

FMEA : احتمال خطا در فرآیند

مراقبت از بیمار



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل

اینکه همه چیز به روال همیشگی پیش می رود، خود همان فاجعه است.

(والتر بنیامین)

The very fact that everything is going as usual is a disaster

(Walter Benjamin)

*** این برنامه، نظر به اهمیت پیشگیری از خطاهای مراقبتی و با توجه به آمار بالای خطاهای مراقبتی گزارش شده در بخشها با شناسایی راههای پیشگیری از خطا در مورخه ۲۳ بهمن ماه ۱۳۹۵ با حضور مسئول فنی و اعضا تیم انجام گردید.



مرحله اول

تشکیل تیم FMEA

تاریخ تکمیل: ۲۳ بهمن ماه ۹۵ بازبینی مجدد: -

اعضای تیم: دکتر فاطمه اقتداری: مسئول فنی مرکز

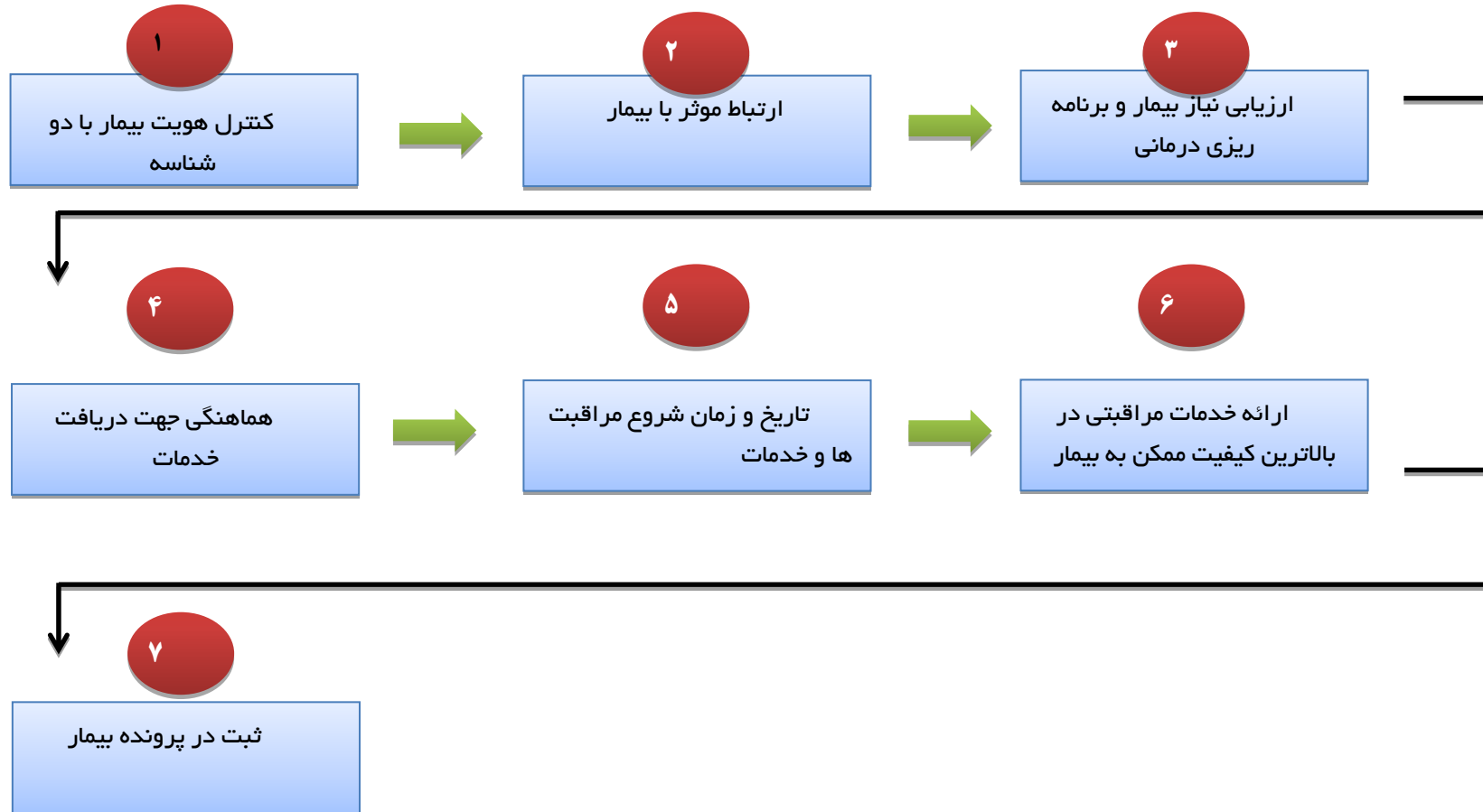
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و سر پرست تیم: زهرا خوش اقبال

مدیر خدمات پرستاری: آقای هوشمندی

سوپروایزر بالینی: خانم فیبا نظارتی

مسئول بهبود کیفیت: خانم فتح اله پور

مراقبت از بیمار



عدم رعایت الزامات حفاظتی
بیمار

حالات

- سهل انگاری در رعایت نکات ایمنی بیمار
- سقوط بیمار
- سوختگی بیمار
- مهار فیزیکی نامناسب بیماران دچار آژیتاسیون
- ابتلای بیمار به زخم بستر

عدم اجرا یا تاخیر در اجرای
دستورات پزشک

حالات

- عدم توجه به دستورات پزشک ثبت شده در پرونده
- شلوغی و ازدحام بخش
- کمبود نیرو
- خطا در شناسایی بیمار و تعیین هویت او
- ویزیت پزشک حین تحویل شیفت

سهل انگاری در مراقبت از IV لاین بیمار

حالات

- عدم توجه به تزریق داروهای وریدی
- عدم توجه به چک مسیر رگ جهت تزریق دارو ، تورم و التهاب و فلبیت
- عدم توجه به رقیق کردن داروهای وریدی
- عدم توجه به تداخلات دارویی
- عدم توجه به بعضی ملاحظات مربوط به دارو
- عدم ماندن بر بالین بیمار تا پایان مصرف دارو

عدم آشنایی در مورد کار با تجهیزات

حالات

- عدم چک دستگاه های ضروری از جمله الکتروشوک و تتیلاتور
- دریافت نامناسب داروها بدلیل عدم آشنایی کار با پمپ های انفوزیون
- آلارم های مکرر دستگاه ها
- هیپوکسیک شدن بیمار بدلیل عدم آشنایی پرسنل در مورد نحوه کار با تتیلاتور
- سیانوزه شدن بیمار و افت سچوریشن بدلیل عدم روشن بودن کمپرسور

قصور در توجه به علائم و تغییرات بیمار

حالات

- عدم کنترل علائم حیاتی بیمار حین ترانسفوزیون خون
- عدم کنترل علائم حیاتی بیمار حین دریافت داروهای پرخطر
- عدم توجه به زخم بیمار و عفونی شدن یا خونریزی از زخم

عدم آموزش نکات مهم به بیمار

حالات

- جایجایی کاتترها و اتصالات بیمار بدلیل عدم وجود آموزش صحیح
- کنسل شدن آزمایش بدلیل عدم آموزش جهت ناشتا بودن
- عدم رعایت دفع اصولی پسماندها بدلیل آموزش نامناسب
- عدم آموزش نکات مهم شیردهی برای مادران
- عدم آموزش نکات خودمراقبتی به بیمار و همراهان

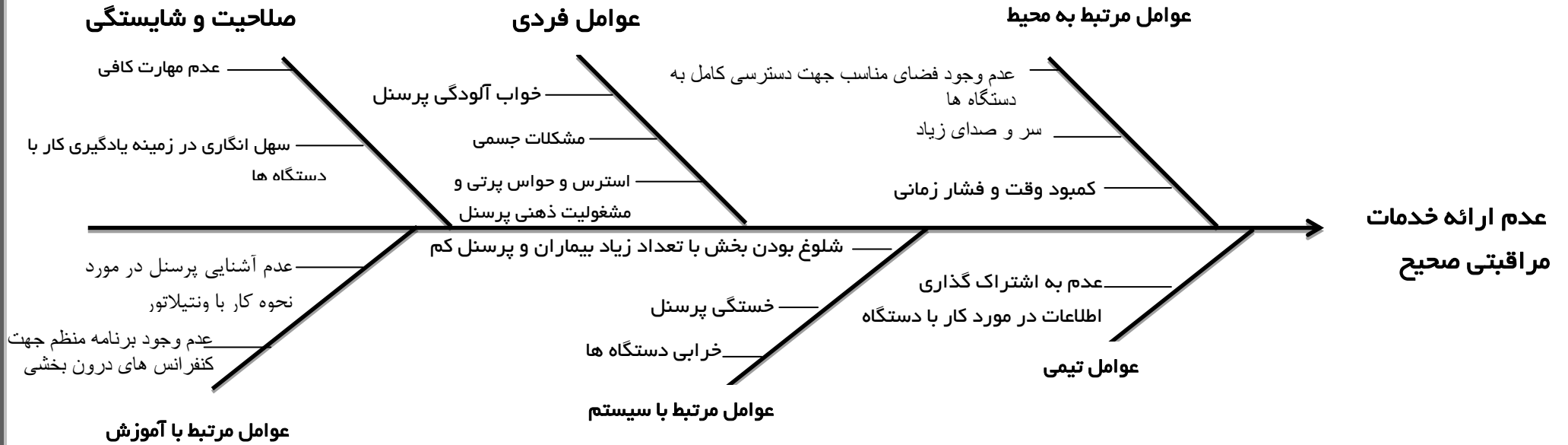
شرح فعالیت	حالات بالقوه خطا	اثرات بروز خطا	علل بروز خطا	کنترل های جاری	شدت خطا (S)	میزان وقوع خطا (O)	قابلیت شناسایی خطا (D)	اولویت بندی ریسک (RPN)	اقدامات پیشنهادی
اجرای دستورات پزشک	عدم چک دستورات	عدم اجرای دستورات	<ul style="list-style-type: none"> - بی دقتی پرسنل - شلوغی بخش - ویزیت حین تحویل شیفت 	نظارت مسئولین بخش و سوپروایزرین	۴	۲	۳	۲۴	دستورات ترجیحا توسط پرسنل با تجربه بخش مجددا چک شوند.
	عدم ثبت دستورات در کاردکس	عدم اجرای دستورات	<ul style="list-style-type: none"> - سهل انگاری پرسنل - ازدحام کاری بخش - کمبود نیرو 	نظارت مسئولین بخش و سوپروایزرین	۴	۲	۳	۲۴	پرونده ها و ثبت صحیح دستورات در کاردکس ها روزانه و حتی الامکان در هر شیفت توسط مسئول شیفت کنترل گردند.
	اجرای دستورات برای بیمار دیگر	خطا در شناسایی بیمار و تعیین هویت او	<ul style="list-style-type: none"> - عدم استفاده از روش های صحیح شناسایی بیمار - مفقود شدن یا عدم وجود دستبند شناسایی - عدم هوشیار بودن بیمار - شناسایی بیمار از طریق شماره تخت یا اتاق 	پاک کردن مشخصات بیمار از برد بالاسر جهت شناسایی بیمار از طریق دستبند شناسایی بیمار	۵	۲	۳	۳۰	در اختیار قرار دادن گایدلاین های شناسایی صحیح بیماران جهت مطالعه پرسنل

شرح فعالیت	حالات بالقوه خطا	اثرات بروز خطا	علل بروز خطا	کنترل های جاری	شدت خطا (S)	میزان وقوع خطا (O)	قابلیت شناسایی خطا (D)	اولویت بندی ریسک (RPN)	اقدامات پیشنهادی
عدم رعایت الزامات حفاظتی بیمار	سقوط بیمار	آسیب یا عارضه پایدار برای بیمار	خرابی بدساید تخت های بیمار	درخواست از واحد تجهیزات جهت تعمیر بدساید تخت ها	۵	۲	۴	۴۰	بدساید تخت ها بطور دوره ای توسط واحد تجهیزات از نظر کارکرد صحیح کنترل شود.
	سوختگی بیمار	آسیب یا عارضه پایدار برای بیمار	عدم توجه به عوامل خطر آفرین برای بیمار از جمله منبع سوختگی (کیسه آب گرم، شوماژ و ...)	بازدیدهای میدانی و مدیریتی ایمنی	۵	۲	۴	۴۰	عوامل خطر آفرین در هر بخش توسط مسئولین بخش ها شناسایی و به واحد ایمنی گزارش شوند.
	مهاری فیزیکی نامناسب بیماران دچار آژیتاسیون	آسیب یا عارضه پایدار برای بیمار	عدم بکارگیری دستورالعمل های مهاری فیزیکی بیمار	اطلاع رسانی به بخش ها در مورد نحوه صحیح مهاری فیزیکی بیمار	۳	۳	۴	۳۶	در مورد مهاری فیزیکی بیمار ساعت شروع و پایان و نحوه مهاری توسط پزشک در برگه دستورات قید شود.
	ابتلای بیمار به زخم بستر	آسیب یا عارضه پایدار برای بیمار	عدم رعایت اصول صحیح تغییر پوزیشن و عدم نظارت صحیح توسط پرسنل پرستاری بر نحوه تغییر پوزیشن بیمار توسط کمک بهیاران	تعیین شاخص زخم بستر به عنوان یکی از شاخص های مهم ایمنی	۴	۳	۵	۶۰	پرسنل پرستاری حین تغییر پوزیشن بیمار حضور فعال داشته باشد و در صورت وجود زخم بستر با شناسایی درجه و اندازه آن، پزشک را جهت مداوای زخم در میان بگذارد.

شرح فعالیت	حالات بالقوه خطا	اثرات بروز خطا	علل بروز خطا	کنترل های جاری	شدت خطا (S)	میزان وقوع خطا (O)	قابلیت شناسایی خطا (D)	اولویت بندی ریسک (RPN)	اقدامات پیشنهادی
عدم آشنایی در مورد کار با تجهیزات	تنظیم نبودن صحیح دستگاه ها	آلارم های مکرر دستگاه ها	عدم آشنایی کافی در مورد کار با دستگاه ها	آموزش دوره ای درون بخشی کار با تجهیزات	۴	۳	۴	۴۸	آموزش استفاده از دستگاه ها توسط پرسنل با سابقه به پرسنل طرحی و کم تجربه درون بخش - کنفرانس های درون بخشی
	تنظیم نبودن صحیح پمپ های انفوزیون	آلارم های مکرر دستگاه ها - دریافت نامناسب دارو	عدم آشنایی کار با پمپ های انفوزیون	آموزش دوره ای درون بخشی کار با تجهیزات	۴	۲	۵	۴۰	آموزش تنظیم صحیح پمپ ها از طریق کنفرانس های درون بخشی
	ست نبودن ونتیلاتورها و بی توجهی به آلارم ها	هیپوکسیک شدن بیمار	عدم آشنایی پرسنل در مورد نحوه کار با ونتیلاتور	آموزش دوره ای درون بخشی کار با تجهیزات	۵	۳	۴	۶۰	آموزش تنظیم صحیح پمپ ها از طریق کنفرانس های درون بخشی
	روشن نبودن کمپرسور دستگاه ونتیلاتور	سیانوزه شدن بیمار و افت سچوریشن	عدم آشنایی پرسنل در مورد نحوه کار با ونتیلاتور	آموزش دوره ای درون بخشی کار با تجهیزات	۵	۱	۵	۲۵	آموزش استفاده از دستگاه ها توسط پرسنل با سابقه به پرسنل طرحی و کم تجربه درون بخش - کنفرانس های درون بخشی

شرح فعالیت	حالات بالقوه خطا	اثرات بروز خطا	علل بروز خطا	کنترل های جاری	شدت خطا (S)	میزان وقوع خطا (O)	قابلیت شناسایی خطا (D)	اولویت بندی ریسک (RPN)	اقدامات پیشنهادی
توجه به علائم و تغییرات بیمار	عدم کنترل علائم حیاتی بیمار حین ترانسفوزیون خون	- بدحال شدن بیمار - عدم شناسایی عوارض ترانسفوزیون - ادامه یافتن ترانسفوزیون و بروز عارضه پایدار یا مرگ در بیمار	- بی توجهی یا سهل انگاری پرسنل نسبت به علائم حیاتی بیمار - شلوعی و ازدحام کاری - کم تجربه یا کمبود اطلاعات پرسنل نسبت به مراقبت های حین دریافت خون	تاکید دفتر پرستاری بر تکمیل فرم های ADR در موارد بروز حساسیت به P.C - برگزاری کنفرانس همووژیالیانس	۵	۲	۳	۳۰	بحث و بررسی در قالب کنفرانس های درون بخشی - نظارت مسئولین بخش ها و مسئولین شیفت ها بر نحوه کار پرسنل با سابقه کمتر
	عدم کنترل علائم حیاتی بیمار حین دریافت داروهای پرخطر	- دریافت بی رویه داروی پرخطر - بروز عارضه پایدار یا مرگ در بیمار	- بی توجهی یا سهل انگاری پرسنل نسبت به علائم حیاتی بیمار - شلوعی و ازدحام کاری - کم تجربه یا کمبود اطلاعات پرسنل نسبت به مراقبت های حین دریافت داروهای پرخطر	ارائه لیست داروهای پرخطر به کلیه بخش های بالینی - جداسازی داروهای پرخطر	۵	۳	۲	۳۰	آموزش نکات مهم در دادن داروهای پرخطر به بیمار - بحث و بررسی در قالب کنفرانس های درون بخشی - نظارت مسئولین بخش ها و مسئولین شیفت ها بر نحوه کار پرسنل با سابقه کمتر

نمودار استخوان ماهی



نتیجه گیری :

چندین علل سطحی در بروز این خطا دخیل هستند که این علل سطحی زمینه ساز علل اصلی می شوند که می توان به چند مورد از آنها اشاره کرد که عبارتند از عوامل فردی مرتبط با کارکردن (حواس پرتی، عوامل شناختی، بار کاری زیاد "اشتباه در تنظیم دستگاه ها")، عوامل مرتبط با محیط (سر و صدای زیادی، به هم ریختگی و شلوغی فضای بخش)، عوامل مربوط به ارتباطات از جمله دستورات شفاهی - عوامل سیستمیک ("ناکافی بودن نسبت پرستار به بیمار")، لازم به ذکر است با توجه به استراتژی های پیشنهادی در ارتباط با بروز خطای مورد بررسی، پایش مستمر در این زمینه صورت می گیرد و ضریب RPN پس از گذشت شش ماه مجدداً مورد ارزیابی قرار می گیرد. (بازبینی مجدد = مرداد ماه ۱۳۹۶)