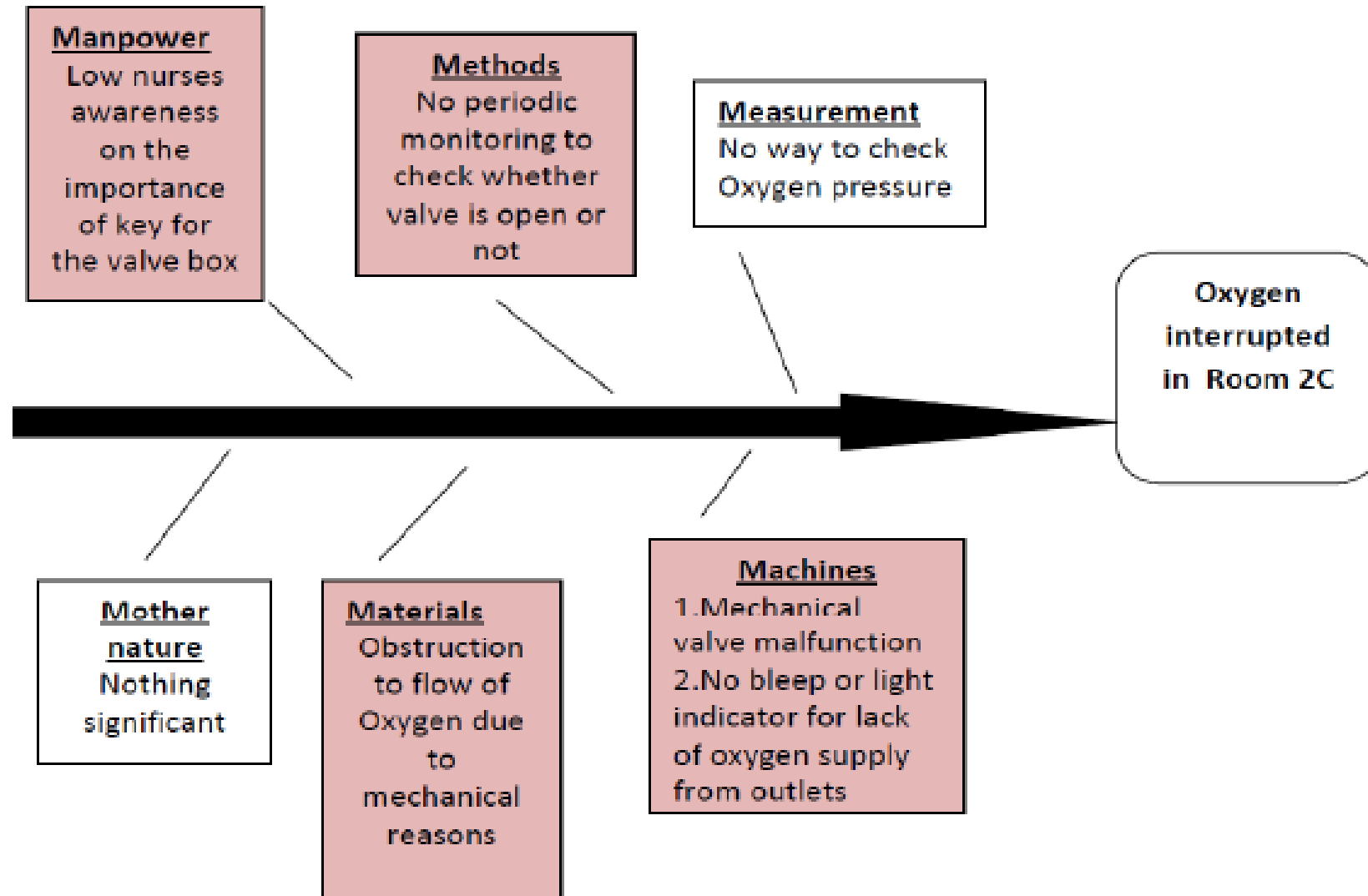
○ **Material**

○ **Method**

○ **Management**

○ ۳- پنج چرا؟

Fishbone diagram for brain-storming of probable causes:



انتخاب راه حل

- دریافت پیشنهادات تیم و ثبت در جدول امتیاز دهی
- اعطا امتیاز بر اساس دو معیار مهم و ممکن بودن
- توافق نهائی بر سر راه حل

تدوین برنامه عملیاتی

- تدوین مراحل لازم برای انجام کار (های) انتخاب شده
- مشخص کردن 4WH در جدول برنامه عملیاتی:
 - What ○
 - Who ○
 - When ○
 - Where ○
 - How ○

علل اصلی خطاهای پزشکی:

- ▶ جریان ناکافی و بی کیفیت اطلاعات
- ▶ مشکل در ارتباطات
- ▶ مشکلات مربوط به انسان
- ▶ انتقال دانش در سازمان
- ▶ الگوی به کار گیری نیروی انسانی و جریان کار (WORK FLOW)
- ▶ سیاست و خط مشی های ناکافی
- ▶ شکست های تکنیکال

انتظارات از رهبران سازمان

- ▶ اهل تفکر سیستماتیک باشند
- ▶ تفکر تحلیلی را جایگزین تفکر تنبیهی در یک محیط باز کنند
- ▶ در شناسایی خطر فعال باشند

موارد ثبت خطاهای پزشکی مطابق با کمیته جهانی NQF

مواردی که در مراکز درمانی هرگز نباید اتفاق بیافتد (NEVER EVENTS) که شامل ۲۹ مورد خطای پزشکی می باشد:

الف : وقایع 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
- ۴ . جا گذاشتن هرگونه وسیله (گاز، قیچی ، پنس و) در بدن
- ۵ . مرگ یا عارضه جدی در حین عمل جراحی یا بعد از عمل در بیمار الکتیو
- ۶ . تلقیح مصنوعی با DONOR اشتباه در زوجین نابارور

ب : وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده مانند انواع پروتزهای آلوده و ست های جراحی

۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال وصل به دستگاه های آلوده مانند دستگاه دیالیز آلوده به HBS Ag به بیمار آنتی ژن منفی

۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی

ج : وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر ولی قانونی

۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری مانند موارد مرتبط با زندانیان و بیمار دارای اختلالات روانی و دمانس و....

۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

د : وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی در بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و عوارض خاص دارویی و هرگونه شک به آلودگی ویال دارویی که گزارشی نیز در این خصوص واصل شده است
(لازم است اطلاع رسانی با سازمان غذا و دارو نیز در خصوص تشابهات دارویی و سایر عوارض ...انجام شود).

* در مراقبت های پرستاری تاکنون چندین مورد آسیب شدید و قطع انگشتان دست نوزاد در حین اقدامات پرستاری گزارش شده است.

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 باردار متعاقب زایمان طبیعی یا سزارین
(مثال: مرگ مادر بدنبال زایمان طبیعی درشش ماهه دوم سال ۱۴۰۲)

۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

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 دستکاری ستون فقرات بدنبال اقدامات درمانی مانند فیزیوتراپی و ...

ت : وقایع مرتبط با محیط درمانی:

- ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار
- ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه از گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
- ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل مثل سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب
- ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (گیر کردن اندام ، خرابی محافظ و ...)
- ۲۴. سقوط بیمار از تخت، که باعث عارضه جدی یا مرگ شده باشد در حین انتقال به تصویر برداری، سرویس های بهداشتی.....

ث : 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 به بیمار
- ۲۹. مرگ یا هرگونه عارضه جدی نوزاد بدنبال زایمان یا سزارین

شماره تماس کارشناس ON CALL

مرجانه پرستار ۰۹۱۷۳۶۰۱۴۳۴

