|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Documents and Settings\NPSoft\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.Word\11 copy.jpg****دفتر بهبود کیفیت** | **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا****مرکز آموزشی درمانی بیمارستان دکتر علی شریعتی** |
| **تعداد صفحات : 1** | **تاریخ ابلاغ :آذر ماه 1403** | **تاریخ بازنگری : آبان ماه 1403** | **شماره سند P/01005/03** |
| **عنوان خط مشی : مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت**  |

**دامنه و مخاطبین : کلیه واحد های بیمارستان**

**تعاریف :**

عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی Medical Malpracticeخطا ی پزشکی :خطاهای پزشکی یا

عوامل مستعد کننده :

عوامل مستعد کننده بروز خطادر بیمارستان به دو دسته زیر ساختی و فرآیندی تقسیم می شوند. عوامل زیر ساختی مرتبط با منابع انسانی ، تجهیزات و عوامل ساختار یا عوامل فرآیند مرتبط با روشهای مراقبت ودرمان است.

 تحلیل علل ریشه ای Root Cause Analysis-RCA

 تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن Failure Mode and Effects Analysis- FMEA

**خط مشی (هدف ، چرایی ، سیاست ):**

**هدف :**

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی

توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی

 ) RCAپیشگیری از تکرارمجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز (

پیشگیری از تکرار مجدد خطا های پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

 ) FMEAشناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطا های پزشکی محتمل آتی **(**

**چرایی و**  **سیاست :**  پیشگیری از تکرار مجدد خطا های پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

**روش اجرا :**

1- کلیه خطا های پزشکی گزارش شده توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بصورت فصلی جمع بندی شده و برای خطاهای مهم RCA با کمک تیم RCA انجام گرفته و جهت برطرف کردن علل ریشه ای اقدامات اصلاحی توسط تیم RCA انجام می شود و اقدامات اصلاحی به تمامی واحدها ارسال و ابلاغ می شود

2- خطاهای پزشکی وقایع ناخواسته تهدید کننده ایمنی بیمار که گزارش می شوند در 48 ساعت مورد بررسی و RCA قرار گرفته و اقدامات اصلاحی براساس آن انجام می شود

3- سرپرستاران و مسئولان واحدها فرایندهای اصلی بیماران پایش کرده و گلوگاههایی را که می تواند ایجاد خطر و خطا کند شناسایی کرده و اقدام اصلاحی با برنامه بهبود مرتبط تدوین و اجرا می شود

4- خطرات و خطاهای بالقوه در سه حیطه ساختاری ، تجهیزاتی و انسانی شناسایی شده از بخشها و واحدها براساس اطلاعات موجودFMEA اتوسط کارشناس مدیریت خطر نجام داده و براساس آن اقدامات لازم در قالب برنامه بهبود کیفیت تدوین می شوند

5- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاهای گزارش شده وقایع ناخواسته پزشکی و اقدامات اصلاحی انجام شده به بخشها و واحدها اطلاع رسانی شده

6- کلیه کارکنان با توجه به خطاهای گزارش شده و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار توصیه های لازم را به کار برده و مواردی را که امکان بروز خطای مجدد در آنها وجود دارد به مسئول ایمنی بیمار و یا مسئول هماهنگ کننده ایمنی گزارش می کنند. .

11- در حیطه انسانی با توجه به تحلیل های انجام شده موارد زیر مد نظر تیم مدیریت اجرایی قرار می گیرد.

\*افزایش تعداد نیروی انسانی متخصص در بخش ها ( پرستار –و ...) جهت جلوگیری از کاهش فشار کاری که به عنوان یکی از علل خطاها شناخته شده است

\*توانمند کردن کارکنان بخصوص نیروهای جدیدالورود جهت کاهش خطاهایی که علل آن به نحوی مرتبط با عدم مهارت پرسنل می باشد.

13- در حیطه تجهیزاتی با توجه به تحلیل های انجام شده موارد زیر مدنظر تیم مدیریت اجرایی قرار می گیرد.

 \* تهیه تجهیزات به روز.

 \* تهیه تجهیزات و امکانات موثر در ایمنی بیماران مانند پیگیری کد و زنگ اخبار پرستار و پیگیری دستبند شناسایی بیمار \* اطمینان از صحت عملکرد دستگاههای موجود. .

 14- در حیطه ساختاری با توجه به تحلیل های انجام شده موارد زیر مد نظر تیم مدیریت اجرایی قرار می گیرد:

 اصلاح فرایند های موجود در بیمارستان.

\* تدوین دستورالعمل های لازم جهت هماهنگی کلیه واحدها و کار کنان برای پیشگیری از خطاهایی که به علت ناهماهنگی های صورت گرفته است.

**مسئول پاسخگویی : مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی**

**روش نظارت :** فرم گزارش خطاهای داده شده

**منابع : کلیه دستورالعمل های ایمنی ابلاغی از وزارتخانه**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **امضاء تهیه و هدایت کنندگان :**دکتر خدامان ( ریاست) طاهره مصلح ( مدیر بیمارستان ) بهاره حاتمی ( کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ) عالیه عباسی ( مترون ) مهران بااقبالی ( مسئول دفتر بهبود کیفیت )  | **تأیید کننده :**بهاره حاتمی ( کارشناس هماهنگ کننده ایمنی )  | **ابلاغ کننده :**دکتر خدامان  |