

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

آية ۴۳۶
حکمت ۱۳۹۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کردستان
معاونت درمان

مدیریت نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها

گزارش دهی موارد ۲۸ گانه تهدید کننده حیات بیماران و تحلیل علل ریشه ای وقوع آنها (RCA)

اهداف برگزاری این جلسه:

۱. بررسی روند گزارش دهی موارد ۲۸ گانه تهدید کننده حیات بیماران
۲. گذری بر وضعیت گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی در بیمارستان های تابعه در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹
۳. پاسخ به سوالات و رفع ابهاماتی در خصوص تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ۲۸ گانه و مرگ ناشی از Covid-19
۴. ارائه مطالب آموزشی به صورت خلاصه جهت کارشناسان جدید هماهنگ کننده ایمنی بیمار

۱. ابلاغ شیوه نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی (Never Events) در اسفند ماه

سال ۱۳۹۶:

- پیرو جلسات نشست معاونین درمان و همایش کشوری مدیران ادارات نظارت بر درمان در بهمن ماه ۹۶
 - با الگوبرداری از کمیته جهانی ثبت خطاهای پزشکی (National Quality Forum)
 - به منظور صیانت از حقوق گیرنده خدمت و افزایش ایمنی بیمار
 - **۲۸ مورد واقعه ای که نباید در بیمارستان اتفاق بیفتند (Never Events)** جهت رصد در کلیه
- موسسات تشخیصی- درمانی اعم از بستری و سرپایی شامل بیمارستان، مراکز جراحی محدود، درمانگاه های عمومی و تخصصی، مراکز تصویربرداری، مطب ها و ... اعلام شدند.

۲. تاکید بر گزارش خطا و RCA در نسل چهارم استانداردهای اعتباربخشی ملی:

سنجه الف- ۱- ۶- ۴: وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط مربوط گزارش میشوند.

سنجه الف- ۱- ۶- ۵: وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت میشوند.

سنجه الف- ۱- ۶- ۶: اثربخشی برنامه های ارتقا ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی /

برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود.

سنجه الف- ۱- ۶- ۸: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت،

برنامه ریزی و اجرا میشود.

سنجه الف- ۱- ۶- ۹: استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

سنجه الف - ۱ - ۶ - ۴ : وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط

مربوط گزارش میشوند:

- گزارش حوادث ناخواسته درمان بر اساس شیوه نامه ابلاغی وزارت بهداشت

- انجام اقدامات لازم طبق مراحل شیوه نامه ابلاغی وقایع ناخواسته با هماهنگی دانشگاه

سنجه سطح یک

یادآوری نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی:

۱. ارسال دقیق گزارش وقوع حوادث (۲۸ گانه) به محض اطلاع از وقوع آن از طریق سامانه گزارش

فوری وقایع ناخواسته به آدرس: ۸۲:۲۲۸.۲۵۱.۲۵۰.۱۰

۲. ارسال پیامک به سامانه پیامکی MCMC

۳. تشکیل جلسه RCA و ارسال کاربرگ (جدید) مربوطه حداکثر ظرف مدت یک هفته از وقوع حادثه

در قالب فایل Word صرفاً از طریق ایمیل دانشگاهی به آدرس: Accreditaion@muk.ac.ir

۴. ارائه بازخورد به بخش های درمانی در خصوص درس های آموخته شده

روشهای مختلف برای شناسایی وقایع ناخواسته شامل:

- دریافت گزارش
- شکایات واصله
- دریافت گزارش بازدیدها و ممیزیها و گزارشهای نظارتی و سوپروایزری
- بررسی پرونده
- سایر روشهای بومی در بیمارستان

**این امر به معنی عدم نیاز به گزارش،
تحلیل ریشه ای و مدیریت سایر وقایع
ناخواسته درمان نیست و بایستی تمامی
موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه
خدمات / مراقبت سلامت شناسایی،
پیشگیری و مدیریت شوند.**

سنجه الف - ۱ - ۶ - ۵: وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت میشوند:

- وجود رویکرد **عاری از سرزنش نابجا** منطبق بر **نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار** جهت **ترویج گزارشدهی وقایع ناخواسته** از

سوی تیم رهبری و مدیریت

- **شناسایی علل ریشه ای** منجر به وقایع ناخواسته ایمنی بیمار اعم از **وقایع ناگوار، موارد بدون آسیب، موارد نزدیک به وقوع**

- **تدوین دستورالعمل** مشخص برای نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش

وقایع ناخواسته طبق دستورالعمل

- **بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارش دهی وقایع ناخواسته** به منظور برنامه ریزی برای ارتقا ایمنی بیمار به صورت مدون

سنجه سطح یک

سنجه الف - ۱ - ۶ - ۵: وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت میشوند:

- طراحی و اجرای برنامه/مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه ای وقایع ناخواسته

- نظارت و پایش برنامه مداخلات اصلاحی با روش های معتبر جهت ارتقا گزارش دهی

- اطلاع رسانی / بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش کنندگان

- به مشارکت گذاشته شدن درس های آموخته شده با سایر کارکنان و بخش های مرتبط

- استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه ریزی و بازنگری برنامه ها و فرایندها

سنجه سطح یک

طراحی و اجرای برنامه / مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه به دو شکل:

۱. مداخلات / اقدامات اصلاحی موردی به تفکیک وقایع ناخواسته رخ داده

۲. مداخلات / اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی، بخش و مانند آن در خصوص وقایع

تکرارشونده مشابه یا با احتمال بروز مجدد بالا

لزوم توجه به نقش کلیدی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در اجرای صحیح این سنجه ها

نکاتی مهم در زمینه گزارش وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

۱. تیم مدیریت و رهبری بیمارستان پایبندی خود به رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ

ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نموده است.

۲. گزارش ها از نظر روند گزارش دهی اعم از کیفیت و کمیت گزارش های **اصلیه** به تفکیک بخش/واحد، رسته شغلی دسته

بندی محرمانه شده در ارتقا گزارشدهی مورد بهره برداری قرار گیرند.

۳. نظارت و پایش برنامه / مداخلات اصلاحی با روش های معتبر مانند انجام ممیزی بالینی و چرخه PDCA صورت گیرد.

۴. درس گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آنها به عنوان شواهد در برنامه ریزی و بازنگری برنامه ها و فرایندها جزئی از

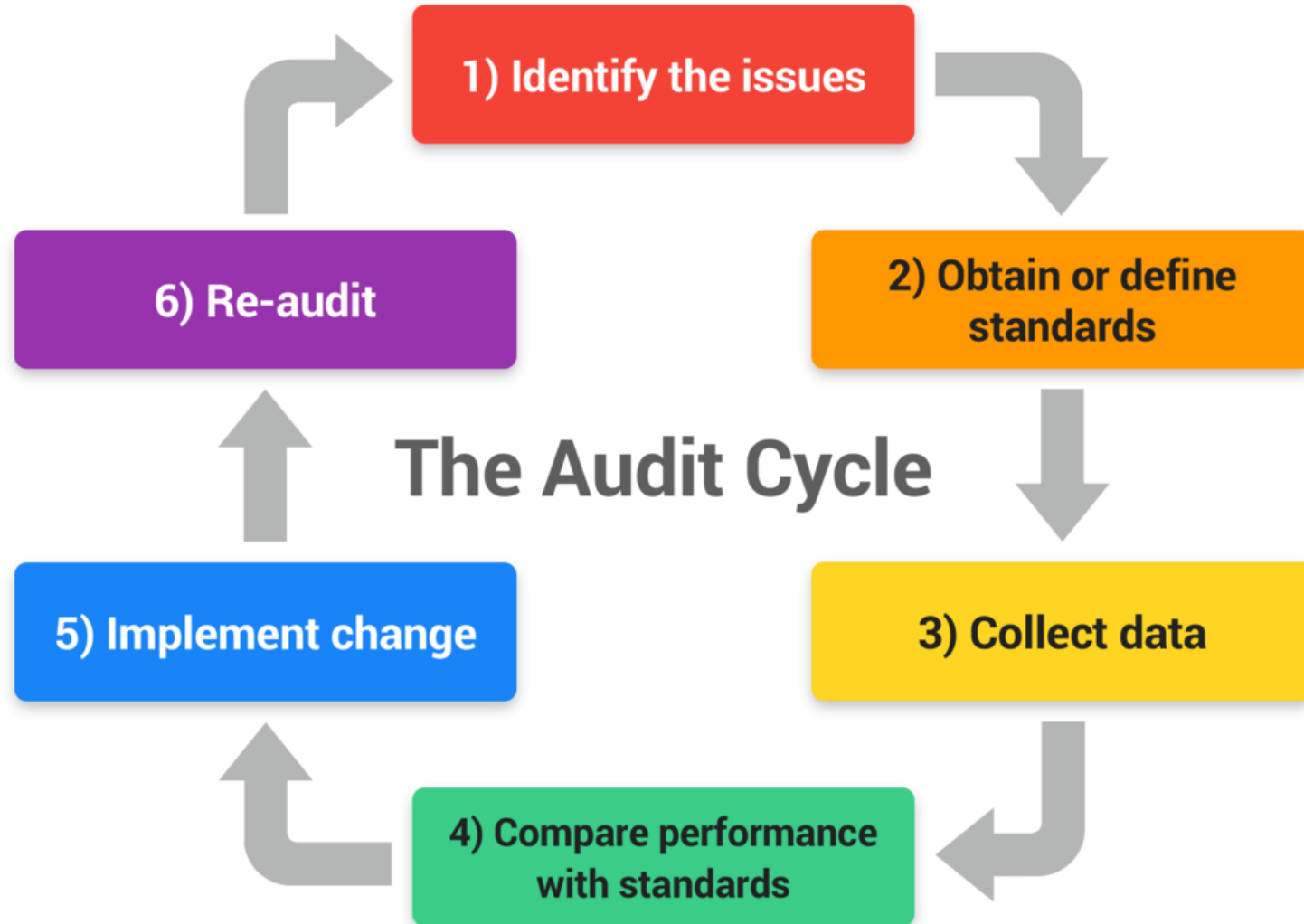
فرهنگ جاری سازمانی است.

دو روش نظارت و پایش مداخلات اصلاحی در این سنجه:

- ممیزی بالینی (Clinical Audit)

- Focus PDCA

ممیزی بالینی (Clinical Audit)



Focus PDCA

Find a process to improve

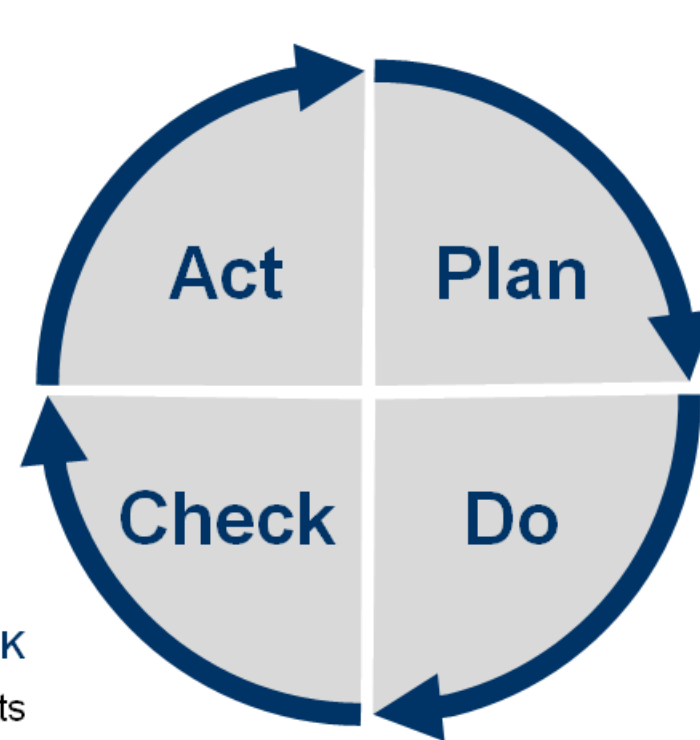
Organize to improve the process

Clarify current knowledge of the process

Understand the source of process variation

Select the process improvement

ACT
Take action to
standardize or improve
the process



PLAN
Plan ahead for change
Analyze and predict the
results

DO
Execute the plan, taking
small steps in controlled
circumstances

CHECK
Study the results

سنجه الف- ۱ - ۶ - ۶: اثربخشی برنامه های ارتقا ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در

صورت لزوم اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود.

- وجود برنامه مدون و در حال اجرا برای پایش اثربخشی ایمنی بیمار

- وجود برنامه عملیاتی مداخلات اصلاحی اثربخش برای ارتقا ایمنی بیمار

- تغییر مشهود در روند بهبود شاخصهای ایمنی بیماران در سطح بیمارستان

سنجه سطح دو

سنجه الف- ۱ - ۶ - ۸: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه

خدمات / مراقبت سلامت، برنامه ریزی و اجرا میشود.

- تدوین خط مشی و روش «مدیریت پیشگیرانه خطر» برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی

از ارائه خدمات / مراقبت سلامت با حداقل های مورد انتظار

- آگاهی، تعهد و عملکرد تیم رهبری و مدیریت و سایر کارکنان مرتبط طبق خط مشی و روش

مدیریت پیشگیرانه خطر

سنجه سطح سه

سنجه الف - ۱ - ۶ - ۹: استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

- آگاهی تیم مدیریت و رهبری بیمارستان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار
- تعهد تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف
- آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار
- ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با روش معتبر در زمان بندی های معین
- بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی /پیشگیرانه / برنامه بهبود در صورت لزوم
- ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی /پیشگیرانه / برنامه بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار
- نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی

سنجه سطح سه

در صورت استقرار کامل فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در بیمارستان شاهد اتفاقات مثبت ذیل خواهیم بود:

۱. سازمان از خطاهای گذشته تجربه کسب کرده و می آموزد.
۲. منابع مورد نیاز، ساختار مناسب و مسئولیت پذیری مطلوب جهت حفظ اثر بخشی سیستم ها تامین میشود.
۳. پیشگیری از خطاها برنامه ریزی و به نحو موثری انجام میشود.
۴. عوارض ناخواسته خطاها کاهش می یابد. (نه میزان گزارش دهی!)
۵. تمامی کارکنان در قبال ایمنی خودشان، سایر کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان مسئولیت پذیرند.
۶. در نظر کارکنان، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است.
۷. در نظر تیم رهبری و مدیریت، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است.
۸. مدیریت سازمان به شناسایی، ارتباط و حل مشکلات مرتبط به ایمنی تشویق / پاداش میدهد.
۹. گزارش دهی وقایع ناخواسته تبدیل به هنجار سازمان شده است.
۱۰. ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان یک ارزش سازمانی نهادینه شده است.

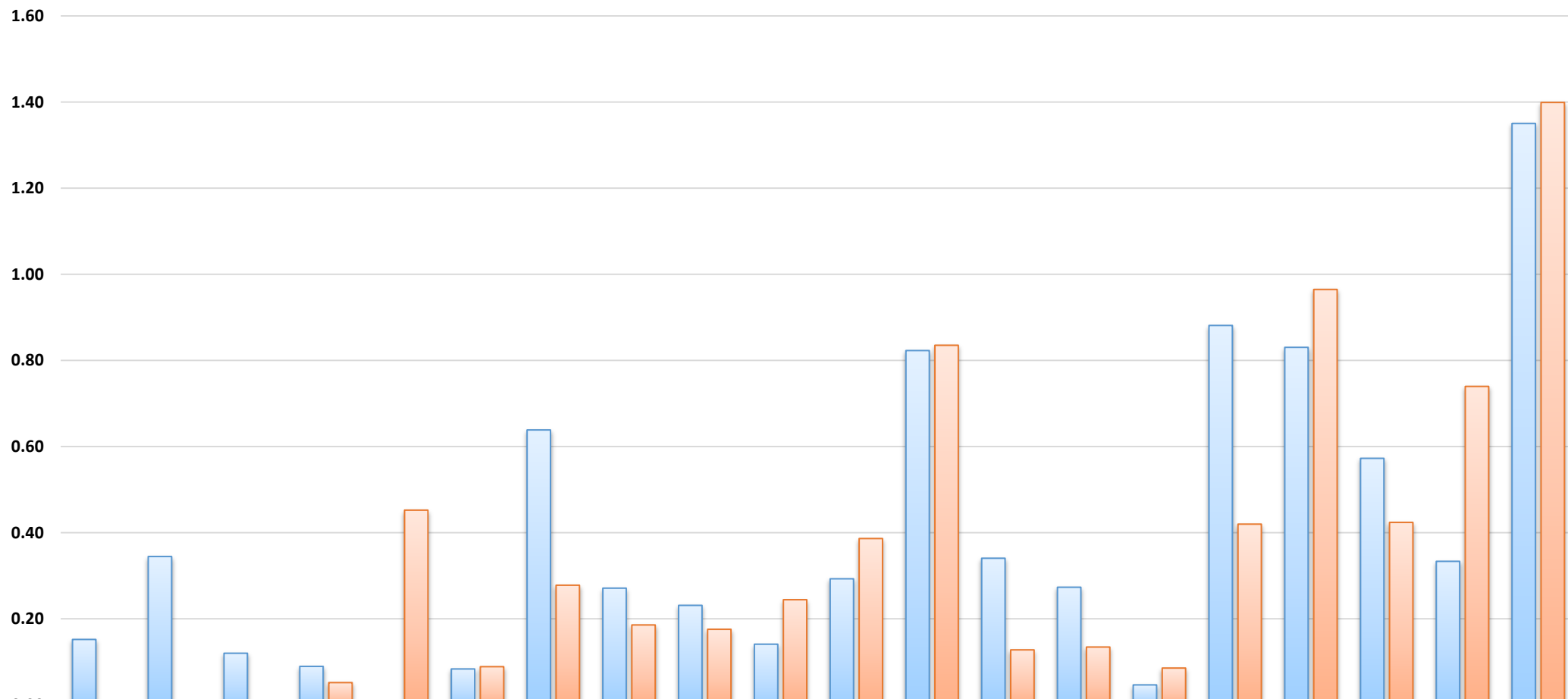
وضعیت گزارش دهی وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیمار

در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه

شش ماهه اول ۱۳۹۹

مقایسه درصد نسبت گزارش دهی وقایع ناخواسته به تعداد بستری

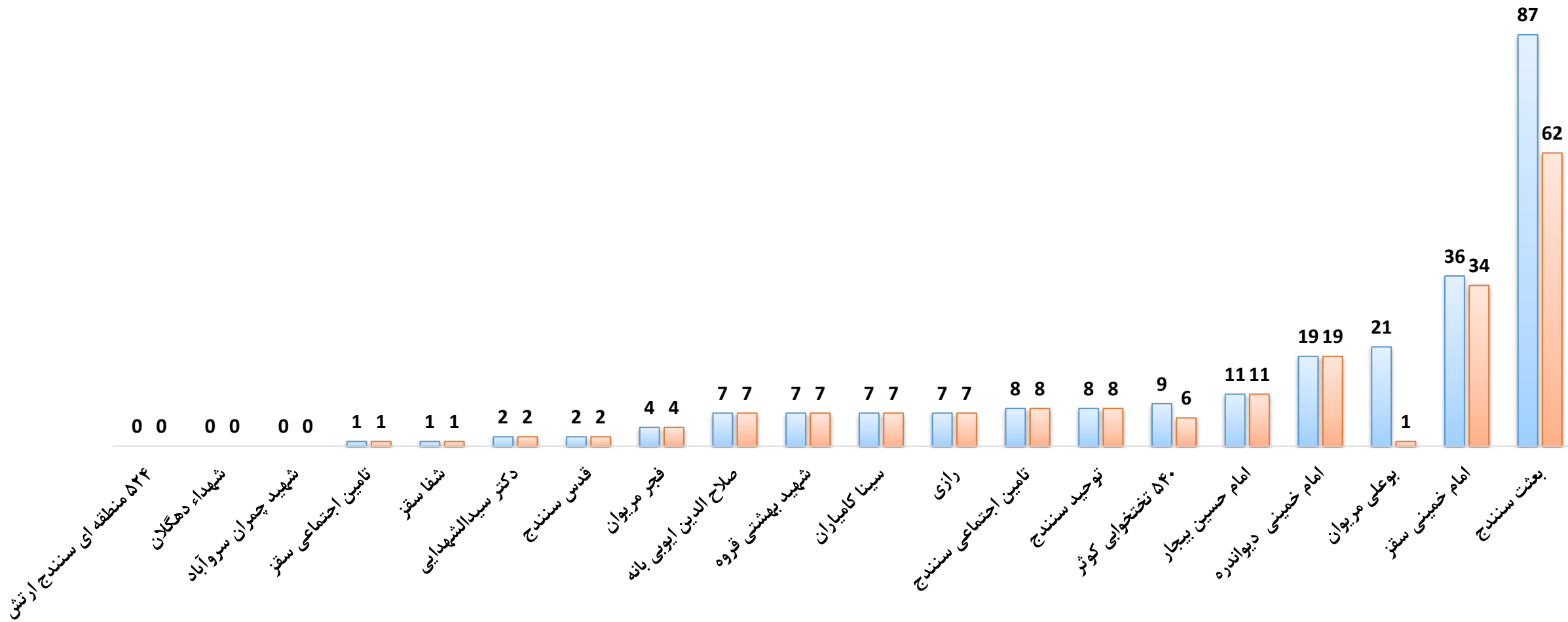
در شش ماهه اول سال ۹۸ و ۹۹



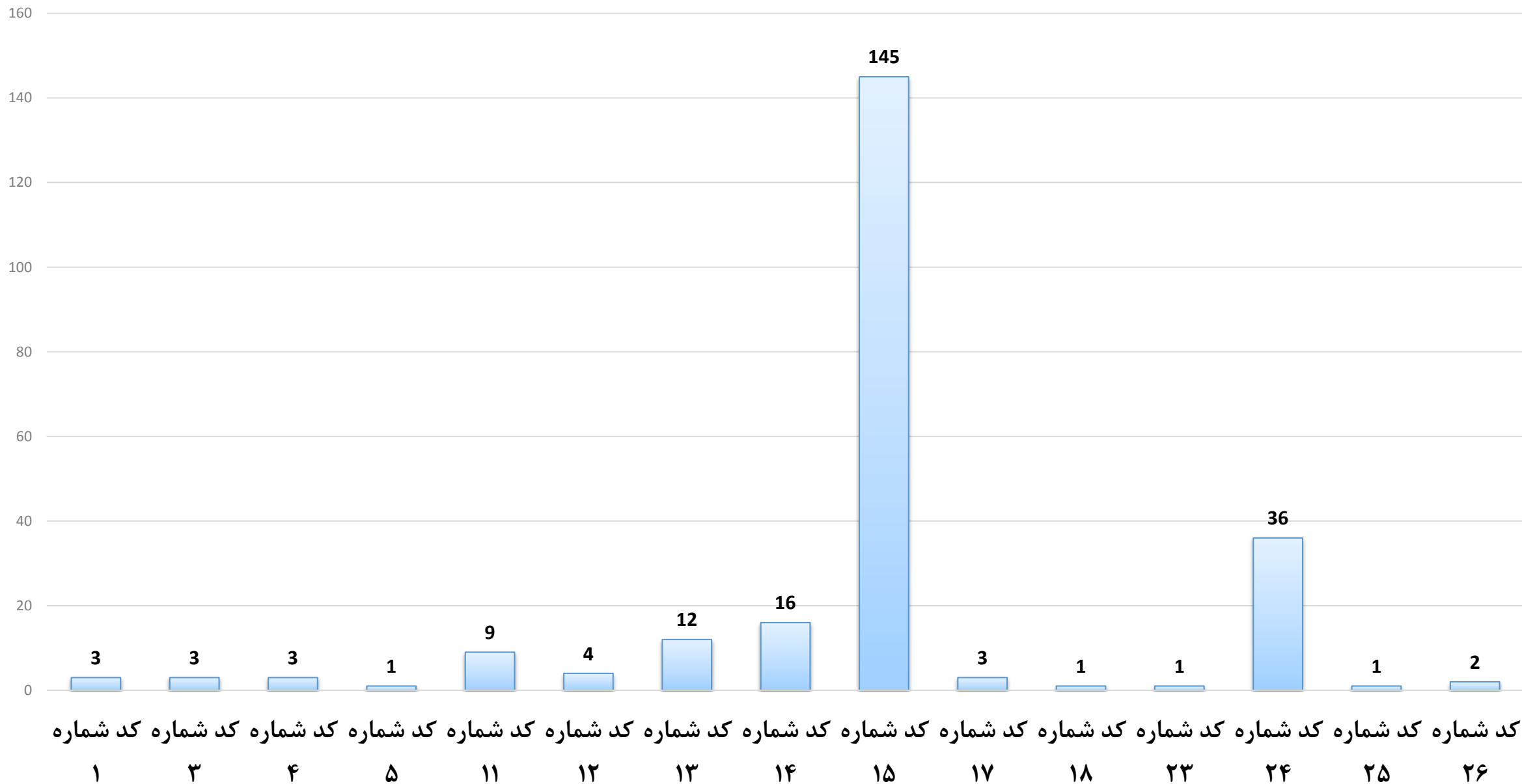
درصد نسبت گزارش دهی به تعداد بستری ۹۸	0.15	0.34	0.12	0.09	0.00	0.08	0.64	0.27	0.23	0.14	0.29	0.82	0.34	0.27	0.05	0.88	0.83	0.57	0.33	1.35
درصد نسبت گزارش دهی به تعداد بستری ۹۹	0.00	0.00	0.00	0.05	0.45	0.09	0.28	0.19	0.18	0.24	0.39	0.84	0.13	0.13	0.09	0.42	0.96	0.42	0.74	1.40

مقایسه تعداد گزارش های ارسال شده با تعداد RCA به تفکیک بیمارستان

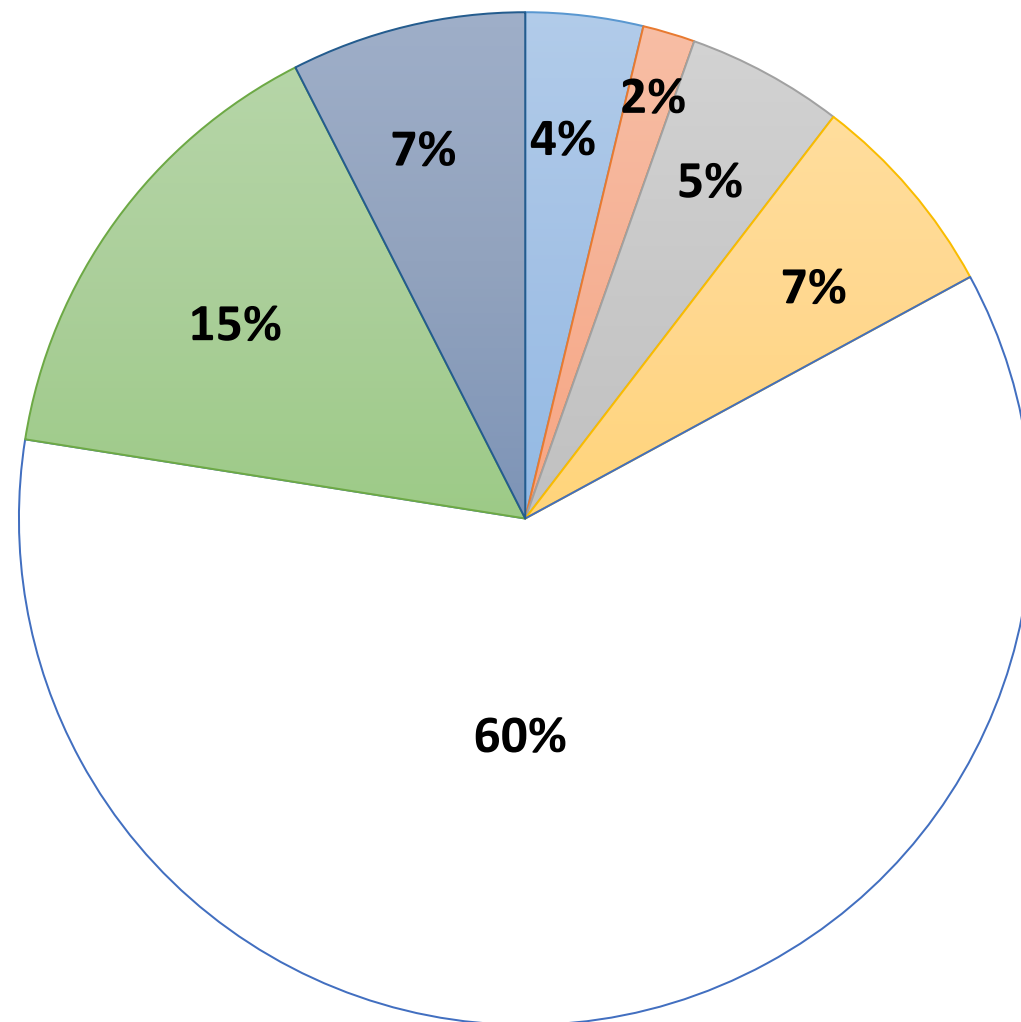
تعداد گزارش ارسال شده شش ماهه اول ۹۹



فراوانی بر اساس کدهای گزارش شده در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹



درصد کدهای گزارشی شده در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹



کد شماره ۱۱ کد شماره ۱۲ کد شماره ۱۳ کد شماره ۱۴ کد شماره ۱۵ کد شماره ۲۴ سایر کدها

یادآوری نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی:

۱. ارسال دقیق گزارش وقوع حوادث (۲۸ گانه) به محض اطلاع از وقوع آن از طریق سامانه گزارش

فوری وقایع ناخواسته به آدرس: ۸۲:۲۲۸.۲۵۱.۲۵۰.۱۰

۲. ارسال پیامک به سامانه پیامکی MCMC

۳. تشکیل جلسه RCA و ارسال کاربرگ (جدید) مربوطه حداکثر ظرف مدت یک هفته از وقوع حادثه

در قالب فایل Word صرفاً از طریق ایمیل دانشگاهی به آدرس: Accreditaion@muk.ac.ir

۴. ارائه بازخورد به بخش های درمانی در خصوص درس های آموخته شده

مشکلات موجود در گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی:

۱. عدم گزارش دهی به موقع (حتی در برخی از موارد پس از گذشت ۲ هفته!)

۲. عدم ارسال پیامک مربوطه

۳. عدم تکمیل صحیح فرم در سامانه

- عدم درج تاریخ صحیح وقوع حادثه

- عدم توجه به عوارض مربوط به مادر یا نوزاد

- عدم ارائه توضیحات کافی از واقعه و یا ارائه توضیحات بیش از حد

۴. عدم ارسال به موقع RCA

۵. عدم ارسال RCA به ایمیل دانشگاهی (ارسال به ایمیل شخصی کارشناس معاونت درمان، نامه اداری و ...)

مروری بر

مراحل تحلیل علل ریشه‌ای وقایع (RCA)

و بررسی برخی از اشتباهات رایج در بیمارستان‌ها

دو ابزار مهم بهبود کیفیت در بیمارستان



تحلیل علل ریشه ای (ROOT Cause Analysis) چیست؟

- تحلیل ریشه ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت (علل) می باشد.
- RCA بخشی از فرایند بهبود ایمنی و کیفیت است.
- RCA فرایندی تجسسی - پرسشی است.
- RCA حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت از بروز رویداد آغاز گردید.

فرآیند تحلیل ریشه ای

تشکیل تیم از افراد دارای تخصص‌های متنوع و مرتبط

1

تعریف رویداد

2

جمع آوری و نگاشت اطلاعات

3

شناسایی مسائل مرتبط با مراقبت یا خدمت (CDP-SDP)

4

تحلیل حادثه - شناسایی عوامل دخیل در حادثه - علل ریشه ای

5

ارائه راه حل‌ها (اقدام اصلاحی)

6

نوشتن گزارش تحقیق

7

اجرای راه حل‌ها (اقدام اصلاحی، اقدام پیشگیرانه، برنامه بهبود کیفیت)

8

گام نخست

تشکیل تیم

- تیم متشکل از ۳-۴ نفر
- مستقل
- دارای شناخت در حوزه بالینی
- بین رشته ای
- دارای مهارت های تحقیق و بررسی
- حداقل یکی از افراد در زمینه فرایند بررسی حادثه به خوبی آموزش دیده باشد.

ترکیب اعضای تیم

- مسئول تیم RCA هر بیمارستان، صرفاً کارشناس هماهنگ کننده ایمنی می باشد.
- افراد نزدیک به رویداد یا مسأله
- افرادی که در اجرای تغییرات بالقوه، نقشی حیاتی دارند.
- فردی با اختیارات تصمیم گیری
- افراد با زمینه های دانشی مختلف

مشکلات رایج در گام نخست:

۱. عدم حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در تیم RCA در برخی از بیمارستان‌ها
۲. عدم حضور افراد دارای تخصص لازم در تیم (لزوم حضور پزشک در بررسی مراقبت ارائه شده به بیمار)
۳. عدم تشکیل تیم در برخی از بیمارستان‌ها و انجام تحلیل علل ریشه‌ای صرفاً توسط یک نفر
۴. ماکول نمودن تعداد زیادی موارد Never Events جهت طرح در یک جلسه RCA

گام دوم

تعریف رویداد

- در این مرحله باید تا حد امکان این که چه اتفاقی افتاده (یا این که نزدیک بوده چه اتفاقی بیفتد) دقیقاً مشخص و معلوم گردد.
- مسأله تا حد امکان باید به طور اختصاصی و شفاف تعریف گردد.

مساله ای که به خوبی تعریف شود، به ما می گوید که چه اتفاق اشتباهی افتاده و بر پیامدهای اتفاق اشتباه متمرکز می شود

(نه بر این که چرا این حادثه اتفاق افتاده است).

مانند:

- ❑ عمل جراحی بر روی نقطه نادرستی از بدن انجام شد.
- ❑ بیمار خودش را به دار آویخت و خودکشی کرد.
- ❑ بیمار بیش از حد مجاز دارو دریافت کرد (overdosed).

یک ابزار مناسب در این مرحله **بارش افکار (brainstorming)** است.

مشکلات رایج در گام دوم:

۱. عدم نگارش صحیح تعریف رویداد بطوری که فقط به عنوان کد واقعه مربوطه اشاره می شود
۲. جانبداری و قضاوت در خصوص دلیل وقوع حادثه در نحوه نگارش تعریف رویداد

گام سوم

جمع آوری و نگاشت اطلاعات

- توصیف یا توضیحی مفصل تر از حادثه مورد نظر است.
- اطلاعات، **”عامل حیاتی“** در فرایند بررسی و تحقیق است.
- حدود ۶۰ درصد از وقت شما در فرایند **RCA** در این گام صرف می شود.

چگونه اطلاعات لازم را در این مرحله جمع آوری کنیم؟

- مصاحبه

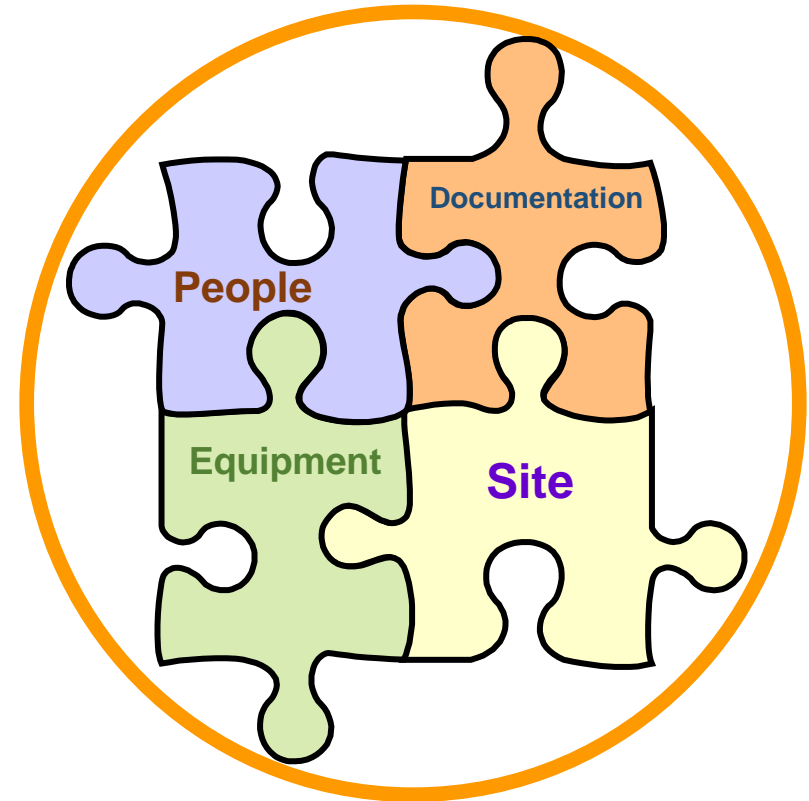
یکی از بهترین روش های جمع آوری اطلاعات

- مستندات مکتوب

- اظهار نظر شهود

- مرور پرونده بالینی

چه اطلاعاتی را در این مرحله جمع آوری کنیم؟



پس از جمع آوری اطلاعات بایستی به توصیف رویداد پردازیم :

○ این توصیف باید اطلاعاتی در مورد **زمان**، **مکان** و **چگونگی** رخداد حادثه مورد نظر در

اختیار قرار دهد و باید شامل موارد زیر باشد:

✓ توصیفی مختصر از آن چه رخ داده است.

✓ شناسایی حوزه ها یا خدماتی که تحت تاثیر این حادثه قرار گرفتند.

○ **توجه:** مراقب باشید که در این مرحله به دنبال نتیجه گیری (چراها) نباشید.

ابزارهای مورد استفاده در نگاشت اطلاعات



۱- رویداد نگاری داستانی

➤ شرح یک واقعه: این که به ترتیب تاریخ و ساعت چه اتفاقاتی افتاده است.

➤ به بیان دیگر “داستان” رویداد یا حادثه را بیان می کند.

➤ مناسب برای موضوعات غیر پیچیده و در فاز ابتدایی مسائل پیچیده.

➤ به عنوان بخشی از گزارش نهایی تحقیق قابل استفاده است.

➤ درک آن راحت است.

➤ فرمت پذیرفته شده برای ارائه اطلاعات است.

- در تاریخ ۱۳۸۸/۲/۲۶ ساعت ۸ شب بیمار (مرد - ۲۸ ساله) با ناراحتی در اپیگاستر به بخش اورژانس بیمارستان مراجعه کرد.

- ساعت ۸:۳۰ توسط رزیدنت کشیک معاینه شد و تشخیص گاستریت برای وی داده شد.

- ساعت ۹ شب بیمار مرخص شد.

- در تاریخ ۱۳۸۸/۲/۲۷ در ساعت ۱۱ صبح بیمار مجدداً با درد شدید به درمانگاه بیمارستان مراجعه می کند و توسط پزشک کشیک معاینه می شود. پزشک دستور تهیه نوار قلبی از بیمار می دهد.

-

۲- خط زمانی Time Line

- ابزاری است که به ما نشان می دهد در هر نقطه از زمان چه اتفاقی افتاده است.
- با کمک این ابزار، می توان توالی رویدادهای رخ داده را به صورت ترسیمی (نموداری) نمایش داد.
- درک و فهم کیس های پیچیده را راحت تر می کند.
- کمک به اجرای مرحله مصاحبه
- این اجازه را به تیم می دهد که شکاف های اطلاعاتی و مسائل موجود در فرایند ارائه خدمت را شناسایی نماید.
- برای برخی کیسهای طولانی ممکن است مناسب نباشد.



مشکلات رایج در کام سوم:

۱. استفاده هم زمان از دو ابزار نگاشت اطلاعات که معمولاً هر دو روش بصورت ناقص انجام می شود
 ۲. ارائه توضیحات بسیار طولانی و غیر مرتبط با موضوع واقعه
 ۳. ارائه توضیحات ناکافی و کوتاه، بدون ذکر تاریخ، ساعت، سیر واقعه و ...
 ۴. عدم رعایت نکات نگارشی و املائی، استفاده از اختصارات بدون پا نویسی، فونت و سایز متفاوت در طول متون
- و ...

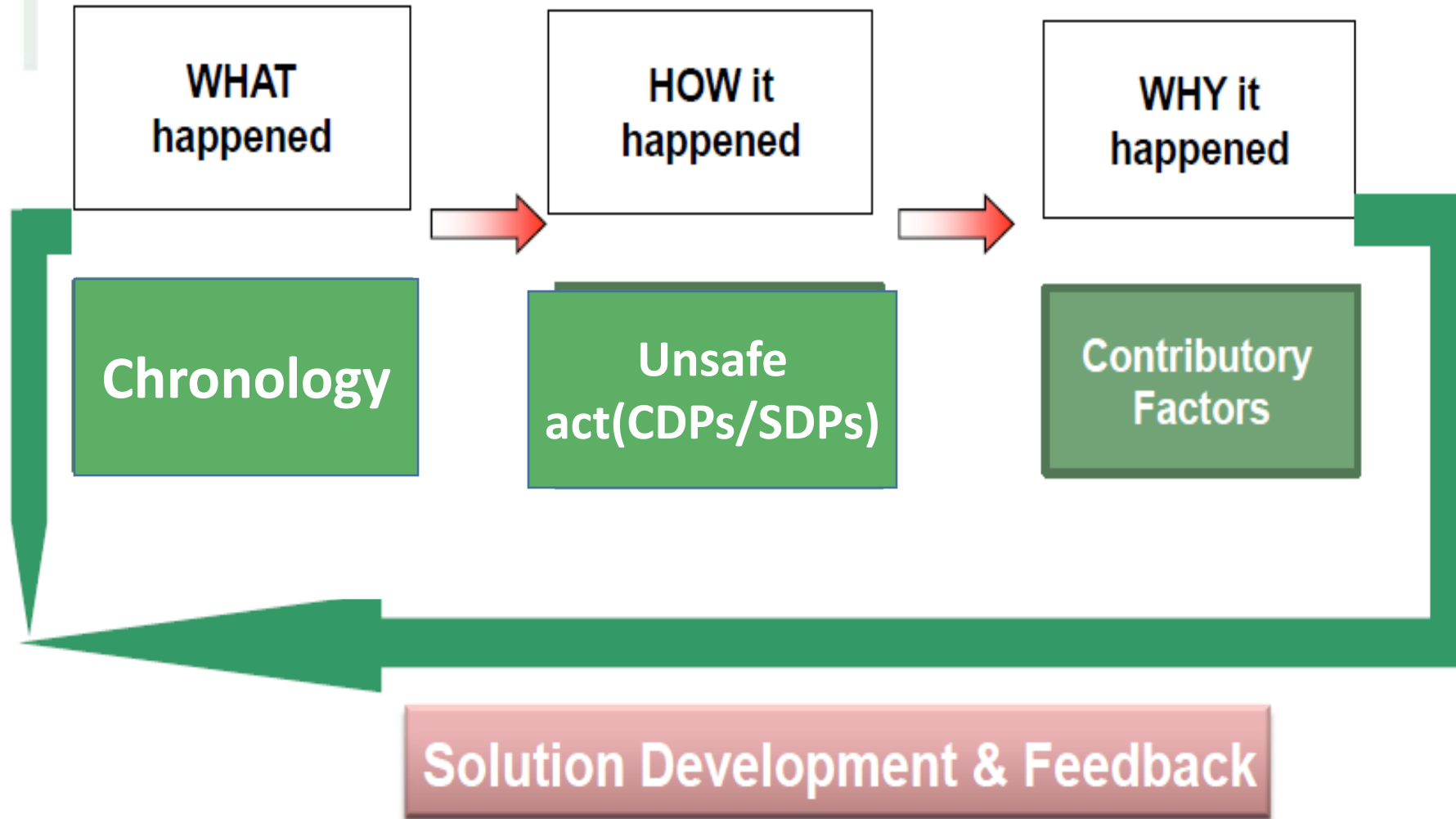
گام چهارم

شناسایی مسائل مرتبط با مراقبت یا خدمت

Care Delivery Problem(CDP)

Service Delivery Problem (SDP)

Basic elements of a good RCA investigation



مسائل مرتبط با مراقبت

Care Delivery Problem

- مسائلی که در حین فرایند ارائه درمان به بیماران پیش می آیند و مستقیماً به فرایند ارائه خدمات درمانی مرتبط هستند. این دسته از مسائل معمولاً ناشی از **خطاهای انسانی** هستند.
- این مسائل با یک فرد یا تیم درمان مرتبط هستند مثل پزشک، داروساز، ماما یا تیم جراحی.
- این دسته از مسائل، ناشی از **اقدام یا عدم اقدام افراد** هستند.

مثال : پرستار ارتباط لازم را برقرار نکرد به جای این که بگوییم خطا (یا شکست) در ارتباطات.

مسائل مرتبط با خدمت

Service Delivery Problem

این مسائل نقائص و ضعف های سیستمی هستند که در طی فرایند تحلیل حادثه مشخص می شوند و به نحوه ارائه یک خدمت و تصمیمات، پروسیجرها و سیستم هایی که بخشی از کل فرایند ارائه خدمت هستند، مربوط می شوند و مستقیماً به فرایند ارائه مراقبت ارتباط پیدا نمی کنند.

مثال: داروخانه داروهای پرخطر را همراه با سایر داروها تحویل بخش داد.

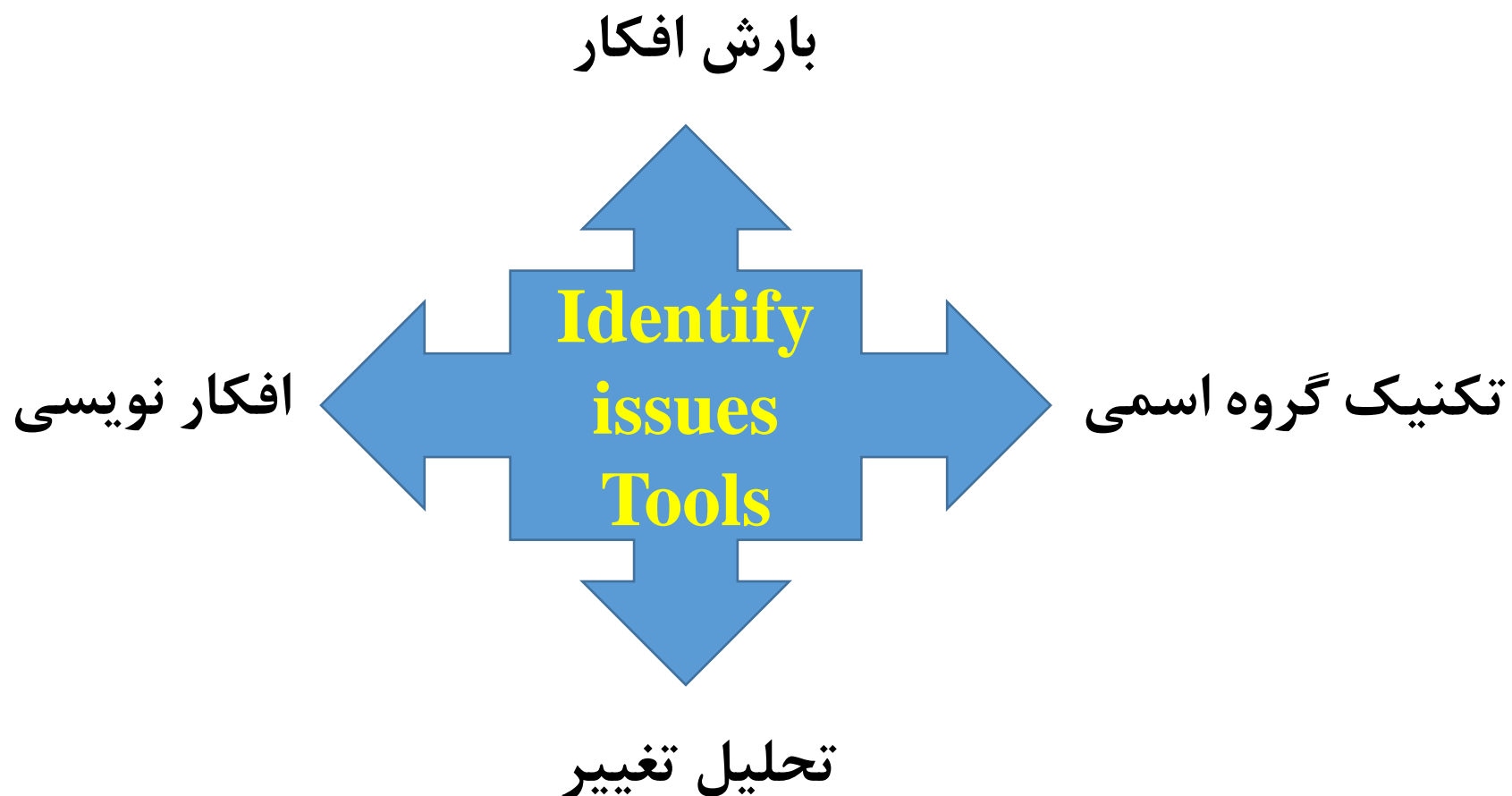
مسائل مرتبط با خدمت و مسائل مرتبط با مراقبت مشخص

می کنند که دقیقاً چه اشتباهی رخ داده است. پس از

مشخص کردن این مسائل است که می توانید مشخص

کنید که علت (علل) بروز این اشتباهات کدام بوده اند.

ابزارهای مورد استفاده در شناسایی مسائل



بارش افکار

- برای اینکه اعضای تیم بتوانند بگویند چه چیزی اتفاق افتاده می توان از بارش افکار استفاده کرد.

بارش افکار چیست؟

- تکنیکی برای تولید ایده و نظر به وسیلهٔ یک گروه در کمترین زمان ممکن و طی یک فرایند خلاق گروهی است .

بارش افکار

- در این روش، هر یک از اعضای تیم ایده و نظر خود را در مورد مسائل موجود در یک رویداد ناگوار می دهد، حتی اگر افراد در مورد صحت ایده شان مطمئن نباشند، باز هم باید این کار را انجام دهند و دیگر اعضای تیم نیز نباید قضاوت و اظهارنظری در مورد ایده های افراد کنند.

- بارش افکار تکنیکی مناسب است که استفاده از تجارب و خلاقیت یک تیم حرفه ای را ترغیب می کند. مقدار زیادی ایده، مسأله یا مشکل را ایجاد، شفاف و ارزیابی می کند .

قوانین بارش افکار

1. هر نوع اظهار نظر از هریک از اعضای گروه، پذیرفته می شود و قضاوت در مورد آنها به پایان فرایند موکول می شود.
2. نقطه نظر هریک از اعضای گروه با کلماتی که بیان می شود نوشته می شود.
3. زمانی که یکی از اعضای گروه اظهار نظر می کند، کسی سخن او را قطع نمی کند.
4. نقطه نظرات همه اعضا هم ارزش بوده و از نقطه نظرات کسی انتقاد نمی شود.
5. درباره نقطه نظرات کسی سوال نمی شود مگر برای روشن تر شدن آنها
6. پایان بارش افکار زمانی خواهد بود که ایده جدیدی ارائه نگردد.

مشکلات رایج در گام چهارم:

۱. نگارش علل (Causes) به جای مشکلات (Problems) ← تعداد زیادی نمودار استخوان ماهی تکراری

۲. در صورت وجود یک CDP یا SDP دیگر نیازی به جدول اولویت بندی نیست (در کاربرد جدید حذف شده)

۳. متأسفانه برخی از مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی و بیمارستان ها بدون تلاش جهت یافتن CDP یا SDP با

اشاره به اینکه از نظر تیم RCA نیاز به بررسی ندارد اصل مسئله را نادیده می گیرند.

۴. اشتباه در انتخاب SDP یا CDP (بعنوان مثال فرار بیمار در اغلب موارد SDP است که به اشتباه CDP نوشته

می شود.)

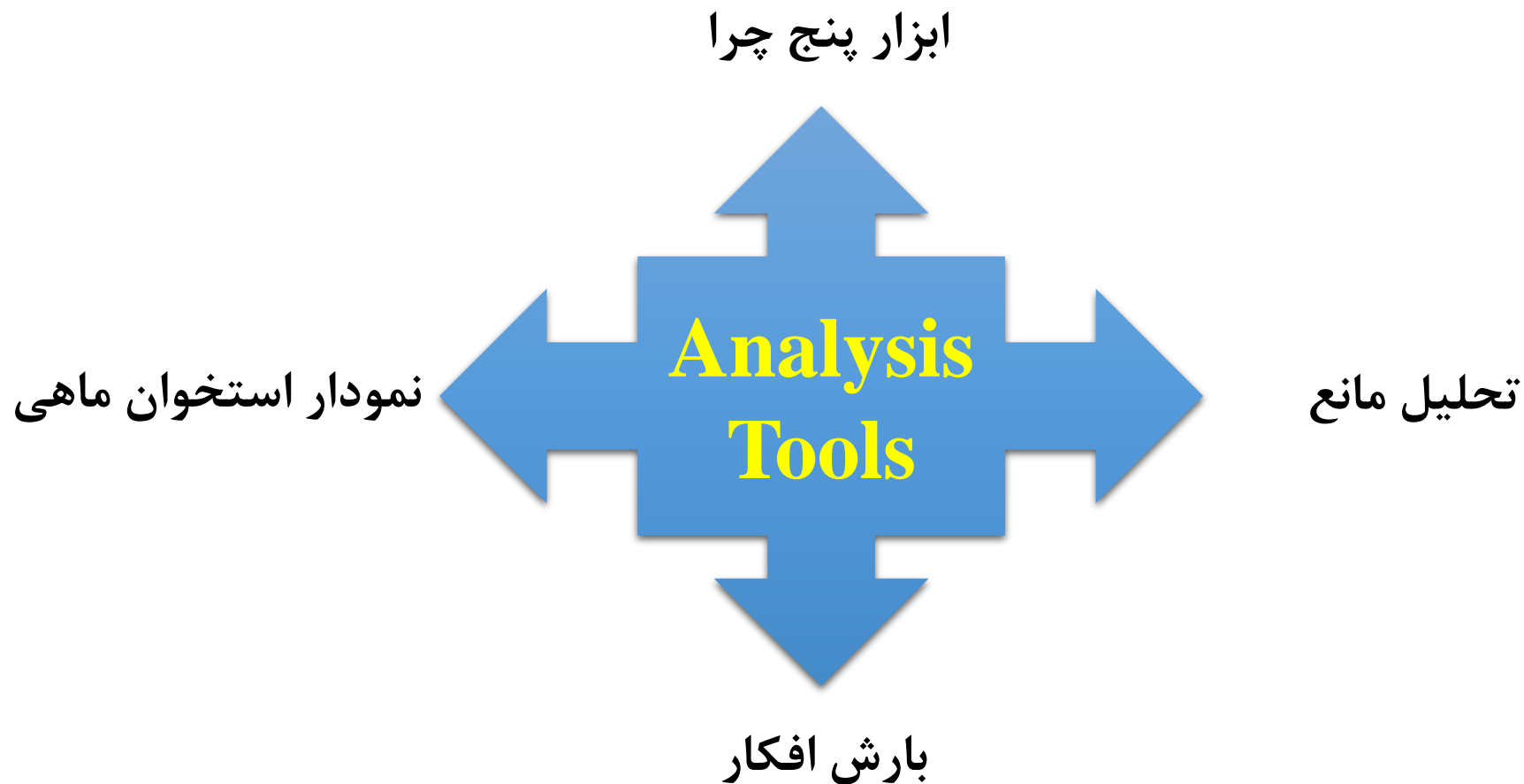
گام پنجم

تحلیل اطلاعات

شناسایی عوامل کمک کننده و علل ریشه ای



ابزارهای مورد استفاده برای شناسایی علل ریشه ای



نمودار استخوان ماهی یا نمودار علت و معلول

زمانی که بخواهیم ریسک‌های موجود در یک فرایند را شناسایی کنیم یا علل وقوع یک حادثه (اعم از سطحی یا ریشه‌ای و عوامل دخیل) را به روشی ساختار یافته‌تر شناسایی کنیم، استفاده از این ابزار برای طبقه‌بندی کردن و گروه‌بندی کردن علل می‌تواند بسیار مفید باشد.

□ **سر ماهی :**

مساله (CDP یا SDP) مورد نظر

□ **تیغه های اصلی :**

گروه های مختلف عوامل دخیل در حادثه/ رویداد (contributory factors)

□ **هر تیغه کوچک :**

علل ویژه مشخص شده برای هر دسته بندی

ترسیم هر ماهی برای شناسایی عوامل دخیل مربوط به یک مسأله است.

عوامل دخیل در وقوع حادثه

Contributory Factors



عوامل مرتبط با بیمار

عوامل شخصی

عوامل مرتبط با وظیفه

عوامل ارتباطی



عوامل اجتماعی و مرتبط با تیم

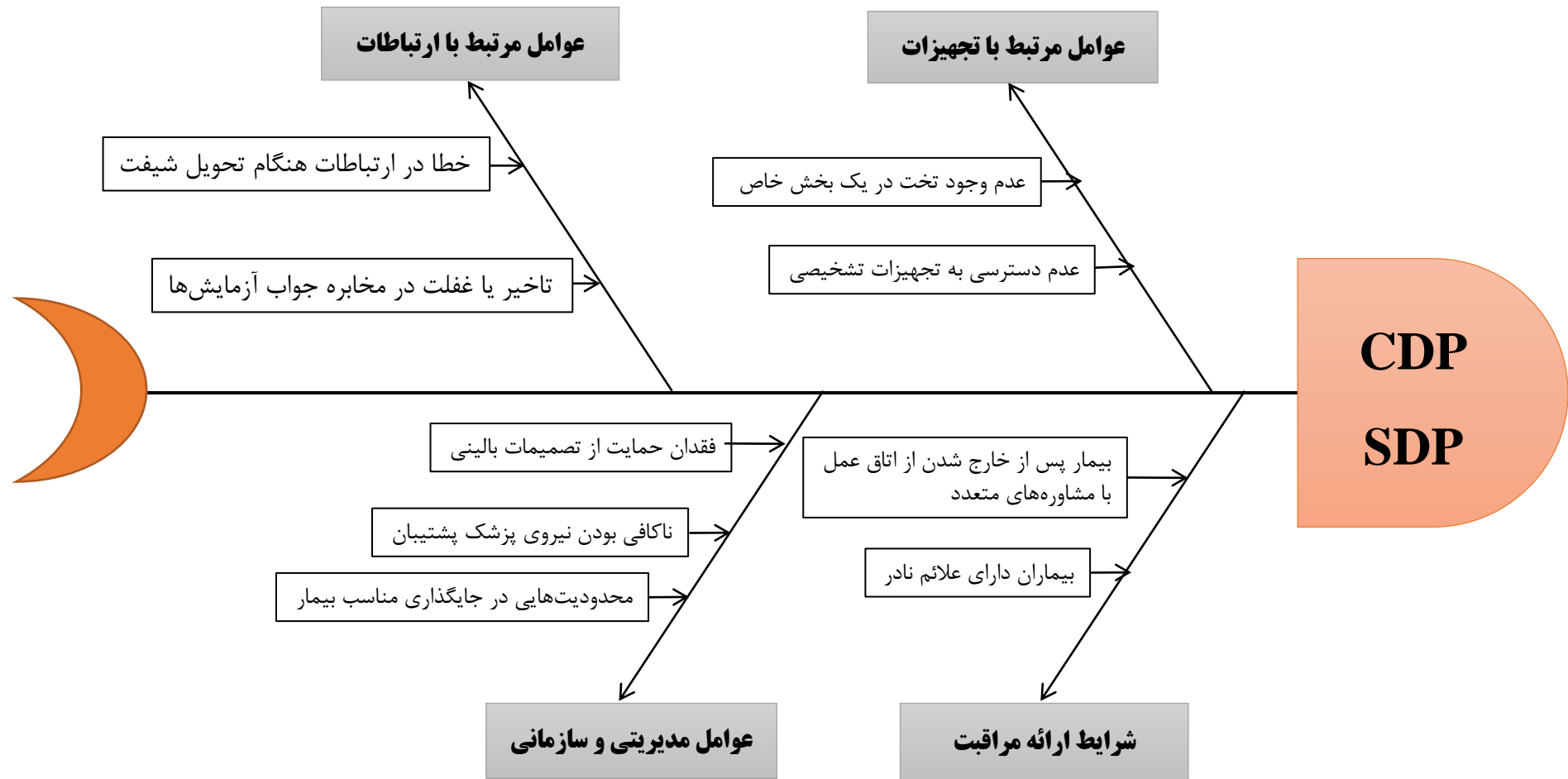
عوامل مرتبط با آموزش



عوامل مرتبط با منابع و تجهیزات

عوامل مرتبط با شرایط کاری

عوامل مدیریتی و سازمانی



□ تمامی طبقات را به ترتیب برای پیدا کردن عوامل مرتبط بررسی کنید (مانند یک چک لیست).
بارش افکار و افکارنویسی را در پیدا کردن عوامل فراموش نکنید.

□ به یاد داشته باشید که ممکن است برای هر طبقه از عوامل، فاکتور یا فاکتورهایی پیدا نشود و نبایستی حتماً اصرار داشته باشیم که همه طبقات (تیغه ها) را پر نماییم.

□ بعد از پیدا کردن عوامل دخیل در حادثه باید آنها را تأیید مجدد یا تأیید نهایی کنیم که حتماً مرتبط به حادثه در دست بررسی باشند. در غیر این صورت در نهایت استراتژیهای غیر اثربخش انتخاب می شوند (احتمال وقوع مجدد حادثه).

عوامل مرتبط با بیمار

عوامل مرتبط با بیمار در پنج گروه تقسیم بندی می شوند:

- وضعیت بالینی بیمار
- عوامل اجتماعی
- عوامل فیزیکی
- عوامل ذهنی و روانشناختی
- روابط بین فردی

مثال:

به علت این که بیمار زبان فارسی را به درستی متوجه نمیشد، توضیحات داده شده در زمینه خطرات درمان خود را به درستی درک نکرد.

عوامل فردی (عوامل مرتبط با کارکنان)

این دسته از عوامل مختص فرد (یا افرادی) هستند که در حادثه / رویداد مورد نظر درگیرند. مانند خستگی، استرس و کم تجربگی

- عوامل فیزیکی
- عوامل روانی
- عوامل خانوادگی / اجتماعی
- عوامل مرتبط با شخصیت

مثال:

پرستار بخش مشکل شنوایی دارد و در حین فرایند تحویل و تحول بیمار، اطلاعات لازم را به خوبی درک نکرده است.

عوامل مرتبط با وظیفه

- عواملی هستند که در ارائه فرایندها و خدماتی ایمن و اثربخش، می توانند کمک کننده و موثر باشند.

در سه گروه کلی جای می گیرند:

- گاید لاین ها، خط مشی ها و پروسیجرهای بالینی

- وجود منابع پشتیبان تصمیم گیری

- طرح وظیفه یا پروسیجر

مثال

الگوریتم نحوه کنترل ایست تنفسی موجود در بخش ناقص می باشد.

عوامل مرتبط با ارتباطات

عوامل مرتبط با ارتباطات در سه گروه طبقه بندی می شوند:

- **کلامی:** دستورات تلفنی
- **غیر کلامی:** ایما و اشاره ها
- **نوشتاری:** دست خط نامناسب، کامل نبودن نوشته ها

مثال:

دست خط پزشک ناخوانا بود و سبب اشتباه تکنسین داروخانه گردید و داروی دیگری برای بیمار به بخش فرستاده شد.

عوامل مرتبط با تیم و عوامل اجتماعی

عوامل مرتبط با تیم در سه گروه کلی جای می گیرند:

- ابهام در نقش / شفافیت نقشهای شغلی (وظایف مشخص شغلی، آگاهی افراد از شرح وظائف شغلی)
- رهبری (بالینی و مدیریتی) (اثربخشی، توانایی رهبری، مقبولیت و احترام نزد زیردستان و...)
- عوامل حمایتی و فرهنگی (وجود شبکه های حمایتی از کارکنان، واکنش تیم به حوادث ناگوار، واکنش تیم به تازه واردین، واکنش تیم به تعارض)

عوامل مرتبط با تجهیزات و منابع

این عوامل، مرتبط با عملکرد صحیح و ایمن تجهیزات و دستگاه های پزشکی و غیر پزشکی می باشند.

این دسته از عوامل در چهار طبقه جای می گیرند:

- **نمایشگر دستگاه** (نمایش اطلاعات صحیح، شفافیت، خوانا و مفهوم، بازخورد، عدم تداخل اطلاعات)
- **یکپارچگی** (اندازه مناسب، قابلیت اعتماد، برنامه نگهداری و تعمیرات مناسب، ایمن بودن، راحت بودن کار با دستگاه)
- **محل قرار گیری** (استقرار و نصب در جای مناسب، انبار شدن به شکل صحیح)
- **قابلیت استفاده** (کنترل های شفاف و واضح، راهنمای کاربر، آشنایی کاربر با تجهیزات، استاندارد بودن)

مثال

سطح اکسیژن بیمار پایین افتاده و باعث ایست تنفسی در بیمار گردید. آلام دستگاه ونتیلاتور خراب بود.

عوامل مرتبط با شرایط (محیط) کار

این عوامل بر توانایی افراد برای فعالیت در سطح مطلوب و بهینه در محل کار تأثیرگذارند.

- **عوامل مدیریتی، اداری و اجرایی** (سیستم های سفارش دارو، قابلیت اعتماد سیستمهای پشتیبانی و...)
- **عوامل محیط فیزیکی** (طرح و چیدمان تجهیزات فیزیکی، کاخداری، روشنایی، سطح صدا و...)
- **کارکنان** (نسبت کارکنان به بیمار، بار کاری، جابجائی کارکنان، استفاده از کارکنان موقت و...)
- **زمان و ساعات کاری** (خستگی مرتبط با شیفت کاری، زمان استراحت در شیفت، وظایف نامربوط، استراحت و مرخصی ها)

مثال

خستگی پرستار به علت شیفت های طولانی ناشی از کمبود پرسنل، منجر به یک خطای دارویی گردید.

عوامل استراتژیک و سازمانی

این دسته از عوامل در بطن سازمان ها جای دارند، معمولاً قابل رویت نیستند و پس از وقوع رویداد یا حادثه ای خود را نشان می دهند.

عوامل استراتژیک و سازمانی در پنج دسته جای می گیرند:

- ساختار سازمانی
- فرهنگ ایمنی
- ریسک های ناشی از محیط خارج
- اولویت ها

مثال

پرستار تازه ورود به علت ترس از توبیخ شدن، اشتباه دارویی را که مرتکب شده بود، گزارش نکرد.

مشکلات رایج در گام پنجم:

۱. متاسفانه برخی از مراکز پزشکی، آموزشی و درمانی و بیمارستان ها در کلیه موارد RCA ارسالی تنها علل مرتبط با بیمار را درج می نمایند، درحالیکه بررسی های بعمل آمده توسط تیم معاونت درمان حاکی از وجود سایر عوامل کمک کننده می باشد.
۲. امکان جمع بندی چند نمودار استخوان ماهی در یک نمودار در صورت انتخاب صحیح CDP و SDP
۳. عدم حذف خانه های خالی و یا کل نمودار خالی استخوان ماهی
۴. عدم انتخاب صحیح عامل کمک کننده (به عنوان مثال: عوامل مرتبط با آموزش ← مهارت ماما!)

گام نهم

ارائه راه حل ها (اقدام اصلاحی)

✓ در این مرحله از فرایند RCA، تیم، لیستی از علل ریشه ای بروز مسأله را در دست دارد و آماده است که راه حل های بالقوه ای برای حذف این مسائل سیستمی ارائه نماید.

✓ این راه حل ها که به آنها اقدامات اصلاحی (corrective actions) یا اقدامات بهبود (improvement actions) نیز گفته می شود، با هدف جلوگیری از وقوع حادثه (یا تکرار حادثه) به سبب علل ریشه ای شناخته شده حاضر، طراحی و اجرا می گردند.

در حین طراحی و اجرای استراتژی های کاهش ریسک و پیشگیری از وقوع خطاها موارد زیر را در نظر داشته باشید:

- کار را با این فرض شروع کنید که در هر کاری ممکن است خطا و اشتباه صورت بگیرد.
- داشتن دیدگاه پیشگیرانه (proactive approach) در حین طراحی این استراتژی ها
- سیستم ها را به گونه ای طراحی کنید که اشتباه کردن را برای افراد دشوار سازد.
- پروسیجرها را آسان و در عین حال استاندارد کنید.

برنامه عملیاتی اجرای تغییرات

- چه کاری می خواهیم انجام دهیم (هدف مشخص - شرح دقیق فعالیت - تاثیر آن بر جنبه های مختلف عملکرد)
- مسئول اجرا چه کسی خواهد بود؟
- در چه بازه زمانی این کار انجام می شود؟ (استفاده از گانت چارت)
- برای اجرای این اقدام چه منابعی لازم است؟

نمونه یک برنامه عملیاتی

علت ریشه ای	اقدامات مورد نظر	مسول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	شاخص انجام
علت ریشه ای ۱	فعالیت ۱	آقای ...			
	فعالیت ۲	خانم ...			
	فعالیت ۳	...			
علت ریشه ای ۲	فعالیت ۱	...			
	فعالیت ۲	...			
	فعالیت ۳	...			
	فعالیت ۴	...			

مشکلات رایج در گام ششم:

۱. عدم تکمیل قسمت اقدامات اصلاحی در برخی از موارد
۲. عدم انتخاب صحیح مسئول انجام هر اقدام
۳. با توجه به اینکه در کاربرد جدید RCA جدول اقدام اصلاحی و برنامه عملیاتی به صورت موازی وجود دارد، تکمیل یکی از این دو مورد کافی است.

گام هفتم

نوشتن گزارش تحقیق

- ✓ چه رویداد/حادثه ای رخ داده است؟
- ✓ این حادثه/رویداد برای چه کسی افتاده است؟
- ✓ چه زمانی این حادثه/رویداد رخ داده است؟
- ✓ کجا این حادثه/رویداد رخ داده است؟
- ✓ این حادثه/رویداد چگونه رخ داده است؟
- ✓ چرا این حادثه/رویداد رخ داده است؟
- ✓ علت(علل) ریشه ای بروز حادثه/رویداد کدامند؟
- ✓ پیشنهادات اصلاح و بهبود چه می باشد؟ (چگونه، چه کسی، چه زمانی، و)

موانع اثربخشی RCA

- فرهنگ تنبیه
- تأثیر احساسی رویداد بر پرسنل
- اطلاعات ناکافی در مورد رویداد
- زمان کم پرسنل برای شرکت در فرایند RCA
- کمبود منابع لازم برای اجرای استراتژی های بهبود
- مقاومت در برابر تغییر، تذکر و یا اقدام اصلاحی
- عدم حمایت از طرف رهبران در رابطه با مقوله ایمنی و کیفیت بیماران
- غرور و عدم قبول امکان بروز خطا در بیمارستان های دارای نیروهای باتجربه

یادآوری نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی:

۱. ارسال دقیق گزارش وقوع حوادث (۲۸ گانه) به محض اطلاع از وقوع آن از طریق سامانه گزارش

فوری وقایع ناخواسته به آدرس: ۸۲:۲۲۸.۲۵۱.۲۵۰.۱۰

۲. ارسال پیامک به سامانه پیامکی MCMC

۳. تشکیل جلسه RCA و ارسال کاربرگ (جدید) مربوطه حداکثر ظرف مدت یک هفته از وقوع حادثه

در قالب فایل Word صرفاً از طریق ایمیل دانشگاهی به آدرس: Accreditaion@muk.ac.ir

۴. ارائه بازخورد به بخش های درمانی در خصوص درس های آموخته شده

با آرزوی تندرستی

