

جزوه آموزشی ایمنی بیمار ویژه کارکنان پرستاری

کلیات:

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می سازد. مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط حدود 10% از تمام موارد بستری، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و این در حالی است که برآورد می گردد که تا 75% از این خطاها قابل پیشگیری می باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند. در واقع چنین تخمین زده می شود که بین 5% تا 10% هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردد. در این میان سهم نارسایی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است.

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت است و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد، در حال اجرا می باشد. در همین راستا دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. استانداردها در سه سطح تعریف شده اند 1- استانداردهای الزامی که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت 100 درصد تحقق یابند. 2- استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند. استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد. استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

از سال 1389 تا کنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز درصدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است.

سازمانی جهانی بهداشت به منظور ارتقای سلامت جامعه با چالش هایی مواجه شده و جهت حل آنها 9 راه حل ایمنی بیمار را در نظر گرفته است که در ذیل به آنها اشاره می گردد.

همکاران محترم می توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر به زونکن خط مشی و روشهای موجود در بخش مراجعه نمایند.

1- شناسایی صحیح بیماران¹

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود. با توجه به

¹ Patient Identification

زیان و آسیب های حاصله از این امر، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلپوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند. به همین منظور از مچ بندهای احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود.

مشخصاتی که روی مچ بند احراز هویت بیماران ثبت می گردد به شرح ذیل می باشد:

بیماران بستری بزرگسال :

نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار ، نام پدر بیمار، کد پذیرش

نوزادان:

نام و نام خانوادگی نوزاد، نام و نام خانوادگی مادر نوزاد، جنس نوزاد، تاریخ تولد ، تعداد قل (یک، دو ، سه و ...) ، کد پذیرش نوزاد.

نوزادان و بیماران بزرگسال مجهول الهویه:

ثبت عبارت مجهول الهویه و نام مکانی که بیمار آخرین بار در آن مکان مشاهده شده یا مکانی که اورژانس 115 وی را مشاهده کرده است ، جنسیت بیمار، کد پذیرش

نکته 1: برای بیمارانی که اختلالات روانپزشکی دارند مچ بند صادر نمی گردد.

نکته 2: در بیمارانی که شنت / فیستول شریانی - وریدی دارند مچ بند در مچ دست راست نصب می گردد.

نکته 3: مچ بند روی مچ دست راست تمام بیماران نصب می گردد

نکته 4: اگر در ناحیه ساعد دست شکستگی یا اندام مصنوعی وجود داشته باشد ، مچ بند در قسمت بازوی همان دست نصب یا در صورت آتل بندی کل دست راست و دست چپ ، مچ بند در پای بیمار نصب می گردد.

کلیه کادر درمان می بایست قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی مچ بند احراز هویت بیمار را چک نموده و از بیمار در صورتی که هوشیار است نام وی را بپرسند (از بیمار بپرسید " نام شما چیست " ، به جای اینکه بپرسید "آیا شما آقای علی احمدی هستید؟")

به هیچ عنوان نباید شماره تخت و اقدامات تشخیصی- درمانی و هر آنچه که جزء هویت خود بیمار نمی باشد ، مبنای شناسایی بیمار تلقی گردد.

2 - تزریقات ایمن:²

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال می کند. از مهم ترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیرا پزشکی صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن به دست (needle stick) کارکنان بهداشتی درمانی می باشد.

به طور کلی جراحات ناشی از needle stick در سه حالت ذیل رخ می دهد:

ضمن درپوش گذاردن سرسوزن؛

انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش؛

دفع نامناسب وسایل درمانی تیز و برنده مصرف شده.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

- 1- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزنند؛
- 2- به ارائه کنندگان/ کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد؛
- 3- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

تزریقات غیر ایمن شامل :

- 1- روش غلط تزریق
- 2- محل نامناسب تزریق
- 3- داروی اشتباه
- 4- حلال غلط
- 5- دز غلط دارو
- 6- دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سر سوزن استفاده شده (امحاء ناصحیح)

موازین تزریقات ایمن :

الف: محل تمیز (Clean Work Plan): تعیین مکان خاص برای تزریق، قرار دادن وسایل مورد نیاز، دفع بلافاصله سرنگ در Safety Box در نزدیکترین محل به تزریق

ب: شستشوی دست (Hand Washing)

ج: سر سوزن و سرنگ استریل: سالم بودن بسته بندی سرنگ و سر سوزن، کنترل تاریخ انقضای ، دست نزدن به سر سوزن قبل و بعد از تزریق و اجتناب از سرپوش گذاری مجدد سر سوزن

² . Safe Injection



د- تمیز کردن محل تزریق (Skin Cleaning)

- در صورتی که محل تزریق کثیف است آنرا با آب و صابون شستشو دهید .
- به صورت دایره ای محل تزریق را با پنبه الکل (70 درصد) ضد عفونی کنید.
- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید.

کمکهای اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی درمانی:

در صورت فرو رفتن سر سوزن به دست، پاشیده شدن خون یا سایر ترشحات آلوده به بریدگیهای باز، ملتحمه، غشاء مخاطی و گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم می شود.

بایستی کمکهای اولیه فوری انجام داد

- 1- شستشوی زخم با آب و صابون
- 2- کمک به جلوگیری از خونریزی
- 3- خودداری از مالش موضعی چشم
- 4- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با آب فراوان
- 5- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت (در شیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی)

3 - رعایت بهداشت دست³

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایعترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستانها محسوب می گردد. مطابق آمار سازمان جهانی بهداشت در هر لحظه 1400000 نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می کشند این در حالی است که هنوز هم رعایت بهداشت دست³ که روشی بسیار ساده می باشد به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود. جهت بهداشت دست از دو روش استفاده می شود. شستن دستها با آب و صابون و استفاده از محلولهای بنیان الکلی به روش Hand Rub .

هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید .

شرایط لازم جهت شستشوی دست:

³ Hand Hygiene

- 1- نباید در دست زینت آلات باشد، و ساعت مچی نیز باید باز شود.
- 2- در بخشهای ویژه و پر خطر مثل اتاق عمل کلیه جواهرات حتی حلقه از دواج باید برداشته شود.
- 3- بریدگیها و خراشیدگیهای دست باید با پانسمان ضدآب پوشانده شود.
- 4- ناخنها باید کوتاه بوده (حداکثر 6 میلیمتر) و از لاک و ناخن مصنوعی هم استفاده نشود.
- 5- دست با دستکش نباید شسته و یا ضدعفونی شود.

موارد شستن دست با آب و صابون

1. دستها به صورت آشکارا کثیف می باشد؛
2. دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد؛
3. دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های تولید کننده اسپور باشند، از جمله در موارد طغیانهای کلوستریدیوم دیفیسیل؛
4. بعد از استفاده از سرویس بهداشتی؛

موارد استفاده از محلولهای بنیان الکلی به روش Hand Rub

1. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیمار؛
2. بعد از درآوردن دستکش استریل یا غیر استریل از دستها؛
3. قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار (صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر؟)؛
4. بعد از تماس با غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده، یا پانسمان زخم در بیمار؛
5. در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت؛
6. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار؛



4 - جراحی ایمن⁴

چک لیست جراحی ایمن به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی، بیهوشی، پرستاران و بیماران سراسر جهان به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته، معلولیت و مرگ و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل، تدوین و تنظیم شده است. تأکید بر سلامت کارکرد دستگاهها و تجهیزات بیهوشی، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضای تیم جراحی می باشد و تلاش شده است تا سلامت ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد.

این چک لیست به بررسی 10 نکته ذیل جهت تضمین ایمنی جراحی می پردازد:

1. بیمار درست، محل درست عمل، عمل جراحی درست
2. امنیت بیهوشی (داروهای بیهوشی)
3. ایمن بودن عملکرد تنفسی و راههای بیهوشی
4. تمهید جبران خون از دست رفته
5. عوارض ناخواسته یا آلرژیک دارویی
6. جلوگیری از عفونت محل عمل جراحی
7. ممانعت از جاماندن سهوی لوازم جراحی و گازها در محل عمل

⁴ Safe Surgery

8. آماده سازی جهت تحویل صحیح نمونه عمل بیمار به آزمایشگاه

9. برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم

10. برقراری نظام مراقبت برای اتاق عمل و برنامه جراحی ایمن

5 - داروهای با نام و شکل مشابه⁵

داروهایی هستند که از لحاظ بسته بندی دارویی و یا از لحاظ نام دارویی در تلفظ بسیار شبیه به هم می باشند این داروها یکی از شایع ترین علل خطاهای دارویی تهدید کننده سلامت و یک مشکل جهانی محسوب می گردند که باعث افزایش مرگ و میر و هزینه های بیمارستانی می شود. مثل hydrALazine و hydrOXYzine

در شرایط ذیل خطاهای دارویی در مورد داروهایی با شکل و نام مشابه افزایش می یابد:

} خوانا نبودن دستورات دارویی در نسخ پزشکی

} دستور شفاهی دارو بدون تکرار

} انبار کردن و یا در کنار هم قرار دادن بسته های دارویی مشابه

} اختصارات دارویی مشابه بدون تعریف آن در نسخ پزشکی و در سطح بیمارستان

6 - محلولهای الکترولیت با غلظت بالا

مشخص شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا مثل کلرید پتاسیم، بیکربنات سدیم و غیره با برچسب های فلورسنت ترجیحاً برچسب با مارکر های رنگی در محل نگهداری در دیوی بخش و تفکیک آنها

مواردی که در هنگام تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا باید مورد توجه قرار گیرد:

} تهیه چک لیست برای ارائه محلولهای کلرید پتاسیم با غلظت بالا شامل محاسبه دقیق دوز محلول الکترولیتی، ریت

پمپ انفوزیون و برچسب راه صحیح دریافت محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا؛

} بعد از رقیق شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا، نصب برچسب محلول پرخطر قبل از ارائه محلول به بیمار الزامی است.

⁵ look-alike sound-alike drugs

} در تزریق محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا تأکید بر استفاده از پمپ انفوزیون است، در صورت نبود پمپ انفوزیون از میکروست برای تزریق محلول در نظر گرفته می شود و در طول تزریق بیمار به طور مکرر مانیتور گردد.

} حتماً در دستورات پزشک دوز و مدت زمان تزریق برای محلولها ذکر گردد.

} در **order** پزشکی فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک با حروف بزرگ (**capital**) و بالاتر از خط زمینه نوشته می شود.

} پرستار مسئول شیفت می بایست فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک را با خودکار قرمز در کاردکس وارد نماید.

} قبل از تزریق محلولها از شناسایی صحیح بیمار اطمینان حاصل شود.

ملاحظات پرستاری در تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا

- فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، حجم، سرعت تزریق و طریقه مصرف با دستور دارویی درج شده در پرونده بیمار توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار کنترل گردد.
- شناسایی دقیق بیمار از طریق پرسش شفاهی، برگه درخواست و مچ بند احراز هویت بیمار(نام، نام خانوادگی، نام پدر، روز/ماه/سال، کدپزش) پذیرش
- فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، طریقه مصرف، زمان مصرف، ثبت صحیح، دلیل مصرف و پاسخ به دارو توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار، کنترل گردد.
- کنترل وثبت علائم حیاتی بیمار قبل و پس از تزریق
- شستن دست، **HAND RUB** و پوشیدن دستکش تمیز قبل از تزریق و حین تزریق دارو
- آماده کردن فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک در توالی تزریقات و محیط تمیز
- قبل از تزریق، توضیحات لازم به بیمار داده شود.
- محل تزریق وریدی و ناحیه حضور کانولا را از لحاظ عوارض تزریقات وریدی یا عفونت و فلبیت، نشست دارویی، انفیلتراسیون، درد محل تزریق، نکروز، ادم ریه، ترومبوز بررسی کنید در صورت حضور موارد مذکور، از تزریق دارو خودداری کرده و مجدداً یک آنژیوکت دیگر در محل متفاوت برای بیمار بگیرید.
- بر روی محلول آماده برای تزریق علاوه بر کارت سرم، برچسب رنگی تعریف شده در بیمارستان، نصب گردد.
- در صورت داروی افزودنی به بطری محلول آویزان در حال تزریق، اول تزریق قطع، دارو اضافه و کاملاً با محلول مخلوط و سپس مسیر تزریق باز می گردد.
- جهت تزریق دارو از طریق لاستیک مخصوص روی ست سرم، از سوزنهای شماره 21-25 استفاده کنید که سوراخ کوچتری ایجاد می کنند.
- توضیح به بیمار در خصوص گزارش فوری هر گونه درد و قرمزی در محل تزریق وثبت در گزارش پرستاری
- کنترل مسیر رگ از نظر باز بودن

- پس از اتمام تزریق ست سرم ، میکروست به همراه باتل داخل سطل سبز تخلیه می گردد. و وسایل نوک تیز داخل SAFETY BOX تخلیه گردد.

7 - تحويل و تحويل صحيح بيماران

جهت تحويل و تحويل صحيح بيماران از شيفتى به شيفت ديگر، از سرويسى به سرويس ديگر، از بخش به واحدهاى پاراکلينيک، تحويل بيمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک، درخواست مشاوره برای بيمار می توان از روش SBAR استفاده کرد. SBAR ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بيماران بين ارائه دهندگان خدمت می باشد. در واقع مکانیسمی است برای تنظيم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعيت بيمار که نیاز به اقدام فوری دارد.

SBAR مخفف چیست؟

Situation: در خصوص شرح حال و وضعيت فعلی بيمار توضيح می دهد.

Background: در خصوص بيماری زمینه ای و سابقه پزشکی بيمار توضيح می دهد.

Assessment: وضعيت جاری بيمار و تشخيص های محتمل و میزان وخامت حال بيمار را ارزیابی می کند.

Recommendation: پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی را توصیه می کند.

مزایای کاربرد SBAR شامل:

- 1- نقل و انتقال اطلاعات لازم و ضروری بيمار بين ارائه دهندگان خدمت
- 2- ارتقاء دانش کارکنان در خصوص اطلاعات بدست آمده از فرم ارتباطی بيمار
- 3- افزایش توانایی پرستاران برای دریافت گزارش ضروری بيمار از سایر واحد های بیمارستانی براساس یک فرم خاص
- 4- افزایش ایمنی بيمار با ارائه اطلاعات حیاتی در یک نگاه به کلیه پرسنل مسئول کادر درمان در قبال بيماران در طول روز
- 5- افزایش توانایی کلیه پرسنل مسئول کادر درمان برای شناسایی بالقوه مشکلات بيماران.

8- اجتناب از اتصالات نا صحیح

تعبیه صحیح سوندهایی از قبیل کاتتر ادراری، برقراری راه وریدی چست تیوپ ، لوله دهانی - معدی ، CVP LINE، شالدون و غیره

9- تلفیق دارویی⁶

فرآیندی است که نیاز به یک مقایسه بین دارویی که پزشک تجویز و دستور نموده با آنچه که بیمار مصرف می کند. در تلفیق دارویی هنگام بستری الزامی است لیستی از داروهای بیمار که قبل از بستری مصرف می کرده ، تهیه شده و با لیست داروهای تجویز شده در زمان بستری مقایسه و تطبیق داده شود .

مشارکت بیمار در امر درمان خود

پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت و برائت نامه را امضاء می نماید.

منظور از اقدامات تهاجمی اقداماتی است که در طی انجام برش یا منفذ روی پوست ، غشای مخاطی ، بافت همبند ایجاد شده و یا اینکه ابزار هایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود .

اقدامات تهاجمی شامل یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی ، اکسزیون ، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بدخیم ، جایگزینی پروپ یا کاتتر ، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن یا تروکار) تا پیوند های چندگانه پیشرفته را شامل می شود.

اقدامات پرخطر: اقداماتی هستند که بیمار را در معرض آسیب دائمی قرار می دهد.

رضایت نامه :

به عنوان یک قانون کلی، درمان یک بیمار بدون رضایت او به جزء در مواردی چون اورژانس های واقعی ، غیر قانونی می باشد. برای اینکه رضایت گرفته شده از بیمار اعتبار داشته باشد باید اولاً رضایت دهنده دارای اهلیت قانونی باشد و ثانیاً رضایت آگاهانه باشد.

⁶ Admission medication reconciliation

پیش شرط یک رضایت آگاهانه این است که رضایت دهنده باید دارای اهلیت قانونی باشد، یعنی بالغ، عاقل و مختار باشد تا رضایت ارزش قانونی داشته باشد. چگونگی ارائه اطلاعات به بیمار، به این شکل است که بسته به شرایط روحی، درک و تحصیلات بیمار، راجع به بیماری و روش های موجود درمان، عوارض درمان و درمان نکردن، ... و در یک کلام، هر اطلاعاتی که برای یک تصمیم گیری معقول و منطقی لازم است به بیمار ارائه شود تا بیمار آگاهانه رضایت داده و نوع درمان را انتخاب نماید. از طرفی رضایتی که با اجبار، اکراه، فشار و یا فریب همراه باشد فاقد ارزش است.

برائت نامه :

اخذ برائت این است که پزشک قبل از شروع به درمان، عوارض و خطرات اجتناب ناپذیر و یا غیرقابل پیش بینی احتمالی را به بیمار یا ولی او تذکر دهد تا در صورت بروز خسارت، مسئول و مدیون نباشد. تفاوت رضایت و برائت در این است که اگر پزشک فقط رضایت گرفته باشد، در صورت بروز مرگ، نقص عضو یا خسارت مالی ضامن است؛ ولی اگر برائت نیز اخذ کرده باشد، عهده دار خسارت پدید آمده نیست.

نکته 1: در صورت قصور پزشکی (بی احتیاطی، بی مبالایی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی)، برائتی که قبل از درمان گرفته شده باشد رافع مسئولیت پزشکی نیست.

نکته 2: برائت باید توسط پزشک و پس از شرح عوارض و خطرات احتمالی اخذ گردد و کلیه عوارض در برگ برائت نامه ثبت گردد.

در صورت مواجهه با موارد خاص مانند بیمار بی سرپرست، فاقد اهلیت (افراد دارای اختلال هوشیاری و ...)، عدم رضایت والدین جهت اقدام حیاتی برای کودک و ... اخذ رضایت و برائت با هماهنگی متخصص پزشکی قانونی بیمارستان انجام می گیرد.

در موارد خیلی اورژانس مانند: مصدوم وارد شده به اورژانس به صورت بیهوش به دلیل خونریزی زیاد و در مرحله pre-shock (جایی که عدم اقدام فوری، تهدید کننده جان بیمار است)، نیاز به رضایت نیست.

اخذ رضایت جهت صدور جواز دفن :

در مواردیکه مرگ در بیمارستان به علل طبیعی باشد و شکایتی در بین نباشد، لازم است بستگان درجه یک فرد فوت شده، فرم درخواست صدور جواز دفن را که توسط پزشک معالج بیمار در اختیار آنها قرار می گیرد، تکمیل نمایند.

توضیح: بستگان درجه یک به ترتیب اولویت عبارتند از: پدر، مادر، شوهر، فرزندان بالای 18 سال، زن، جد پدری، برادر، خواهر که با توجه به اولویت و در دسترس بودن بستگان اقدام می شود.

اخذ رضایت عدم پذیرش در CCU / ICU :

در خصوص بیمارانی که نیاز به ICU Admission یا CCU دارند ولی به دلیل عدم وجود تخت خالی در CCU یا ICU، در بخش بستری می شوند، لازم است رضایت کتبی از همراهان وی جهت عدم پذیرش در ICU یا CCU و بستری در بخش،

توسط سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت گرفته شود و دو نفر پرستار، رضایت عدم پذیرش را که توسط همراهان داده شده است، تأیید نمایند.

توضیح: قبل از اخذ رضایت جهت عدم بستری بیمار در ICU یا CCU، جهت امکان انتقال بیمار به ICU یا CCU سایر بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با ستاد مربوطه هماهنگ گردد.

نکته: پروسیجرهایی که جزء جراحی پرخطر یا تهاجمی محسوب نمیشوند فقط نیاز به رضایت ضمنی (شفاهی) دارند مثل رگ گیری و خونگیری، سرم درمانی، جاگذاری سوند بینی - معده، بینی - روده ای، سوند فولی، معاینات واژینال (پاپ اسمیر)، معاینات گوش (اتوسکوپ)، آندوسکوپی تشخیصی سینوسهای پارانازال (آندوسکوپی تشخیصی: بدون انجام بیهوشی عمومی و تنها از طریق بی حسی موضعی انجام می شود و فقط کاربرد تشخیصی دارد).

خطاهای پزشکی

خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می تواند منجر به آسیب بیمار گردند، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباه در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فن آوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می باشند.

خطاهای پزشکی دو نوعند:

1- خطا در برنامه ریزی برای بیمار (error of planning) روش انتخابی ما از ریشه اشتباه است. برای مثال تجویز آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیماری که عامل بیماری زای آن نسبت به این دارو حساس نیست. این نوع خطا، خطای برنامه ریزی محسوب می شود. این نوع خطا به آسانی قابل تشخیص نیست.

2- خطا در اجرای درمان (error of execution) روش درست ما آنطور که می خواهیم پیش نمی رود. برای مثال پرستار، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است، را تزریق می کند. در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا، اشتباه صورت گرفته است. دلایل خطا می تواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد. این نوع خطا قابل مشاهده است.

از نظر شدت و حدت خطاهای پزشکی عبارتند از:

1- نزدیک به خطا (potential adverse event/ near miss/ close call): اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است. که می تواند به دلایل خوش شانسی (Good Fortune Reasons) زیر باشد:

الف - مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود).

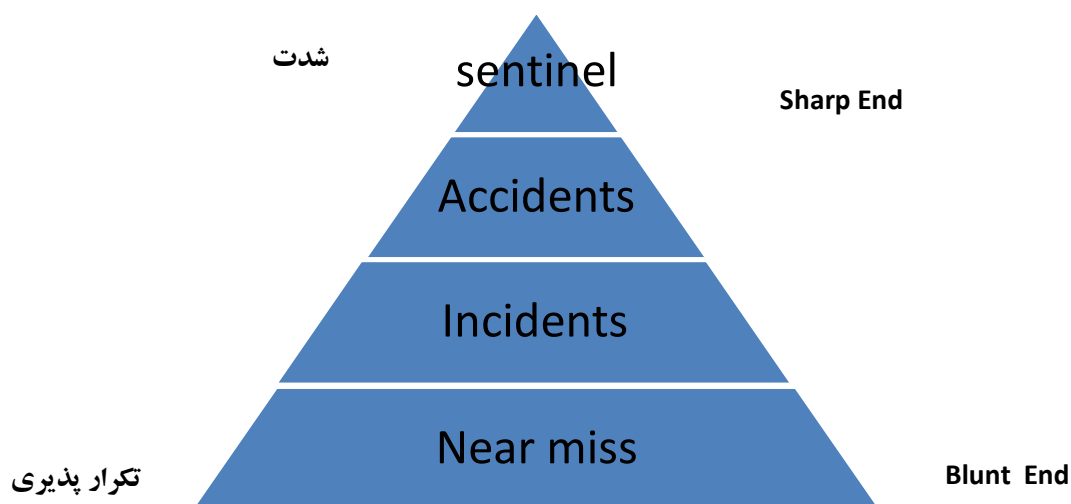
ب- مرور مجدد اطلاعات (Recovery of Identification) بررسی مجدد نام بیمار و نوع داروی تزریقی قبل از تزریق

2- حوادث بدون عارضه (No Harm event/ Incident Event) حادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه، هیچ آسیبی به بیمار ندارد در حالیکه حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد. مثل قوی بودن بیمار (تزریق پنی سیلین به بیمار ی که سابقه آلرژی ندارد و عدم ایجاد واکنش بیمار)

3- واقعه ناگوار (accident) حادثی که اتفاق می افتد و به بیمار آسیب می رساند ولی حادثه وارد شده باعث ایجاد صدمه جدی نمی باشد و قابل جبران است مثلاً اقداماتی که باعث طولانی شدن مدت اقامت بیماران شود و یا افزایش هزینه بیمار گردد. مثل سقوط بیمار از تخت.

4- حوادث مرگ آفرین و ناگوار (Sentinel Event) وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (death/ harm) فیزیکی یا فیزیولوژیک می شود. مثلاً مرگ بیمار به دلیل پنومونی متعاقب عمل جراحی، از دست دادن عملکرد یک عضو که به شرایط بیماری و یا بیماری زمینه ای مرتبط نباشد، جراحی اشتباه روی بیمار دیگر و یا عضو دیگر ، خودکشی بیمار، تحویل کودک به خانواده دیگر و

آنچه که در بحث خطاهای پزشکی حائز اهمیت است گزارش دهی خطاهای پزشکی است. توجه به رویکرد سیستمی به جای سرزنش افراد خطاکار، بررسی و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم (Root Cause Analysis) و نهایتاً تغییر سیستم به گونه ای که احتمال وقوع خطا در آن کم شود از اهداف اساسی گزارش خطاهای پزشکی می باشد.



نحوه مواجهه با مقادیر حیاتی آزمایشات Panic Value

مقادیر بحرانی به مقادیر نتایج آزمایشاتی که خارج از مقادیر طبیعی و در محدوده هشدار قرار دارند و گزارش فوری آن می تواند بر وضعیت سلامت و نحوه درمان بیمار نقش بسزایی داشته باشند، اطلاق می گردد. این نتایج با تأیید مسئول فنی

آزمایشگاه در سیستم HIS بیمارستان تعریف شده و در صورتی که نتیجه آزمایش با مقادیر بحرانی تعریف شده در سیستم HIS یکی بود با رنگ قرمز در سیستم جوابدهی آزمایشگاه نشان داده می شود.

آزمایش کننده پس از تأیید مسئول مربوطه، نتایج بحرانی را به عنوان هشدار سریعاً و به صورت تلفنی به سرپرستار و یا پرستار مسئول بخش اطلاع دهد و بلافاصله آزمایش را مجدداً تکرار⁷ می نماید

سرپرستار و یا مسئول شیفت پس از دریافت و ثبت گزارش نتایج بحرانی به منظور اطمینان از صحت دریافت گزارش یکبار آن را برای پرسنل گزارش دهنده به طور کامل بازگو نموده⁸ سپس سریعاً به بالین بیمار مراجعه می نماید و وضعیت بالینی وی را چک و سپس پزشک معالج را مطلع می نماید.

در صورتی که نتیجه آزمایش مجدد با آزمایش قبلی مطابقت داشت و در محدوده بحرانی قرار داشت و یا نتیجه آزمایش مجدد مغایر با نتیجه قبلی بود، آزمایش کننده با تأیید مسئول مربوطه، نتیجه را به بخش گزارش می نماید.

در صورتی که نتیجه آزمایش جزء مقادیر بحرانی بود، پزشک معالج اقدام درمانی را برای بیمار شروع می کند.

اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه⁹

به نتایج تستهای حیاتی بیمار که بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شود تستهای معوقه یا pending test result گفته می شود. جهت ارتباط با بیمارانی که نتایج اقدامات پاراکلینیک آنان بعد از ترخیص از آماده شده است، فرآیندی تعریف شده است که مطابق آن پرستار از رزیدنت معالج بیمار در خواست می نماید تا نتایج مذکور را بررسی نمایند. در صورتی که نتیجه اقدامات پاراکلینیک در محدوده بحرانی قرار داشت، و همچنین با تأیید استاد مربوطه از منشی بخش خواسته می شود تا طبق دستورالعمل نحوه برخورد با نتایج پاراکلینیکی معوقه، به بیمار اطلاع رسانی نماید تا جهت ادامه درمان به مرکز درمانی مراجعه نماید.

تفکیک صحیح پسماندهای تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند از: سوزنهای سوزنهای زیر جلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها، چاقو، ست های انفوزیون، اره ها، شیشه شکسته ها (آمپول)، ناخن بیماران و ترمومتر شکسته شده ... که ممکن است عفونی باشند یا نباشند به هر حال به عنوان پسماند های به شدت تهدید کننده سلامتی بشمار می آیند .

Safety Box موجود در ترالی اورژانس، تزریقات و بیهوشی مخصوص پسماند اجسام تیز و برنده است.

7. Recheck

⁸ read back

⁹ Pending test Result



تفکیک صحیح پسماندها

} پسماند عادی که در سطل زباله آبی ریخته می شوند شامل زباله های آشپزخانه ، آبدار خانه قسمت اداری -مالی ، ایسگاههای پرستاری ، باغبانی را در مراکز بهداشتی - درمانی تشکیل می دهند.



} پسماند عفونی که در سطل زباله زرد ریخته می شوند شامل پسماند های عفونی مضمون به داشتن عوامل زنده بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگلها یا قارچها) به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبانان حساس موجب بیماری شوند.



} پسماند های دارویی که در سطل زباله سبز ریخته می شوند شامل داروهای تاریخ گذشته ، واکسن ها، دماسنج جیوه ای، مواد مخدر و سرمهایی که دیگر به آنها نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند . این رده همچنین شامل اقلام دور ریخته شده مورد مصرف در کارهای دارویی مانند بطری ها و قوطی

های دارای باقیمانده داروهای خطرناک ، دستکش ، ماسک ، لوله های اتصال و ویال های داروها هم بوده که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشند.



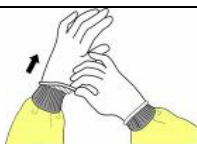
} پسماند های ژنوتوکسیک که در سطل زباله قرمز ریخته می شوند شامل داروهای سایتو توکسیک ، مواد شیمیایی و مواد پرتوساز می باشند.



نحوه خارج کردن وسایل حفاظتی پس از مراقبت از بیمار عفونی

- هنگام درآوردن وسایل حفاظتی اطمینان داشته باشید که خود و سایر افراد را آلوده نمی کنید.
- وسایل یکبار مصرف را داخل سطل زباله های عفونی بیاندازید.
- وسایل چند بار مصرف را در یک ظرف بسته خشک (بدون هرگونه محلول ضد عفونی) بیاندازید.

درآوردن دستکش



- افراد راست دست : در نقطه ای اندکی پائین تر از لبه دستکش چپ ، بخش خارجی دستکش چپ را با انگشتان دستکش راست بگیرید و ضمن خارج کردن دستکش چپ آنرا به پشت وارونه کنید.

- انگشتان برهنه دست چپ را در حد فاصل مچ دست راست و زیر دستکش راست بلغزانید.
- بکمک انگشتان دست چپ ، دستکش راست را نیز خارج کرده و در حین خروج آنرا وارونه کرده برروی دستکش چپ بکشید.



- هر دو دستکش وارونه شده را درون سطل زباله بیاندازید.



- فراموش نکنید قسمت خارجی دستکش ها آلوده می باشد.

درآوردن گان

گره ها را باز کنید



یک دست خود را به قسمت داخلی گان برده و آنرا از ناحیه شانه و گردن به پائین بکشید.



در حین درآوردن گان آنرا وارونه کنید به نحوی که بخش داخلی آن رو به خارج قرار گیرد.



گان خارج شده از تن را لوله یا تا کنید و آنرا به داخل سطل زباله بیاندازید

فراموش نکنید قسمت جلو و آستینهای گان آلوده است.

درآوردن عینک / محافظ صورت



- برای برداشتن عینک دسته های آنرا بگیرید (حفاظ صورت را از بند آن بگیرید).



محافظ چشم (عینک یا حفاظ صورت) را جهت ضد عفونی در ظروف مخصوص تعیین شده قرار دهید (در صورت یکبار مصرف بودن آن را در سطل زباله بیاندازید).



فراموش نکنید . قسمت خارجی عینک (محافظ صورت آلوده است)

درآوردن ماسک



- گره ها را باز کنید.

ابتدا بند تحتانی را گرفته و آنرا از پشت سر خارج کنید، سپس بند فوقانی را گرفته از پشت سر بیرون آورید.



- ماسک را به داخل سطل زباله (در صورت یکبار مصرف بودن) بیاندازید.



فراموش نکنید. قسمت جلوی ماسک جراحی /ماسک ویژه آلوده است. این قسمت را لمس نکنید.

ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی

ابتدا آلوده ترین آن را درآوردید

بلافاصله پس از درآوردن دستکش دست هارا بشویید.

1. درآوردن دستکش

2. در آوردن گان

3. شستن دست

4. در آوردن عینک یا محافظ صورت

5. قرار دادن عینک یا محافظ صورت در یک ظرف جدا جهت استفاده مجدد

6. در آوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده

7. در آوردن ماسک از پشت سر

8. شستن دست