

اعتباربخشی بیماران در بیمارستان



دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

گروه مدیریت
استاد راهنما: سرکار خانم جعفرجلال
ترم ۸
۹۰-۹۱



امید فقیهی
دانشجوی مدیریت پرستاری

مقدمه

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبتهای درمانی اشتباه منجمله در فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود . با توجه به 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 بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد . بر اساس شواهد بنظر می رسد که در اغلب موارد اشتباهات قابل پیشگیری می باشند .



Those Who Put Safety First In Selecting Patient ID Bands, Please Raise Your Hand.



Laser ID Bands Just Got *Smarter.*

اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران بطور عمده در سه حیطه ذیل قرار می گیرند :

✓ بیماران تحت درمانهای اشتباه در نتیجه عدم تطبیق صحیح نمونه های آزمایشگاهی ، تکه برداری و یا نتایج رادیوگرافی با ایشان قرار می گیرند .

✓ بیماران در نتیجه نارسایی و یا فقدان ارتباطات مناسب بین کارکنان درمانی و یا عدم انجام صحیح اقدامات تأمین و تضمین کننده فرآیندهای ارائه خدمات صحیح و سالم ، درمانهای اشتباه دریافت می نمایند .

✓ بیماران به علت شناسایی غلط و اشتباه ، تحت درمانی که برای بیمار دیگری در نظر گرفته شده است ، قرار می گیرند .

گذشته از بی اعتمادی بیمار به نظام ارائه کننده خدمات طیف عواقب اینگونه اشتباهات و اتفاقات ناخواسته بسیار وسیع و متفاوت می باشد ، تا حدی که اشتباهات مزبور در برخی موارد منجر به آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و یا حتی مرگ بیماران می گردند . گرچه هزینه واقعی ناشی از عدم تطبیق صحیح بیماران و طرح درمانی آنان برآورد نگردیده است ، ولی تخمین زده می شود ، ۱۰ درصد دوره بستری بیماران در بیمارستانها به نحوی ناشی از بروز اشتباه در شناسایی بیماران بوده که ۵۰٪ این موارد نیز قابل پیشگیری است .





Greystone, Florence C



MR#: 444000113
DOB: 05/15/1975

A F RE
DNR L



Endur ID Secure Adult

SA-1-LA BN. 217

www.endurid.com



Florence C
MR#: 444000113
DOB: 05/15/1975

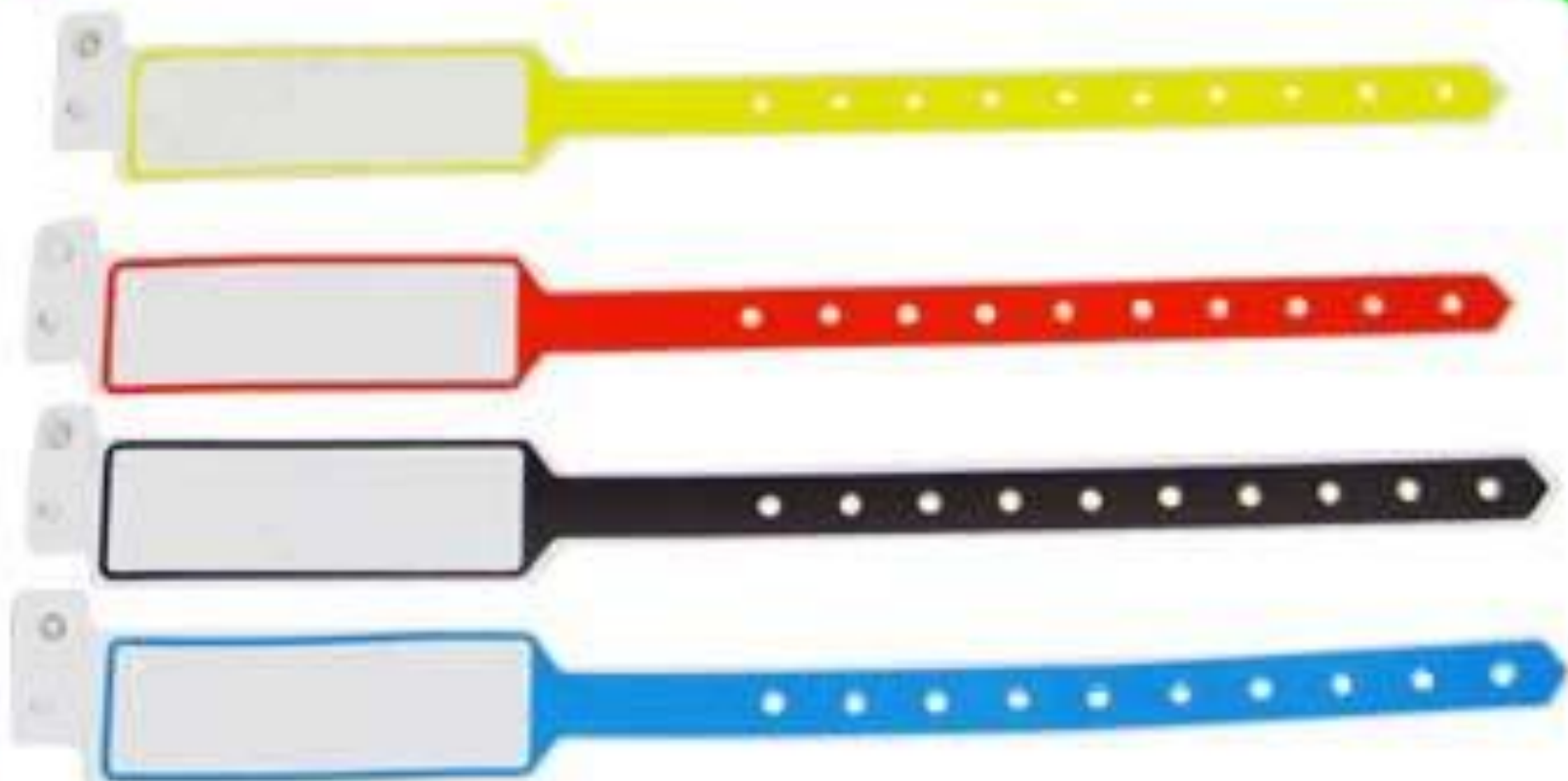
A F
DNR

Greystone

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو ، فلوتومی ، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردد .

روند رو به افزایش محدودیت های اعمال شده در ساعات کاری و افزایش تعداد تیم درمانی و مشکلات تحویل و تحول شیفت های کاری و سایر مشکلات ارتباطی در جهان از جمله عوامل مؤثر در عدم شناسایی صحیح بیماران می باشد.

از همین رو بمنظور بهبود ایمنی بیمارشناسایی صحیح بیماران بعنوان اهداف اولیه کمیسیون های مشترک امریکا در سال ۲۰۰۳ میلادی مورد توجه واقع و در زمره الزامات اعتبار بخشی مراکز بهداشتی درمانی قلمداد شده است . این در حالیست که در بسیاری از کشور های دنیا برای مدتی طولانی از باندهای شناسایی برای تشخیص بیماران بخش بستری استفاده می شده است و گم شدن باندها و یا اطلاعات غلط بر روی آنها منجر به کاهش کارایی و اثر بخشی این سیستم شده است . بمنظور رفع این نقصان از کد های رنگ بندی شده برای تشخیص سریع اعضا و مشکلات احتمالی در زمینه شناسایی بیمار استفاده شده است که فقدان وجود سیستم رنگ بندی استاندارد محدودیت هایی را در این زمینه باعث شده است .



ضوابط کلی مرتبط به فرآیند شناسایی صحیح بیماران بستری :
بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ،
الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان
دارای باند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند.





(۱) اکیداً یادآوری می شود که استفاده از باندهای شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد .

(۲) الزامیست باندهای شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و قبل از ورود بیمار به بخش و در هنگام پذیرش بیمار در اختیار آنان قرار گیرد .

(۳) صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود .



۴) ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.

۵) الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورتی که بیمار مبتلا به آلرژی شناخته شده و یا در معرض هر گونه خطر شناخته شده برای مثال "مستعد به افتادن" باشد، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

۶) سایز و اندازه باند شناسایی بیمار ان بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز نوزاد تازه متولد تا بیمار ان بسیار چاق و لنفادماتو ویا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد.



(۷) جنس باندهای شناسایی از مواد قابل انعطاف ، نرم ، ضد آب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد و منجر به خارش ، حساسیت و تعریق نشود و به پوست بیمار ولو هر چند که حساس و ظریف و آسیب پذیر نیز باشد ، صدمه نزند .

(۸) باندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند .

(۹) نوشته های بر روی باندهای شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشد .

۱۰) بمنظور پیشگیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی نوشته شوند .

۱۱) محل مناسب باند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب بیماران می باشد ، بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار بمنظور انجام اقدامات درمانی است .

۱۲) شناسه بیماران بر روی باندهای شناسایی شامل موارد ذیل است :



- نام و نام خانوادگی

- تاریخ تولد

- شماره پرونده

- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست

نام پدر بیماران نیز قید گردد



۱۳) تأکید می‌شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت، بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.

۱۴) در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید.

۱۵) هر بیمارستان بایستی دارای فرآیند‌هایی بمنظور کسب اطمینان از وجود باند شناسایی با مندرجات صحیح بر روی بازوی بیمار باشد.

۱۶) تأکید می شود در صورتی که هر یک از کارکنان تیم درمانی با بیماری که فاقد باند شناسایی است ، مواجه گردند وظیفه آنان ایجاب می نماید که نسبت به تهیه باند شناسایی و بستن آن بر بازوی بیمار اقدام نمایند .

۱۷) الزامیست در هنگام پذیرش به بیماران درباره ضرورت بر دست داشتن دائمی و مراقبت از باند های شناسایی در مدت بستری در بیمارستان آموزش داده شود و یادآوری شود مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی را بررسی نموده و در صورتی که با مشخصات آنان مطابقت نمی نماید به پرستار و یا پزشک معالج خود اطلاع داده و از ایشان درخواست اصلاح آن را نمایند .

۱۸) اکیداً یادآوری می شود که بخشهای بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون بمنظور تحویل و تحول بخش حین تعویض شیفت باشند .



فرآیند صحیح شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی :

- ✓ ضروریست کلیه بیماران کاندیدای عمل جراحی توسط تیم جراحی قبل از انتقال به اتاق عمل با توجه به فرآیند های ذیل شناسایی شوند:
- ✓ (۱) در صورتی که بیمار هوشیار است ، قبل از شروع عمل جراحی بیمار را با نام و نام خانوادگی اش خطاب نموده و از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد .
- ✓ (۲) جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار ، مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و پرونده او را با هم و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید .
- ✓ (۳) نوع و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه بیمار ، چارت عمل و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید .

✓ (۴) در صورتی که بیمار کودک و یا معلول ذهنی است و یا هوشیار نمی باشد ، با پرسش موارد یاد شده از والدین و یا وابستگان درجه يك بیمار او را بطور صحیح شناسایی نمایید .

✓ (۵) انجام عمل صحیح برای بیمار را تأیید نمایید ، و در غیر اینصورت اگر يك مرحله از فرآیند یاد شده دچار اختلال گردید ، تا کسب اطمینان قطعی بیمار را به اتاق عمل منتقل ننمایید .

✓ (۶) دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل ، ضروریست اعضای تیم جراحی از بیمار درخواست نمایند که نام ، نام خانوادگی ، موضع عمل ، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان نماید و آنها را با پرونده و باند شناسایی بیمار مطابقت نمایند .

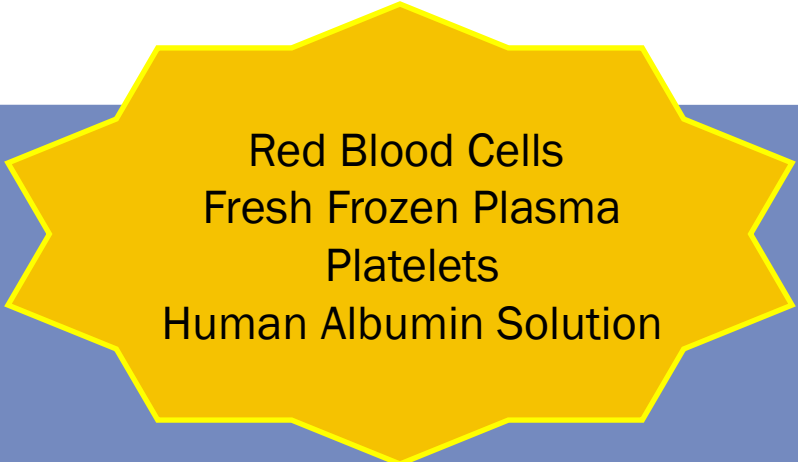


فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون :

(۱) انتقال صحیح خون در بیماران شامل زنجیره ای از فرآیندهای مختلف: اخذ نمونه خون وریدی ، آماده نمودن گیرنده خون ، انتقال واحد خونی و یا فرآورده های خونی از بانک خون به بخش ، آمادگی خون و یا فرآورده های خونی برای انتقال و تجویز واحد خونی و یا فرآورده خونی به بیمار می باشد .

(۲) به منظور کسب اطمینان از دانش و صلاحیت حرفه ای جهت انجام صحیح انتقال به بیمار صحیح ، کادر درمانی واجد شرایط برای تجویز خون و یا فرآورده های خونی به بیماران مشتمل بر کادر پرستاری، ماماها و پزشکان می باشند .

(۳) فرآورده های خونی شامل RBC ، FFP ، PLAT ، HAS می باشد .



Red Blood Cells
Fresh Frozen Plasma
Platelets
Human Albumin Solution

۴) اولین مرحله از انتقال خون به بیماران اخذ نمونه خون وریدی است در زمان اخذ نمونه خون وریدی ضروریست در بالین بیمار بر روی شیشه آزمایش حاوی نمونه خون بیمار پس از تأیید کلامی بیمار ، مشخصات او شامل نام ، نام خانوادگی ، نام پدر و شماره تخت و نام بخش نوشته شود .

۵) کارکنان آزمایشگاه موظفند در صورت ناخوانا بودن و یا برچسب حاوی اطلاعات ناقص بیمار لوله آزمایش را به مسئولین بخش عودت دهند .

- ۶) انتقال خون با توجه به دستور کتبی پزشك معالج و پس از اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه از بیمار صورت می گیرد .
- ۷) الزامیست نسخه بیمار شامل موارد ذیل گردد :
- نوع و تعداد واحد خون و یا فرآورده خونی مورد لزوم .
 - در صورت ضرورت ، تجویز دارو قبل از انتقال ، بمنظور پیشگیری از واکنشهای حین انتقال.
- ۸) از ذخیره خون در یخچال مخصوص دارو و یا یخچالهای خانگی بپرهیزید .

۹) در صورتی که پیش بینی می شود که واحد گلبول فشرده و یا خون کامل سریعاً به بیمار انتقال می شود ، توصیه می گردد که از یخچال بانک خون خارج شود ، این موارد حداکثر بعد از گذشت ۳۰ دقیقه قابل برگشت به یخچال بانک خون می باشد .

۱۰) به لحاظ رعایت موازین کنترل عفونت در صورت نیاز الزامیست پرستار ضمن انتقال خون از وسایل حفاظت فردی (نظیر محافظ چشم و یا عینک) استفاده نماید.

۱۱) رعایت بهداشت دست با استفاده از محلولهای ضد عفونی با بنیان الکلی و یا شستشوی دستها قبل ، حین و بعد از اتمام پروسیجر ضروریست.

۱۲) دفع بهداشتی و مناسب سر سوزن و آنژیوکت و سایر پسماندهای آلوده به خون ضروریست .

۱۳) در زمان انتقال خون بیمار را مورد مشاهده و کنترل مراقبتی قرار دهید و در صورت مواجهه با هر گونه مشکلی از دسترسی بیمار به زنگ اخبار جهت اطلاع به پرستاران مطمئن شوید .

۱۴) با توجه به وقوع اتفاقات ناخواسته احتمالی ضمن انتقال خون (انتقال فرآورده های خونی اشتباه ، واکنشهای ایمونولوژیک و انتقال عفونتهای خونی) انجام موارد ذیل بمنظور شناسایی دقیق بیمار گیرنده خون توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت به صورت منفک از یکدیگر ضروریست:

۱۵) با توجه به اینکه عدم چک واحد خونی در بالین بیمار ، ناخوانا بودن نسخه و یا سایر دست نوشته های مرتبط به مشخصات واحد خونی ، کمبود وقت ، حجم زیاد کار و هر گونه تداخل کاری در حین انتقال و یا مداخلات پرستاری و مراقبتی قبل از آن از جمله عوامل مؤثر در بروز حوادث و واکنشهای ناخواسته خونی محسوب می شوند لذا ضروریست مشخصات واحد خونی بر اساس باند شناسایی در بالین بیمار چک شود .

۱۶) بمنظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود ،
ضروریست پرستار قبل از انتقال خون از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی
و نام پدر خود را بصورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با
مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت دهد .

۱۷) در صورتی که بیمار بیهوش و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام
خانوادگی خود نمی باشد، پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر
روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت دهد .

۱۸) بیاد داشته باشید بمنظور انتقال در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن باند
شناسایی مچ بند شناسایی برای بیماران ضروری می باشد .

۱۹) ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرند :

- نام و نام خانوادگی بیمار بصورت کامل
- نام پدر بیمار
- تاریخ تولد
- شماره پرونده بیمار

۲۰) شماره و گروه خونی مندرج بر روی برچسب واحد خون با مشخصات کیسه
حاوی خون مطابقت دهید .

- (۲۱) گروه خونی و Rh نوشته شده بر روی برچسب کیسه خون
- (۲۲) نوع فرآورده خونی و تاریخ انقضای موجود روی برچسب واحد خون
- (۲۳) کیسه خون و یا فرآورده خونی را به لحاظ علایم هر گونه آسیب و صدمه ، تغییر رنگ، همولیز و یا نشت و یا لخته بررسی نمائید .
- (۲۴) نکات مورد بررسی را با امضاء دو پرستار در پرونده بیمار ثبت کنید .
- (۲۵) علایم حیاتی پایه بیمار شامل تعداد نبض ، تنفس بیمار در دقیقه و میزان فشار خون و درجه حرارت را قبل از شروع انتقال کنترل نمائید .
- (۲۶) راه وریدی بیمار را بررسی نمائید و در صورت نیاز یک راه وریدی جدید باز نمائید .

(۲۷) با استفاده از يك ست انتقال Y شكل كه يك سر آن پس از هواگيري وارد يك سرم فيزيولوژي شده و سر ديگر آن وارد كيسه خون شده است، انتقال خون را انجام دهيد و يا در صورت عدم دسترسي به ست مزبور براي بيمار قبل از انتقال خون راه وریدی دیگری باز کرده وست سرم را بعد از داخل نمودن به سرم فيزيولوژی هواگیری نموده و به مدخل راه وریدی متصل نماييد .

(۲۸) در ۱۵ دقيقه اول علايم حياتي مددجو را هر ۵ دقيقه يكبار كنترل و ثبت نماييد . مددجو را از نظر لرز، درد پشت ، سردرد، تهوع، استفراغ، تاكي كاردی، هيپوتانسيون، تاكي پنه و بثورات جلدي كنترل نماييد.

(۲۹) انتقال را به مدت ۱۵ دقيقه بصورت آهسته انجام دهيد (به ميزان ۱۰ قطره در دقيقه).

(۳۰) در صورتي كه با گذشت ۱۵ دقيقه از شروع انتقال واكنشهاي ناخواسته مشاهده نشد مطابق با دستور پزشك جريان انتقال را تنظيم نماييد

(۳۱) با توجه به اينكه نگهداري واحد خون خارج از دمائي يخچال بانك خون در بخش جهت انتقال به بيمار بيش از ۴ ساعت مجاز نمي باشد و نگهداري پلاكت و FFP بيش از نيم ساعت مجاز نيست ، انتقال خون و پلاكت را در محدوده زماني مطمئن ياد شده انجام دهيد .

گلوبول خونی حداکثر ظرف ۲ ساعت ضروریست انتقال شود مگر اینکه بیمار در معرض افزایش بار قلبی عروقی باشد .

(۳۳) در صورت مشاهده واکنش های ناخواسته خفیف (بثورات جلدی و یا افزایش درجه حرارت به میزان کمتر از ۵/۱ درجه نسبت به درجه حرارت پایه) ، جریان خون را آهسته تر نمائید و مشاهده و کنترل بیمار را افزایش دهید .

(۳۴) در صورتی که بعد از تجویز پاراستامول درجه حرارت بیمار رو به افزایش بود، با احتمال بروز واکنش شدید جریان خون را قطع کرده و پس از باز نمودن جریان سرم فیزیولوژی به پزشك سریعاً اطلاع دهید (در خصوص گرفتن نمونه خون وادرار از بیمار و یا اطلاع به بانک خون مطابق مقررات سازمان عمل نمائید).

(۳۵) علایم حیاتی بیمار را تا پایان فرآیند هر ۱۵ دقیقه یکبار بگیرید.

(۳۶) پس از اتمام انتقال علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت نمائید.

(۳۷) تاریخ و زمان انتقال خون به ویژه زمان شروع و خاتمه واحد خون و یا فرآورده خونی را کامل ، صحیح و خوانا در پرونده بیمار ثبت نمائید.

(۳۸) با توجه به اینکه پلاکت گروه O منجر به واکنش حاد همولیتیک می شوند ، لذا به عنوان استوک نباید توسط بیمارستانها ذخیره شوند و پیشنهاد می شود به عنوان آخرین راهکار برای بیمارانی که گروه خونی O ندارند استفاده شوند.

(۳۹) الزامیست درخواستهای تلفنی انتقال خون با اخذ اطلاعات ذیل و به صورت بسیار محدود انجام شوند:

• نام و نام خانوادگی ، نام پدر ، شماره پرونده

(۴۰) ضروریست ضوابط و مقررات مکتوب و مدون در ارتباط با استفاده از گروه خونی RhD+ O و RhD- در بیمارستانهای تخصصی و بخشهای بستری کودکان موجود باشد .



فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

بیش از ۷۰٪ اطلاعاتی که جهت تشخیص و درمان بیماران توسط پزشکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، اطلاعات آزمایشگاهی است، لذا اطمینان از صحت شناسایی نمونه‌ها و بیماران در آزمایشگاه از اهم موضوعات در حیطه اشتباهات و وقایع ناخواسته پزشکی محسوب می‌شود. برچسب اشتباه نمونه‌ها در آزمایشگاه منجر به صدمات و آسیب‌های متعددی می‌شود منجمله اینکه از دو بیماری که تشخیص و درمان آنان بر اساس اطلاعات اشتباه بوده است، هر دو بیمار درمان صحیح را دریافت نمی‌کنند. این امر در بسیاری از موارد منجر به عواقب شدیدی برای بیماران حتی مرگ آنان می‌شود.

(۱) الزامیست در آزمایشگاه خط‌مشی و ضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نامگذاری و اداره نمونه‌های خونی و سایر نمونه‌ها موجود باشد که عملکرد کادر درمانی، خدماتی و دفتری را در هنگام بروز وقایع و اتفاقات ناخواسته در آزمایشگاه تشریح نماید.

(۲) در هنگام بروز وقایع و اتفاقات ناخواسته در آزمایشگاه ضروریست فرآیند اشتباه مشخص شود و کادر متخصص مسئول توجیه گردد تا از بروز موارد مشابه پیشگیری شود.

۳) برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار یا مددجو، تاریخ نمونه گیری و نام آزمایشات مورد درخواست باشند .

۴) الزامیست برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترك بالین بیمار صورت گیرد.

۵) برگه درخواست آزمایشات بایستی در قبال نام و نام خانوادگی بیمار کنترل شود و پس از کسب اطمینان از نوع آزمایشات درخواستی برچسب مشخصات بیمار به لوله/ظرف نمونه گیری به نحوی الصاق شود که از بروز اشتباه پیشگیری نماید و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.

۶) برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری بچسبانید.

۷) در صورت وجود هرگونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها ، بهتر است که نمونه گیری مجدد انجام شود و فرآیندی که منجر به اشتباه شده است بررسی گردد.



موفق باشيد

