

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت ایمنی بیمار
اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - تابستان ۱۴۰۳



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری

مقدمه

از آنجا که کلیه فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با درجه ای از عدم ایمنی و خطر توأم می باشد، لذا ایمنی بیمار یکی از اساسی ترین اصول ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی می باشد. ایمنی بیمار، رشته علمی جدیدی در حیطه خدمات بهداشتی درمانی است که بر روی گزارش دهی، تجزیه و تحلیل آمار و مطالعات و پیشگیری از منجر به حوادث ناخواسته و صدمه بروز خطاها یا اشتباهات ناخواسته پزشکی و آسیب به بیماران می شود، تأکید دارد. در حال حاضر با تشخیص این که اشتباهات ناخواسته پزشکی در واقع ۱۰ نفر از هر ۱۰۰ نفر بیمار در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می دهد، سازمان بهداشت جهانی از این موضوع به عنوان آندمی یاد می نماید.

تاریخچه

در واقع تاریخچه علم ایمنی بیمار به هزار سال پیش، زمانی که بقراط با تشخیص احتمال وجود جراحات و آسیب وارده به بیماران ناشی از اقدامات درمانی پزشکان، **قسم نامه بقراط** را به رشته تحریر درآورد، بر می گردد. قسم نامه ای که پزشکان یونانی در سده چهارم قبل از میلاد مسیح، با سوگند به آن متعهد می شدند که فقط و فقط برای مصلحت و سلامت بیمار خود و براساس توانایی و قضاوت علمی شان، اقدامات درمانی را انجام و هیچ گاه به قصد صدمه به بیماران اقدامی ننمایند. از آن هنگام تاکنون شعار "**اول آسیب نرسانید**" شعار عملیاتی و فلسفه عملکرد کاربران پزشکی واقع شد.

چند نکته در باره بیمارستان ها

- حجم بالای کار
- پیچیدگی فعالیت ها
- عدم اطمینان بالا
- محدودیت فضا
- زمان شیوع بیشتر خطاها

ایمنی بیمار، تلاش در جهت پیشگیری و کاهش خطرات، خطاها و آسیب‌هایی است که در حین ارائه‌ی خدمات سلامت، برای بیماران ایجاد می‌شود. اساس ایمنی بیمار، بهبود مداوم بر پایه‌ی یادگیری از خطاها و وقایع ناگوار می‌باشد.

بیش از ۵۰ درصد سنجه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور مربوط به ایمنی بیمار است. قسمت اعظم این سنجه‌ها فرآیندی است نه هزینه‌ای و با اصلاح فرآیندها در مراکزی که ایمنی بیمار پایین باشد، قابل حصول است.

ایمنی بیماران، اولویت اصلی اکثر بیمارستان‌ها می‌باشد. اما بیمارستان‌هایی که دارای یک رهبر قوی و کادر درمانی و غیر درمانی ماهر نباشند، نمی‌توانند ایمنی بیماران را تضمین نمایند و در نتیجه، بیماران متحمل عواقب خطرناکی می‌شوند که بعضاً منجر به مرگ آنها می‌شود.

آماري که در رابطه با ایمنی بیمار وجود دارد، نگران کننده است:

سالانه بیش از ۴۴۰ هزار نفر بر اثر خطاهای بیمارستانی، جراحات، تصادفات و عفونت‌ها می‌میرند.

سالانه، از هر ۲۵ بیمار، ۱ نفر در زمانیکه در بیمارستان بستری است، دچار عفونت می‌شود.

روزانه، بیش از ۱۰۰۰ نفر به دلیل خطای قابل پیشگیری در بیمارستان، جان خود را از دست می‌دهند.

چند نکته مهم در مورد خطاها

- خطا نسبتا شایع است، باعث خسارت زیاد می شود و در بسیاری موارد قابل پیشگیری است.
- خطاها فقط مربوط به بخش بهداشت و درمان نیست.
- خطاها پیچیده هستند و آنالیز آنها هم پیچیده است.
- هم انسان و هم سیستم در ایجاد آن نقش دارد.
- ما چه بخواهیم چه نخواهیم عمیقا درگیر آنها هستیم. اگر چه پیشگیری از آنها کار آسانی نیست.
- نقش ارتباطات و ... در ایجاد خطا خیلی مهم است.
- باید برای کاهش خطاها و کاهش پیامد های آن کاری انجام داد.

برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

- این برنامه در سال (۲۰۰۷) ۱۳۸۷ در کشور ما با ده بیمارستان در فاز اول آغاز شد.
- “اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران است”
- بر اساس راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار (ویرایش سوم) استانداردهای ایمنی بیمار دارای ۵ گروه اصلی (Domain) است که به ۲۲ زیر گروه (Subdomain) تقسیم می شوند،
- این پنج گروه شامل : گروه A - حاکمیت و رهبری ، گروه B - جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه ، گروه C - خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد ، گروه D - محیط ایمن و گروه E - آموزش مداوم .
- مجموعه ی استانداردهای الزامی (۲۵) ، معیار اساسی (۹۴) و معیار پیشرفته (۱۵) می باشند .
- تعداد کل استانداردها (معیارهای ایمنی بیمار) : ۱۳۴ معیار هستند .

➤ معیارهای الزامی به عنوان مسائلی که باید فوراً برای یک بیمارستان برای ارائه خدمات ایمن مورد توجه قرار گیرند، در

اولویت قرار گرفته اند. در ویرایش سوم، در مجموع، ۲۵ مورد از این معیارها وجود دارد و همه بر اساس شواهد موجود در خصوص مشکلات رایج مانند حاکمیت، ارتباطات، بهداشت دست، صلاحیت کارکنان و آموزش کارکنان انتخاب شدند. توجه به تمامی این ۲۵ معیار الزامی، شروعی مناسب برای یک بیمارستان برای مسیر بهبود کیفیت است.

➤ معیارهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان برای ایمنی بیماران باید از آن تبعیت کند. دستیابی به

۱۰۰ درصد استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار الزامی نیست. اگرچه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به درصد استانداردهای اساسی محقق شده بستگی دارد. درصد استانداردهای اساسی محقق شده، جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت است.

➤ استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود، در جهت دستیابی به آنها به منظور

تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

جدول ۱. توزیع معیار طبقه‌بندی شده بر اساس پنج حیطه برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

حیطه (ویرایش سوم)	معیارهای الزامی	معیارهای اساسی	معیارهای پیشرفته	تعداد کل معیارها در هر حیطه
A: رهبری و مدیریت (۶ استاندارد)	۷	۲۶	۳	۳۶
B: مشارکت بیماران و جامعه (۷ استاندارد)	۲	۲۲	۷	۳۱
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۴ استاندارد)	۱۴	۲۴	۲	۴۰
D: محیط ایمن (۲ استاندارد)	۱	۲۰	۱	۲۲
E: آموزش مداوم (۳ استاندارد)	۱	۲	۲	۵
تعداد کل	۲۵	۹۴	۱۵	۱۳۴

جدول ۴. ضوابط امتیاز دهی برای ارزیابی هر معیار

امتیاز دهی	نمره	منطق امتیاز دهی	راهنمای ارزیابان
اجرای کامل	۱	تطابق ۸۰ درصد (یا بیشتر) موارد	ارائه پیشنهاد یا «فرصت برای بهبود» ^۲
اجرای نسبی	۰/۵	تطابق ۳۱ تا ۷۹ درصد موارد	ارائه «فرصت برای بهبود» یا توصیه‌ها برای کمک به ارتقاء بیمارستان
عدم اجرا	۰	تطابق کمتر از ۳۰ درصد موارد	ارائه توصیه‌ها و جدول زمان‌بندی

ارزیابی و سطح تحقق استانداردها

به بیمارستان‌ها به‌عنوان دوستدار ایمنی بیمار بر اساس چهار سطح تطابق امتیاز داده می‌شود که سطح چهارم، بالاترین سطح امتیازی است که یک بیمارستان می‌تواند کسب کند.

جدول ۵. سطوح تحقق استانداردهای ایمنی بیمار

سطح بیمارستان	استانداردهای الزامی (درصد)	استانداردهای اساسی (درصد)	استانداردهای پیشرفته (درصد)
سطح ۱	۱۰۰	هر میزان	هر میزان
سطح ۲	۱۰۰	۶۰-۸۹	هر میزان
سطح ۳	۱۰۰	≥ 90	هر میزان
سطح ۴	۱۰۰	≥ 90	≥ 80

نسخه پنجم اعتباربخشی بیمارستان های کشور

گروه های مرتبط			ضریب وزنی	نوع وزن سنج
مدیریت حوادث و بلاها - با نماد 	انطباق با موازین شرع مقدس - با نماد 	ایمنی بیمار - با نماد 	۲	دارای وزن بالا
" سنج های مرتبط با رسالت اصلی مراکز، شاخصهای کلیدی عملکرد، بیمار محور بودن، نتیجه محور و مبتنی بر شواهد بودن، نشان دهنده استفاده از خرد جمعی - با نماد  " برخی سنج های ایمنی بیمار دارای وزن متوسط - با نماد 			۱/۵	دارای وزن متوسط
سایر موارد			۱	دارای وزن عادی

هفت گام تا رسیدن به ایمنی بیمار

۱. ایجاد فرهنگ و بستر سازی :

بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم شود. در این راستا **بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار** صورت می گیرد که ضرورت دارد دستورالعمل و خط مشی مربوط به آن مطالعه شود.

۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید :

بطور شفاف و محکم در سازمان بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز شود.

۳. عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید :

برای مدیریت خطرات سیستمها و فرایندهایی ایجاد شود و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.

۴. گزارش دهی را تشویق کرده ارتقا دهید :

به کارکنان این اطمینان داده شود که می توانند به راحتی وقایع را در سطح بیمارستان و دانشگاه گزارش کنند. کارکنان در بدو ورود از خط مشی گزارش دهی خطاها و ریسک ها مطلع شده و ملزم به رعایت خط مشی می باشند.

۵. مردم و جامعه در موضوع درگیر شده و با آنها ارتباط برقرار می شود :

➤ که در فرم های نظر سنجی بعنوان گزارش خطا از طرف بیمار و همراه لحاظ شده است..

۶. درس های ایمنی را آموخته به دیگران هم یاد داده شود :

➤ همه کارکنان باید از نحوه **RCA** آگاه باشند و یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند. خطاها و علل مربوط به آن در اختیار کلیه کارکنان قرار می گیرد .

۷. راه حل هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید:

➤ کارکنان موظف هستند که راه حل هایی را که آموخته اند نهادهای سازنده سازند .

Patient	بیمار صحیح
Drug	داروی صحیح
Dose	دوز صحیح
Time	زمان صحیح
Route	روش مصرف صحیح
Document	ثبت صحیح
Reason	دلیل صحیح

داروهای هشدار بالا

[illegible]

12
قدر از بین مارپهانی هشدار بالای ابلاغی از وزارت بهداشت که
انسانی آن به شرح ذیل آمده باشد:

- پرسش: به رنگ نارنجی و قرمز هر گونه پوشش اعم از لباس یا عود یا شال...
- پرسش: هر نوع مهر و مانی یا آویز یا شال...
- پرسش: پرسش: به رنگ قرمز و نارنجی هر گونه پوشش اعم از لباس یا عود یا شال...
- پرسش: به رنگ قرمز و نارنجی هر گونه پوشش اعم از لباس یا عود یا شال...

[illegible]

موقعیت رعایت
بهداشت دست



شناسایی صحیح بیمار

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

**انجام پروسیجر صحیح
در محل صحیح بدن بیمار**

کنترل غلظت محلول های الکترولیت

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی از ایبه خدمات

اجتناب از اتصالات تکررست شوند و توله ها

بهبود بهداشت و سلامت

استفاده یکبار مصرف از وسایل تزیینات

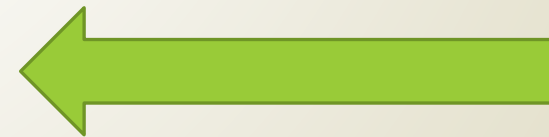
۹ راه حل ایمنی بیمار

- ۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲. شناسایی بیمار
- ۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸. استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
- ۹. بهبود بهداشت دست

ایمنی بیمار در بیمارستان یعنی

1. کار درست
2. در زمان درست
3. محل درست
4. به روش درست
5. بر روی بیمار درست

تا نتیجه کار درست باشد.



کاریکاتور / بازهم خطای پزشکی و بازهم فریاد مردم!

پزشکی در اراک به جای پای چپ بیمار که شکسته بود، پای راستش را عمل کرد!



خطاهای کادر درمان

➤ انسان جائر الخطاست (To Err Is Human) ولی

➤ متاسفانه در ایران آمار مدونی در دست نیست اما به نظر می رسد که میزان خطاهای پزشکی بسیار بالا باشد؛

به دلایل :

➤ بدخطی نسخه های پزشکی و خوانا نبودن آنها

➤ شلوغی داروخانه ها

➤ عدم دقت مردم برای درک اهمیت این داروها و شناخت خطرات آنها و شاید توضیح ناکافی پزشک و داروخانه

داران برای مصرف دارو به خانواده ها

➤ افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان به نظام پزشکی نشان دهنده این ادعاست.

➤ بیشترین خطاها در هنگام تعویض شیفت ها ایجاد می گردد.

آیا نتیجه رویکرد فردی در جلوگیری از تکرار مجدد خطا نیز رضایت بخش و مطلوب است؟

➤ اغلب این طور تصور می شود که با سرزنش و توبیخ فرد خاطی و در نهایت با کنار گذاشتن وی، دیگر اشتباهی رخ نمی دهد. در حالی که این گونه نبوده و همان خطا بارها تکرار خواهد شد. زیرا خطاهای صورت گرفته، متأثر از چندین عامل می باشند و سرزنش افراد خاطی و حتی کنار گذاشتن آنان، هیچ گونه تغییری در این عوامل نمی دهد.

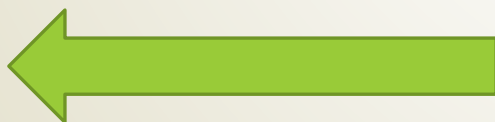
➤ انواع خطا از نظر علت پایه :

1. خطای انسانی Error Human

2. خطای علمی basad-knowledge

3. خطای قوانین: based - Role

4. خطای مهارت: base-S



➤ **خطای انسانی :** اگر فعالیت یا تصمیم اشخاص باعث ایجاد حادثه شود.

➤ **خطا بر پایه علمی :** بعلت عدم یا کمبود تجربه کافی، شخص عملکرد ناقص داشته که منجر به خطا می شود.

➤ **خطا بر پایه قوانین :** اگر اشخاص در مواجهه با مشکل مشابه، راه حل های مشابه ، اشتباه قبلی را اجرا کنند (

اعمال مقررات و دستورالعمل های اشتباه)

➤ **خطا مبنی بر مهارت :** انحراف و تخلف غیر معمولی در اجرای یک برنامه کامل و خوب وقتی اتفاق می افتد که

پرسنل فکر می کند که پروتکل اصلی در این وضعیت پاسخگو نبوده و لذا از مهارت خود در کار استفاده می کند.

چرخه معیوب خطا



آیا گزارش کنم؟
آیا گزارش نکنم؟

ا گزارش می کنم چون

من از تنبیه و توبیخ شدن
نمی ترسم

بابت گزارش کردن به من
پاداش داده می شود

من می دانم چه چیزی را و
چگونه باید گزارش کنم

بازخوردهایی که دریافت
می کنم ارزشمند هستند

راهنماها و سیاست های
روشنی برای گزارش کردن
وجود دارد

بیماران به شدت
دچار آسیب شده اند

سیاست های روشنی برای
گزارش کردن رویدادهای
ناخواسته وجود دارد

سیستم گزارش کردن
در دسترس من قرار دارد

سیستم گزارش کردن
بدون نام و محرمانه است

من اهمیت گزارش کردن
رویدادهای ایمنی بیمار
را می دانم

من در سازمانی کار می کنم
که فرهنگ تنبیه ندارد

فرایند گزارش کردن
رویدادهای ناخواسته
ساده است

احساس می کنم
وظیفه من است که
این کار را انجام دهم

فرایند گزارش کردن بسیار پیچیده است

ناگاهی از این که چه کسی مسئول گزارش کردن است

عدم رعایت ناشناس بودن و محرمانگی

حادثه ای که هم اکنون اتفاق افتاده قبلاً گزارش شده است

بار کاری زیاد

دلیل حادثه در حال حاضر مشخص و روشن است

ترس از واکنش منفی همکاران

وظایف اجرایی اضافی

نداشتن عواقب بد برای بیماران

زمانبر بودن فرایند گزارش کردن

ا
گزارش
نمی کنم
چون
...

حادثه رخ داده قابل پیشگیری نیست

باور نداشتن به این که سیستم گزارش دهی باعث تغییر در سیستم می شود

احتمال تکرار حادثه وجود ندارد

واضح و روشن نبودن آنچه که باید گزارش شود

عدم وجود بازخورد

اولویت نداشتن

ترس از بی لیاقت محسوب شدن توسط همکاران

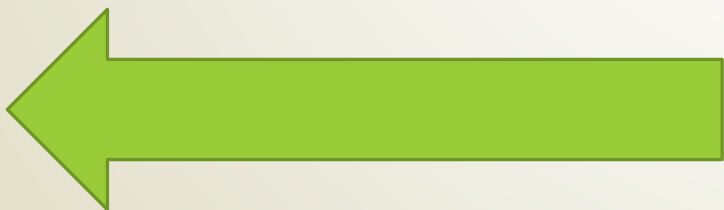
فرایند کاری پروقفه

ترس از تنبیه و مجازات

ترس از اقدامات انضباطی

شاخص های ایمنی بیمار

- (1) افتادن از تخت
- (2) عوارض بیهوشی
- (3) مرگ در گروه های تشخیصی با احتمال مرگ پایین
- (4) زخم بستر
- (5) شکست در نجات بیمار
- (6) جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی
- (7) پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی
- (8) عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی
- (9) شکستگی لگن بعد از عمل جراحی
- (10) هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی
- (11) اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی



۱۲. نارسایی تنفسی بعد از عمل
۱۳. آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی
۱۴. عفونت خون بعد از عمل جراحی
۱۵. جدا شدن زخم بعد از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی
۱۶. پارگی و سوراخ شدگی تصادفی
۱۷. واکنش ناشی از انتقال خون
۱۸. آسیب حین تولد - آسیب به نوزاد
۱۹. ترومای زایمان طبیعی با ابزار
۲۰. ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار
۲۱. ترومای زایمان - سزارین

برخی برنامه های کارشناس مسئول ایمنی بیمار معاونت درمان در راستای ارتقاء سطح ایمنی بیمار

- بازدیدهای آموزشی و نظارتی ایمنی بیمار از بیمارستان ها و ارائه بازخورد به مسئولین و مدیران ارشد و تعامل با کارشناسان هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان های تحت پوشش
- فعال سازی سایت و ارائه مطالب جدید علمی در خصوص ایمنی بیمار
- - همکاری در تدوین، اجرا و بازنگری برنامه های ایمنی بیمار در راستای برنامه استراتژیک دانشگاه و برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت
- ابلاغ آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخش نامه های مرتبط واصله از وزارت بهداشت به مراکز درمانی تحت پوشش

➤ نظارت بر اجرای دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخش نامه های مرتبط در سطح مراکز درمانی تحت پوشش (از

طریق بازدید های دوره ای) و گزارش به کارشناس مسئول ایمنی بیمار بیمارستان های تحت پوشش

➤ نیاز سنجی، برنامه ریزی و برگزاری کارگاه های آموزشی در زمینه ایمنی بیمار برای بیمارستان های تحت

پوشش

➤ پیگیری حل مشکلات موجود در پیاده سازی و اجرای دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخش نامه های مرتبط در

سطح مراکز درمانی تحت

برنامه عملیاتی ???

هدف کلان (G)

ارتقاء ایمنی بیمار

اهداف عینی (O)

O1

• کاهش عفونتهای
بیمارستانی

O2

• کاهش حوادث
ناگوار بیمار

O3

• کاهش خطاهای
درمانی

O4

• کاهش حوادث
کارکنان

O5

• افزایش سطح
گواهی
بیمارستان
دوستدار ایمنی
بیمار

فعالیت های برنامه عملیاتی کشوری ایمنی بیمار

32

- ❖ اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در کلیه مراکز آموزشی درمانی، درمانی، خصوصی، خیریه و وابسته به ارگان ها
- ❖ دریافت لوح بیمارستان دوستدار ایمنی در تعداد بیمارستان
- ❖ ساماندهی گزارش دهی خطاهای پزشکی
- ❖ توانمند سازی کارکنان شاغل در بیمارستان ها در خصوص چگونگی استقرار **مدیریت خطر**
- ❖ تشکیل کمیته مدیریت خطا در معاونت درمان و پیگیری مصوبات آن
- ❖ برگزاری دوره های آموزش **مدیریت خطا** در بیمارستان ها
- ❖ تهیه بسته های آموزشی متناسب با گروه های هدف
- ❖ ارزیابی و تحلیل وضعیت فعلی بیمارستان های دولتی تحت پوشش از نظر اجرایی شدن استانداردهای الزامی، درصدی از استانداردهای اساسی و پیشرفته ایمنی بیمار
- ❖ تشکیل کارگاه و جلسات حضوری با روسا، مدیران و مسئولین ایمنی بیمارستانهای دولتی و خصوصی
- ❖ تدوین **شاخص های ایمنی بیمار** و پیاده سازی سامانه گزارش گیری شاخص های ایمنی بیمار از بیمارستان ها

سناریو خطاهای پزشکی

سناریو (۱): "این نوزاد، نوزادی بود که باید سریعاً مرخص می شد."

34

نوزاد پسر ترمی است بود که در بیمارستان متولد شده بود. نوزاد در ابتدای تولد به دلیل آسپیراسیون مکونیوم ساکشن شده بود و بعد آن هم چندین بار لوله بینی معده ای گذاشته شده بود که این لوله رد نمی شد و دائماً تلاش در گذاشتن آن می کردند که بالاخره این لوله را گذاشتند و به جای آنکه این لوله فقط تا ۲۳ سانتی متر داخل برود تا ۳۵ سانتی متر داخل رفته بود. مری در طی این تلاش ها پاره شده بود ولی متوجه نشدند و لوله بینی معده ای در همان قسمت پیچ می خورد. نوزاد به دلیل این که در آن مرکز بخش مراقبت های ویژه نوزادان وجود نداشت به بیمارستان با دیسترس تنفسی خفیف مراجعه نمود. شب، هنگام شروع تغذیه کم با لوله بینی معده ای شیر بر می گردد و با مشکل مواجه می شود. صبح گزارش این حادثه به پزشک ... داده می شود و ایشان سریعاً در خواست عکس برداری با ماده حاجب را می کند که این کار را انجام می دهند و متوجه می شوند که از قبل مری پاره شده است. این حادثه باعث شد که نوزادی که می توانست با اقدامات ساده و روزهای کم بستری مرخص شود به مدت ۱۹ روز در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بستری گردد.

نکات قابل بحث:

۱. این نوزاد نوزادی بود که می توانست سریعاً مرخص شود.

۲. نکات اخلاق پزشکی و پرستاری را مورد بحث قرار دهید.

سناریو ۲

- آقای الف. ع ۳۴ ساله بدلیل درد کمر (LBP) به اورژانس بیمارستان الف مراجعه نموده است. او این درد را در هفته گذشته تحمل کرده و در شرح حال هیچ نکته قابل توجهی غیر از یک هفته تب که با استامینوفن برطرف شده، ندارد.
- در سوابق او اعتیاد به مواد مخدر تزریقی تا یکسال گذشته هست که با متادون و ایبوپروفن تحت درمان قرار گرفته است.
- در معاینه تاکیکاردی مختصر و درد ناحیه لومبوساکرال مشهود و گزارش رادیو گرافی نرمال است.
- بیمار با تشخیص درد ناحیه تحتانی کمر ساده و خود محدود شونده با ایبوپروفن و توصیه به استراحت و ویزیت بعدی توسط پزشک مرخص می گردد.
- بیمارروز بعد به پزشک مراجعه نکرد ولی بدلیل درد شبانه کمر، شب بعد مجدداً به اورژانس بیمارستان دیگر مراجعه نمود ولی باز هم با مسکن و توصیه به ویزیت بعدی مرخص شد

- بعد از چهار روز بیمار با شکایت از تشدید درد و کوتاهی نفس هایش به اورژانس آمد و در معاینه رال های دوطرفه ریوی، سوفل قلبی در ناحیه میترال و خطوط فلکسورال هر دو اندام تحتانی مراجعه نمود.
- بیمار با تشخیص درد ناحیه تحتانی کمر ساده و خود محدود شونده با ایبوپروفن و توصیه به استراحت و ویزیت بعدی توسط پزشک مرخص می گردد.
- بیمار روز بعد به پزشک مراجعه نکرد ولی بدلیل درد شبانه کمر، شب بعد مجدداً به اورژانس بیمارستان دیگر مراجعه نمود ولی باز هم با مسکن و توصیه به ویزیت بعدی مرخص شد
- بعد از چهار روز بیمار با شکایت از تشدید درد و کوتاهی نفس هایش به اورژانس آمد و در معاینه رال های دوطرفه ریوی، سوفل قلبی در ناحیه میترال و خطوط فلکسورال هر دو اندام تحتانی مراجعه نمود.

■ آقای الف.ع با فاصله کوتاهی پس از بستری مبتلا به نارسایی تنفسی، افت سلولهای خونی و نارسایی حاد کلیوی شد و علیرغم تلاش های جدی تیم پزشکی برای بازگشت و تزریق سلولهای خونی و وازو پرسورها، به دلیل خونریزی از نقاط مختلف بدن و شوک در گذشت.

■ کشت خون بیمار که پس از مرگ او آماده شد، استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی سیلین را نشان داد که وژتاسیون تریکوسپید و پنومونی و انفارکت های کلیه را سبب شده بود. در حالی که هیچیک از این مشکلات و احتمال بروز آنها در طی دوهفته مراجعات مکرر آقای عالمی مدنظر قرار نگرفت و حتی یک آنتی بیوتیک هم دریافت نکرده بود

- به نظر شما چرا چنین اتفاقی افتاد؟
- آیا اندوکاردیت عفونی در افراد معتاد تزریقی نا شناخته است؟
- آیا سابقه تب و اعتیاد تزریقی در شرح حال کم اهمیت است؟
- آیا همه تشخیصهای افتراقی کمردرد، آنهم در فردی معتاد مد توجه بود؟
- پس از مراجعه مجدد و بستری شدن چه فرآیندی مناسب بود؟
- تب، سابقه اعتیاد، عفونت ادراری و یا پوستی، کاهش وزن چراغ های قرمز در مدیریت بیمار کمردردی هستند بعنوان یک قانون افراد معتاد دارای ریسک بالای ابتلا به عفونت های شدید هستند پس بررسی کشت خون و عفونت های احتمالی در اولویت مدیریت بیماران معتاد است.

پس چه باید بکنیم؟

■ ایجاد سیستم گزارش دهی-یادگیری

■ فرهنگ مناسب گزارشدهی خطاهای پزشکی در کارکنان را ترغیب کنیم.

■ با مشارکت کارکنان، گزارش وقایع به طور فعال و موثر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته، از نتیجه در رفع زمینه های خطا و

اصلاح فرایندهای مربوط مورد استفاده قرار گیرند.

- نگرش سیستمیک به حوادث ناخواسته درمانی . ۹۶٪ این وقایع منشا سیستمیک و ۴٪ فردی دارند(زمینه های بروز این وقایع ناخواسته را به حداقل برسانیم.
- ایجاد فرهنگ عاری از سرزنش سازنده تا کارکنان با شجاعت وقایع را گزارش و در یافتن راه حل مشارکت کنند.
- حمایت از کارکنان و اثبات توجه به نقش ایشان مشکلات را با بیماران و خانواده شان در میان گذاشته به حرفشان گوش کنیم و در مراحل بهبود فرایند مشارکت شان دهیم.

با تشکر از صبر و حوصله شما

