



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی هماقی خرمان شانی
معاونت درمان

كتبيه

خبرنامه علمی، آموزشی



خطاهای پزشکی
معیزی بالینی

روش آمارگیری در پذیرش HIS

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

خبرنامه علمی، آموزشی
معاونت درمان

سال هفتم - شماره چهل - زمستان ۹۲

فهرست

خطاهای پزشکی ۳

آسیب‌های اسکلتی - عضلانی مرتبط با کار ۶

شیوه نامه غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین ۸

معجزی بالینی ۱۱

نقارت و کنترل ۱۵

سیستم تریاژ ۱۷

ایمنی بیمار ۱۸

روشن آمارگیری در پذیرش سیستم اطلاعات بیمارستانی ۲۰

اصطلاحات پزشکی ۲۶

صاحب امتیاز: دکتر علی حق بین

مدیر مسئول: معصومه ارزمانی

سرد بیر: آسیه جفاکش مقدم

هیئت تحریریه: (بترتیب حروف الفبا)

معصومه اسدی، معصومه ارزمانی، مهین تیزآهنگی

افسانه جعفری، حسن سهراپی، سیده مهدیه سید کتولی

رضا فانی، طاهره وفایی، مهدی هادی

ویراستار: معصومه ارزمانی

طراح جلد: معصومه اسدی

آدرس: خراسان شمالی - بجنورد - خیابان طالقانی غربی -

بلوار فرودگاه - ساختمان معاونت درمان

شماره تماس: ۰۵۸۴-۲۳۱۲۶۱۶

ای خدا بزرگ به من کمک کن

تا وقتی می خواهم درباره ای راه رفتن کسی قضایت کنم،

کمی با کفش های او راه بروم.

دکتر علی شریعتی

سخن اول:

حوزه درمان با هدف تامین عادلانه خدمات در کلیه سطوح درمانی و حفظ و ارتقا سطح سلامت جامعه تحت پوشش مسیر خود را می پیماید.

در این راستا مهترین وظیفه ما ارتقای سطح دانش و آگاهی براساس اطلاعات بروز، علمی، تایید شده و استفاده از تجربیات دیگران می باشد. این نشریه فرصتی را برای علاقه مندان فراهم نموده تا دانش و اطلاعات خود را در اختیار سایر افراد قرار داده و به ارتقای هر چه بیشتر این حوزه کمک نمایند.

دکتر علی حق بین
معاون درمان دانشگاه

در جهت کاهش خطاهای فوق راهکارهای زیر**توصیه می گردد:****Medical Error****خطای پزشکی**

از جمله راهکارهای علمی ارائه شده در این خصوص که به نظر می رسد تاثیر بسزایی در افزایش ایمنی بیمار، پیشگیری و کاهش بروز خطاهای دارویی داشته باشد رعایت ۵ هنگام دادن دارو می باشد.

۱. بیمار درست (Right Patient): دوبار نام**بیمار را چک کنید**

از کارت دارویی استفاده نمایید.

مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت دهید.
داروها را برای هر بیمار به صورت انفرادی و بر بالین بیمار آماده کنید.

ابتدا نام بیمار را بپرسید و سپس دارو را به او بدهید
(درصورت عدم هوشیاری و آگاه نبودن بیمار به دستبند مشخصات شامل: نام و نام خانوادگی ، بخش ، شماره پرونده و ... توجه نمائید).

فقط به صدا زدن بیمار و شنیدن پاسخ او اکتفا نکنید.
هنگام دادن دارو حتماً بیمار را با نام و نام خانوادگی ، مخاطب قرار دهید.

هنگام دارو دادن، یک بار مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت دهید.

هیچگاه از شماره تخت و شماره اتاق برای شناسایی بیمار استفاده ننمایید.

۲. داروی درست (Right Drug): دو بار نام**دارو را چک کنید**

Order پزشک یا تجوییز کننده را به دقیق بخوانید .
اگر نتوانستید خط پزشک یا تجوییز کننده را کامل بخوانید با او تماس بگیرید (در هر موقع از شبانه روز که باشد).
در صورت عدم برقراری تماس با پزشک ، با پزشک اورژانس یا ریاست بخش تماس بگیرید.

افسانه جعفری ، کارشناس پرستاری ، بیمارستان امام خمینی (ره)
شیروان

در شماره قبل به مدیریت خطر، ایمنی بیمار، انواع خطاهای و روش های مدیریت آن پرداخته شد لذا در این شماره به راهکارهایی جهت کاهش خطاهای اشاره می شود:

خطاهای بر اساس معیارهای زیر دسته بندی شود:

۱. خطاهای دارویی که ناشی از شباهت دارویی رخداده است.

۲. خطاهای دارویی که ناشی از دادن داروی اشتباه به بیمار رخ داده است.

۳. خطاهای دارویی که ناشی از روش تجوییز نادرست دارو به بیمار رخ داده است.

۴. خطاهای دارویی که ناشی از زمان نادرست دارو دادن بیمار رخ داده است.

۵. خطاهای دارویی که ناشی از دادن دوز نادرست به بیمار رخ داده است.

نواقص و شکست ها، تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطاب روی سلامت بیمار، است .

لازم به ذکر است که خطاب لزوماً منجر به آسیب و صدمه نمی شود.

ارزیابی حوادث نه به عنوان پیدا کردن مقصراً و اعمال تنبیه و سرزنش است بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمدی را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، نشان می دهد.

با دقت بیشتری به اختصارات مربوطه (IM, IV, PO) و (SC) توجه کنید.

اقدامات لازم جهت تجویز دارو، روش درست را به دقت انجام دهید (تکان دادن سوسپانسیون خوراکی قبل از مصرف، رقیق سازی، مصرف درست فراورده‌های زیر زبانی، مکیدنی، جویدنی و ...).

برگه مشخصات که شامل نوع و حجم سرم، نام بیمار، شماره اتفاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ و زمان قطع، نام پرستار و ... می‌باشد، بر جداره سرم، چسبانده شود.

۴. زمان درست (Right Time): دوبار روش

صرف را چک کنید.

دارو باید در زمان مقرر تجویز گردد.

تجویز دارو رأس ساعت مقرر به ویژه در تجویز برخی داروها نظری آنتی بیوتیک‌ها حائز اهمیت است.

زمان تجویز دارو را طوری انتخاب کنید که حتی المقدور با خواب بیمار تداخل نداشته باشد یا مانع خواب بیمار نشود مانند آنتی کلینرژیک‌ها، TCA، آنتی هیستامین های نسل اول.

بعضی از داروهای بدلیل تاثیر بر وضعیت همودینامیک بدن باید قبل از خواب بیمار داده شوند مانند اولین دوز پرازوسین و یا بعضی از داروهای باید صحیح به بیمار داده شود.

به اثرات تداخلی داروهای تغذیه بیماران توجه شود، جهت کاهش تداخلات دارو - غذا رعایت فاصله زمانی مناسب در مصرف برخی داروهای توصیه می‌گردد.

۵. دوز درست (Right Dose): دوبار دوز

صرف را چک کنید.

مقدار تجویز شده دارو را باید با دقت تمام بخوانید. در صورت نیاز دوز درست دارو را به دقت محاسبه کنید.

در صورتی که دارو نیاز به انفوزیون داشته باشد، مقدار دارو، غلظت لازم، محلول مناسب، سرعت انفوزیون و زمان انفوزیون هر دوز را به دقت محاسبه نمایید.

بعضی داروهای را پس از حل کردن در دمای خاص و به مدت معین می‌توان نگه داری نمود. در این موارد به بروشور دارو یا کتاب فرمولاری مراجعه شود.

دفعات تجویز را مشخص کنید.

اختصارات مربوط به دفعات تجویز دارو (STAT, BID) (QD, TID, QID) را به خوبی بدانید.

قبل از اجرای فرایند دارو دادن، از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمائید.

در صورت لزوم بروشور یا برچسب دارو را به دقت مطالعه کنید.

اگر دارو جدید است و شما اطلاعاتی درباره آن ندارید به کتب فرمولاری بخش مراجعه کنید.

املای برخی داروهای مشابه هم می‌باشد، در این صورت دقت کافی داشته باشید به عنوان مثال:

Allopurinol ; Haloperidol

Lovastatin ; Loratadine

Clindamycin ; Clidinium C

اگر از طریق تلفن یا صدا Order را دریافت می‌کنید دقت کافی نمائید تلفظ برخی داروهای مشابه هم می‌باشد

به عنوان مثال :

Beclomethazone ; Betamethazone

Daunorubicin ; Doxorubicin

شکل ظاهری برخی از داروهای شبیه به یکدیگر است، دقت کافی داشته باشید. به عنوان مثال تشابه ظاهری آمپول آمیکاسین، کلیندامایسین، سایمتیدین و جنتامایسین و تشابه ظاهری فراورده‌های دارویی پتاسیم کلرید و مترونیدازول و تشابه ظاهری آمپول نیتروگلیسیرین، دیازپام و کلر پرومazine

در صورتی که چند دارو برای بیمار تجویز شده است، هر کدام به صورت جداگانه به وی دهد.

برچسب داروهای را از نظر نام دارو، تاریخ انقضا، روش مصرف دوز دارو و ... با دقت مطالعه نمائید تا از اشتباہ در دادن داروهای مشابه پیشگیری شود.

برچسب دارویی را در سه مرحله ذیل با دستور دارویی مندرج در کاردکس، کارت دارویی کنترل نمایید.

- در زمان برداشت دارو از قفسه دارویی، چیدن و

آماده نمودن دارو

- قبل از دادن دارو به بیمار

- در بالین بیمار و در هنگام دادن دارو به بیمار

۳. روش درست (Right Route): دوبار روش

صرف را چک کنید.

داروهای با روش‌های متعددی تجویز می‌شوند (خوراکی، تزریقی، موضعی و ...) فلذا بر اساس روش صحیح مصرف، آماده گردند. در صورت شک، روش صحیح را پرسید.

و قبل از استعمال دارو توسط پرسنل مورد مطالعه قرار گیرد.

ادامه دارد...

۱۰ توصیه سلامتی به کارمندان

پشت میزنشین



۱. در وضعیت مناسبی بنشینید.
۲. هر چند دقیقه یک بار، از جای تان بلند شوید و چرخی بزنید.
۳. حرکات تکراری انجام ندهید.
۴. نمایشگر کامپیوترا ن را در وضعیت مناسبی قرار دهید تا چشم یا مفاصل گردن تان اذیت نشوند.
۵. مراقب گردن تان باشید.
۶. میز تان را تمیز کنید.
۷. میز خود را همیشه مرتب نگه دارید و اجازه ندهید که آشته و درهم برهم شود.
۸. میز کار خود را تبدیل به میز غذا نکنید.
۹. میز تان را زیبا کنید.
۱۰. زمان برگشتن به خانه، بهترین فرصت برای پیاده روی یک فرد پشت میزنشین است.

داروها را به دست بیمار داده و تا زمان مصرف کامل دارو بیمار را ترک نکنید (به ویژه در مورد بیماران با اختلالات روانی، کم بینا و نابینا، افراد پیر و سالخورده و بیمارانی که تعداد دارویی دارند) و در موارد مشکوک ۱۵-۱۰ دقیقه پس از مصرف دارو، بیمار را تحت نظارت دقیق قرار دهید.

علاوه بر راهکارهای ذکر شده روش های زیر نیز

جهت کاهش خطاهای دارویی توصیه می گردد:

۱. کاهش خطاهای ناشی از شباهت بسته بندی و شکل ظاهری دارو ها می باشد.

الف) این داروها در بخش های مختلف پزشک داروساز و کارشناس ایمنی بیمار شناسایی شوند و در قفسه های جداگانه هم در داروخانه و هم در بخش ها به صورت مجزا از هم نگهداری شود.

ب) بر روی داروهایی که شباهت ظاهری دارند برچسب های جدید با رنگ متفاوت تهیه شده و نصب گردد . البته برچسب جدید باید شامل تمامی اطلاعات مورد نظر دارویی اصلی باشد.

۲. برای کاهش خطاهای ناشی از اشتباه در خواندن دستور دارو و خود دارو پیشنهاد می گردد نام دارو و دستور آن در کاردهکس و نسخ به صورت تایپی صورت گیرد.

۳. جهت نحوه صحیح تزریق دارو و نحوه صحیح استفاده از سرم ها (فراوده های تزریقی با حجم بالا) و نحوه رقیق کردن داروها با سرم ها پیشنهاد می گردد:

داروهای تزریقی پر مصرف در هر بخش شناسایی شوند . در مرحله بعدی اطلاعات کاملی در مورد این داروها شامل موارد مصرف ، طریقه مصرف ، دوز مصرف ، موارد احتیاط ، موارد منع مصرف ، تداخلات دارویی تهیه گردد و به صورت یک دفترچه در هر بخش نگه داری شود و در صورت امکان در بازه های زمانی مشخص موارد فوق الذکر به پرسنل آموزش داده شود و همین طور در هر بخش نیز دستورالعمل مربوط به نحوه رقیق کردن داروها و احتلاط داروها با هم تداخلات فیزیکی و شیمیایی آنها تهیه گردد

ریسک فاکتورهای موثر بر اختلالات اسکلتی

عضلانی :

اختلالات اسکلتی عضلانی اختلالات چند علته هستند ریسک فاکتورهای فیزیکی و مکانیکی که باعث بروز اختلالات اسکلتی عضلانی یا پیشرفت آنها می‌گردند عبارتند از: پوسچر نامناسب یا ثابت، اعمال نیروی زیاد، تکرار حرکت، بلند کردن، حمل بار، فشار تماسی، ارتعاش تمام بدن یا موضعی دماهای پائین و سر انجام روش‌های نامطلوب که به پوسچر نامطلوب منجر می‌شود.



ویژگیهای اختلالات اسکلتی عضلانی :

- ۱- تجمع پذیری در طول زمان
- ۲- ناشی بودن از استرس فیزیکی و مکانیکی
- ۳- وجود ناراحتی یا اختلال
- ۴- خارج شدن از حالت طبیعی

علایم اختلالات اسکلتی - عضلانی :

مجموعه‌ای از ناراحتی درد مرور کردن سوزش حساس شدن نسبت به لمس التهاب محدود شدن دامنه حرکت از دست رفتن قدرت و توانایی و اختلالات حسی در بخشی از بدن.

بخشهای از دستگاه اسکلتی عضلانی که به آسیب دچار می‌شوند:

- گردن، پشت، کمر: گردن و شانه‌ها، کمر و پشت
- اندام فوقانی: دست‌ها، مج‌ها، آرنج‌ها
- اندام تحتانی: پا‌ها، زانو‌ها، لگن

آسیب‌های اسکلتی - عضلانی مرتبط با کار

Work – related musculoskeletal disorders.

مهندس مهندی هادی کارشناس بهداشت حرفه‌ای، دانشجوی کارشناسی/رشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

مقدمه:

آسیب‌های اسکلتی - عضلانی مرتبط با کار از جمله بزرگترین مشکلات بهداشت شغلی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه است که یکی از دلایل آن عدم رعایت ارگونومی حین اعمال نیرو می‌باشد.

این آسیبها در اثر تخریب تجمعی بافت‌های دستگاه اسکلتی - عضلانی طی ماه‌ها و سال‌ها مواجهه با عوامل استرس زای بیومکانیکی و روانی اجتماعی در محیط کار رخ میدهد.

یکی از مهمترین عوامل موثر در بروز این آسیب‌های چند علته وضعیت نامطلوب بدن (پوسچر نامطلوب) هنگام کار است.

برپایه تحقیقات انجام شده برخلاف گسترش فزاینده‌ی فرایندهای مکانیزه و خود کار اختلالات اسکلتی - عضلانی مرتبط با کار عمده ترین عامل از دست رفتن نیروی کار به شمار می‌آید.

مطالعات مشخص ساخته‌اند که علت بیش از نیمی از غیبت‌ها در محیط کار اختلالات اسکلتی عضلانی می‌باشد.

تعریف:

بر اساس تعریف اختلالات اسکلتی - عضلانی اختلالات ماهیچه‌ای، زردپی‌ها، غلاف زردپی‌ها، اعصاب محیطی، مفصل‌ها، استخوان‌ها، رباط‌ها و رگ‌های خونی هستند که یا در نتیجه وارد شدن استرس تکراری در طول زمان ایجاد می‌شود و یا حاصل یک ترومای آنی یا حاد (مانند لغزیدن یا سقوط) می‌باشند هنگامی که محیط کار و انجام وظیفه به بروز این اختلالات کمک کند این اختلالات مرتبط با کار دانسته می‌شوند.

رابطه پوسچریا وضعیت بدن هنگام کار با اختلالات اسکلتی - عضلانی :

پوسچر به صورت وضعیت استقرار اعضاء و اندامهای مختلف بدن در فضا تعریف می شود. برای اینکه فرد بتواند حالت خود را در طول زمان حفظ کند عضلات او باید هرگونه نیروی وارده بر بدن و در برخی موارد کشش های درونی را خنثی کنند چنین فعالیت عضلانی تحت فشار وضعیتی شناخته می شود. بهترین پوسچر پوسچری است که در آن کمترین فشار وضعیتی بر بدن تحمل میشود و این حالت زمانی محقق میشود که اندام ها و مفصلهای بدن در میانه ی حرکتی خود قرار می گیرند. عدم امکان تغییر پوسچر و کار کردن در حالتی ثابت و محدود پیامدهای به دنبال دارد که میتوان آنها را به شرح ذیل تقسیم کرد.

پیامدهای ناشی از عدم امکان تغییر پوسچر و کار در حالت ثابت:

کوتاه مدت : ممکن است افزایش ناراحتی موجب حواس پرتی و عدم تمرکز شود و در نتیجه افزایش خطأ، کاهش بازده کار و حتی وقوع حادثه را به دنبال داشته باشد در این مرحله عوارض و ناراحتی ها هنوز قابل برگشتند و با استراحت یا تغییر فعالیت از بین می روند.

در بلند مدت : اگر تنش وضعیتی ادمه یابد درد بوجود می آید و احتمال اینکه درد عارض شده با استراحت از بین بود ضعیف است در این حالت فرد با ناراحتی روبرو نیست بلکه با بیماری مواجهه می باشد. انجام کار با پوسچر نامطلوب منجر به فشار وضعیتی خستگی و درد می شود به طوری که ممکن است فرد را مجبور سازد دست از کار کشیده و به استراحت بپردازد. نمونه شاخص از این وضعیت هنگامی ایجاد میشود که برای مثال فرد مجبور است با گردن و کمر خمیده بر روی سطح کار که در ارتفاع پائینی قرار گرفته کار کند و یا برای انجام وظیفه و دسترسی به محل کار بازو و ساعد خود را بالا آورد و یا به صورت چمپاشه زده بر روی کار به فعالیت بپردازد.

عوامل موثر بر وقوع اختلالات اسکلتی - عضلانی :

بیشتر بررسی های همه گیر شناختی در زمینه علل اختلالات اسکلتی عضلانی از نوع مقطعي بوده و امكان ارزیابی قطعی علت و معلولی را فراهم نمی آورد از این رو این بررسی ها ارزش پیش بینی کنندگی ندارد اختلالات اسکلتی - عضلانی پدیده ای چند عاملی هستند و در نتیجه اثر عوامل گوناگون ایجاد می شوند. به طور کلی تمام عوامل موثر و ریسک فاکتورها را میتوان در چهار گروه به شرح ذیل دسته بندی کرد.

❖ عوامل ژنتیکی و ریخت شناسی :

از این عوامل به عنوان عوامل غیر قابل دستکاری نام می برند. مشخص شده است که در برخی از آسیب های اسکلتی - عضلانی از جمله پارگی دیسک های میان مهره ای عوامل ژنتیکی دخیل هستند برخی از عوامل ریخت شناسی موثر در بروز آسیبها عبارتند از سن ، جنس، اندازه مجرای ستون فقرات و نسبت مج دست.

در برخی از مطالعات مشخص شده است که افراد بلند قد بیشتر به کمر درد مبتلا می شوند و به طور کلی خطر ابتلا به آسیب های اسکلتی - عضلانی در افراد چاق بسیار بزرگ و بسیار کوچک بیشتر از افراد متوسط است.

❖ عوامل روانی - اجتماعی :

در این زمینه رابطه عوامل روانی - اجتماعی با شیوه آسیب های اسکلتی عضلانی تا کنون پژوهش های زیادی انجام شده است به طور کلی نارضایتی از کار یکی از عوامل اجتماعی - روانی است که ارتباط شدیدی با آسیب های اسکلتی عضلانی دارد.

بررسی ها نشان داده است که کمبود استراحت سردرد های پی در پی، تنها زندگی کردن، درد معده و خستگی نمونه های از عوامل استرسهای روانی - اجتماعی هستند که در افراد مبتلا به آسیب های اسکلتی عضلانی وجود دارد .

❖ عوامل بیو مکانیکی :

در این زمینه متغیرهای بسیاری از جمله پوسچر نامطلوب یا ثابت اعمال نیروی زیاد و تکرار حرکت از مهمترین عوامل موثر در وقوع آسیب های اسکلتی - عضلانی میباشند.

۲. انجام این آزمایش ها در بارداری چند قلوبی از صحت کافی برخوردار نمی باشد.

۳. تمامی آزمایشگاههای ارائه کننده خدمات غربالگری ناهنجاری جنین ملزم به برخورداری از تجهیزات ارایه کوادمارکر به منظور انجام Integrated Test می باشند.

۴. الزامات مربوط به نمونه:

- ✓ نمونه گیری باید براساس دستورالعمل مكتوب آزمایشگاه و مطابق با استانداردهای مصوب کشوری انجام پذیرد.

✓ نمونه مناسب برای غربالگری، سرم بدست آمده از خون مادر است که در فاصله زمانی حداقل ۲ ساعت باید جدا شده و تا زمان ارسال یا انجام آزمایش در دمای یخچال (۴-۸ درجه سانتیگراد) نگهداری شود. در مورد اندازه گیری استریول، بدليل ناپایداری در نمونه خون کامل سریعاً باید جداسازی صورت گیرد.

✓ در صورت پذیرش نمونه ارجاعی، نمونه باید در شرایط مناسب حین انتقال (دمای ۴-۸ درجه سانتی گراد) و بسته بندی مناسب حداقل ظرف ۴۸ ساعت از زمان نمونه گیری ارسال شده باشد.

✓ تاریخ و زمان نمونه گیری به همراه نام مادر باید روی لوله های حاوی نمونه درج شود و همراه با برگه اطلاعات ارسال گردد.

✓ نمونه ها قبل از انجام آزمایش نباید بیش از یک بار فریز و ذوب شود.

۵. معیارهای مردود شدن نمونه:

- ✓ مقدار CRL گزارش شده در برگه سونوگرافی، خارج از محدوده ۸۴-۴۵ میلی متر باشد.
- ✓ مراجعه مادر یا ارجاع نمونه در خارج از محدوده زمانی مشخص شده (۱۱ تا ۱۳ هفته و ۶ روز) باشد.
- ✓ اطلاعات برگه سونوگرافی ناقص باشد.

شیوه نامه غربالگری و تشخیص ناهنجاری

جنین

مهین تیزآهنگی، کارشناس مامایی معاونت درمان

در شماره قبل به مراحل غربالگری ، تشخیص ناهنجاری جنین و نتایج آن پرداخته شد، در این شماره به پیوست های دستورالعمل مربوطه خواهیم پرداخت.

❖ پیوست ۱

استانداردهای آزمایشگاهی غربالگری ناهنجاری

جنین:

الف) الزامات مرحله قبل از انجام آزمایش

۱. الزامات برگه درخواست و اطلاعات همراه نمونه:

- ✓ نام پزشک ارجاع دهنده
- ✓ مشخصات مادر: نام و نام خانوادگی، آدرس و تلفن، تاریخ تولد / سن، ملیت و نژاد، وزن به کیلو گرم، سابقه وجود اختلالات کروموزومی در بارداری های قبلی و یا داشتن فرزند مبتلا، سابقه مصرف دخانیات ، سابقه بیماری بخصوص دیابت، سابقه آزمایش های مشابه در بارداریهای قبلی، سابقه انجام CVS در بارداریهای قبلی ، نحوه بارداری (طبیعی IVF ، با استفاده از دارو) ، LMP ، تاریخ Parity

- ✓ اطلاعات در برگه سونوگرافی همراه : تاریخ انجام سونوگرافی، نام سونوگرافیست، اندازه CRL در جنین، اندازه NT ، تعداد جنین زنده، تعداد ضربان قلب جنین (FHR) ، تعیین Chorionicity در حاملگی چند قلوبی (خصوصی دوقلوبی) اندازه CRL بزرگتر در حاملگی دوقلوبی، تصویر سونوگرافی (باید پیوست باشد).

آموزش پزشکی بوده و کاربرد آنها در غربالگری ناهنجاری جنین قید شده باشد.

✓ انجام آزمایش های صحه گذاری اولیه، قبل از استفاده از کیت های جدید یا با سری ساخت متفاوت الزامی است. این آزمایش ها حداقل باید به گونه ای انتخاب گردد که از نظر محدوده آنالیتیک قابل اندازه گیری، حد تشخیص، درستی و دقت روش، اطمینان لازم را ایجاد کند.(لازم است میزان عدم دقت، محاسبه شود و بیش از ۴ درصد نباشد).

✓ آزمایشگاه باید دارای برنامه تضمین کیفیت مشخص و مدون بوده و براساس آن برای انجام آزمایش ها یک برنامه کنترل کیفی داخلی تعريف کرده باشد.

✓ با هر سری کاری، باید کنترل های معتبر تجاری حداقل در دو سطح بالا و پائین قرائت شود و نتایج آن با توجه به خطای مجاز تعريف شده برای این گروه از تست ها مورد ارزیابی قرار گیرد. توصیه می گردد کنترل ها در سه سطح غلظتی low, Med Moderate, High تهیه و قرائت شود.

✓ تکنولوژی مورد استفاده برای انجام این آزمایشها باید در برنامه نرم افزاری محاسبه خطر، مشخص شده باشد.

✓ برنامه نرم افزاری باید در فهرست نرم افزارهای مورد تأیید آزمایشگاه مرجع سلامت قرار داشته باشد.

✓ آزمایشگاه باید از تعداد نمونه کافی برای محاسبه مديان هر هفته بارداری، برخوردار باشد (۱۰۰ نمونه برای هر هفته بارداری) به عبارت دیگر مديان ها در هر آزمایشگاه و براساس جمعیت مراجعین آن آزمایشگاه باید تعیین و به روز گردد.

✓ برای محاسبه مديان ها می توان از نمونه های فریز شده نیز استفاده نمود.

✓ نمونه خون در شرایط نامناسب دمایی منتقل شود. (بالا رفتن دما به سرعت موجب نامعتبر شدن نتایج تست Free βHCG می شود).

✓ سرم در شرایطی که بیش از یک هفته در دمای یخچال مانده باشد، منتقل شود.

✓ حجم نمونه کم باشد.(کمتر از ۱ سی سی سرم)

✓ همولیز واضح در نمونه رخ داده باشد.

✓ اطلاعات لازم در برگه ناکافی باشد یا اطلاعات برگه با مشخصات برچسب نمونه همخوانی نداشته باشد.

✓ در ظرف حاوی نمونه ها شکستگی یا نشتی مشاهده شود.



ب) الزامات مرحله انجام آزمایش

✓ تمامی آزمایشگاه های مجری باید برای انجام این آزمایشات از تجهیزات مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده نمایند که تحت برنامه دقیق نگهداری، پشتیبانی و کالیبراسیون قراردارد.

✓ استاندارد سازی نحوه انجام و آنالیز نتایج غربالگری ناهنجاری جنین مورد تأکید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین ضروری است آزمایش ها توسط سیستم های بسته با صحت مناسب در عملکرد (درستی و دقت) انجام گیرد.

✓ آزمایشگاه صرفا مجاز به استفاده از کیت هایی است که مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و

ردیابی به واحدهای SI باشد و مقادیر تفسیری به MoM

✓ تفسیر نتایج شامل: ، risk cut-off level Moderate, low, High risk و تعیین ریسک اختصاصی مادر برای ابتلا جنین به اختلالات کروموزومی (تریزومی)

✓ در برگه گزارش دهی حتماً این عبارت قید گردد که آزمایش‌های انجام شده صرفاً به عنوان غربالگری بوده و به هیچ عنوان جنبه تشخیصی ندارد. تصمیم گیری برای انجام آزمایش‌ها بعدی به عهده پزشک معالج می‌باشد.

✓ تمامی نتایج مربوط به موارد مثبت غربالگری باید به عنوان یک نتیجه بحرانی قلمداد شده و در اسرع وقت به پزشک ارجاع دهنده و مادر اطلاع داده شود.

✓ نسخه‌ای از نتایج (الکترونیک یا کاغذی) باید به مدت حداقل ۵ سال در آزمایشگاه نگهداری گردد.

✓ آزمایشگاه برای پایش عملکرد خود لازم است موارد مثبت و منفی غربالگری را بررسی و تطابق آن را با نتایج تست‌های تشخیصی بعدی ارزیابی نماید. (محاسبه میزان مثبت و منفی کاذب)

/دامه دارد....

✓ در مراحل اولیه پذیرش نمونه‌ها، در صورتی که هنوز تعداد نمونه‌ها به حد نصاب لازم برای محاسبه میدیان نرسیده است، آزمایشگاه می‌تواند به مدت حداقل سه ماه از میدیان‌هایی که شرکت پشتیبان نرم افزار متناسب با روش مورد استفاده برای آزمایش در اختیار می‌گذارد، استفاده نماید. (این میدیانها با همانگی آزمایشگاه مرجع سلامت یا آزمایشگاه‌های مورد تأیید آن مرکز محاسبه می‌گردد). چنانچه پس از گذشت این زمان نمونه‌های پذیرش شده به تعداد کافی نرسد، پذیرش و انجام این آزمایش‌ها باید متوقف گردد.

✓ آزمایشگاه برای پشتیبانی و سایر خدمات لازم باید با شرکت نرم افزاری پشتیبان قرارداد سالیانه داشته باشد.

✓ آزمایشگاه موظف است در هر گونه برنامه ارزیابی خارجی کیفیت که توسط آزمایشگاه مرجع سلامت یا مراکز منتخب آن اجرا می‌شود، شرکت کند.

✓ آزمایشگاه باید بطور ماهانه وضعیت median Free β MoM کلی مربوط به PAPP-A و hCG خود را کنترل نماید که مقدار آن نباید از ۱۰٪ $+/_$ MoM بیشتر شود.

پ) الزامات مرحله پس از انجام آزمایش

✓ تمامی آزمایشها باید در مدت سه روز کاری پاسخ داده شود. (این سه روز از زمان نمونه گیری تا زمان تحویل گزارش به مادر یا پزشک می‌باشد)

✓ فرمت گزارش دهی باید شامل: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره پذیرش آزمایشگاه یا کد اختصاصی نمونه، نام پزشک درخواست کننده، تاریخ نمونه گیری، اطلاعات مربوط به باردار (سن مادر، سن بارداری، وزن مادر، CRL) NT (به صورت mm)، نام سونوگرافیست، نتایج آزمایش شامل مقدار عددی غلظت که قابل

ممیزی بالینی هزینه اضافه تری به سیستم تحمیل نمی کند و به واسطه ارتقای کیفیت مجموعه، از هزینه های فعلی نیز خواهد کاست.

ممیزی بالینی هدفی نیست که باید به آن نائل شویم، بلکه فرآیندی است که باید به صورت روزمره در آن درگیر گردیم.

Clinical Audit ممیزی بالینی

معصومه ارزمانی سرپرست اداره مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان

مراحل انجام ممیزی بالینی:

۱. انتخاب موضوع و عنوان پروژه ممیزی

اهمیت انتخاب موضوع: نقطه آغاز هر فعالیت ارتقا کیفیت، انتخاب موضوع آن است و این انتخاب نیاز به تفکر و برنامه ریزی دقیق و اولویت بندی مناسب دارد، چرا که انجام هر پروژه ممیزی مستلزم صرف منابع فراوان است

❖ انواع ممیزی:

ساختار: مجموع منابعی است که سیستم را قادر به ارائه خدمت یا مراقبت درمانی می سازد.

فرایند: خود فرایند ارائه خدمات درمانی - مراقبتی و روشهای آن است.

نتیجه: تغییرات قابل اندازه گیری در وضعیت سلامت بیمار یا بیماران است

ممیزی ساختار، به منابعی توجه دارد که باید وجود داشته باشند تا ارائه خدمات با کیفیت بالا و مطابق استانداردها امکان پذیر باشد، مانند: کارکنان، محیط، تجهیزات و ... ممیزی فرایند، بر خدمات مراقبتی - درمانی یا اعمال و روشهایی که در سیر درمان به بیماران ارائه می شود، تمرکز می نماید.

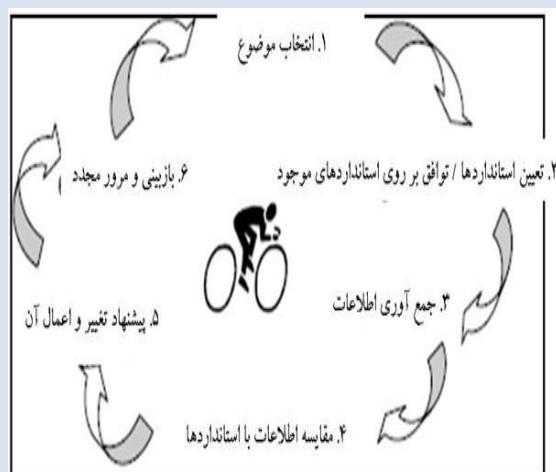
این نوع از ممیزی معمولاً با فرایندهایی که به عنوان فرایندهای استاندارد ثابت شده اند و تضمینی برای حصول به نتیجه هستند، در ارتباط است. اگر پژوهشی نشان داده است که "درمان X بهترین نتیجه را دارد"، سوال ممیزی ما باید اینچنین باشد: "آیا ما به بیمارانمان درمان X را ارائه می دهیم؟"

❖ الوبت بندی در انتخاب موضوع

۱. اهمیت بالینی موضوع مورد نظر
۲. اهمیت آن برای استفاده کنندگان از خدمات نظام سلامت، مانند بیماران

مقدمه:

ممیزی بالینی، یک فرایند ارتقا کیفیت است، که با هدف ارتقا کیفیت خدمات و مراقبتهای ارائه شده به بیماران و بهبود نتایج حاصل از آن صورت می گیرد و این عمل را از طریق مرور نظام مند وضعیت موجود و تطابق آنها با استانداردهای صریح و روشن و انجام مداخله و ایجاد تغییر به انجام می رساند.



در مورد ممیزی بالینی موارد زیر همواره باید

مد نظر قرار گیرند:

ممیزی بالینی فرآیندی برای ارتقا کیفیت است و بازرسی یا مج گیری نیست.

برای انجام یک پروژه ممیزی بالینی همه ذینفعها باید در گیر شوند.

ممیزی بالینی باید به قسمتی از فرهنگ سازمان تبدیل گردد.

ممیزی بالینی عموماً فرآیندی بین رشته ای است و در سیر انجام آن رشته ها و بخش های مختلف باید درگیر شوند.

اگر هزینه‌های مازادی در رابطه با تغییر پیشنهادی بر سیستم تحمیل می‌شود، اطمینان حاصل نمایید که مدیریت مجموعه طرح پیشنهادی شما را فهمیده و از آن حمایت می‌کند. اگر قبل از شروع پروژه به این توافق نرسید، احتمال اینکه بتوانید بودجه لازم برای اعمال تغییرات را فراهم سازید، کم خواهد بود.

ممیزی بالینی فرآیندی است برای ارتقای کیفیت خدمات بالینی که از مجموعه ای از فعالیتهای به هم مرتبط تشکیل شده است.

۳. تعیین اهداف عینی و استانداردها

در مورد اینکه هدف کلی تان از انجام پروژه چیست، تصمیم گیری نمایید و آن را در قالب یک عبارت که به بهترین شکل هدف و نتیجه مورد نظر شما از انجام این فرایند را بیان می‌دارد بنویسید یا سوالی مطرح نمایید که انجام پروژه به شما پاسخ دهد، سپس مراحلی را که باید طی کنید تا به این هدف کلی برسید، تعیین نموده و آنها را به صورت تعدادی کار یا جوانب مختلفی از کیفیت که پروسه ممیزی شما باید بر آنها تمرکز نماید، بیان کنید.

استانداردهای ممیزی سطح قابل قبول کیفیت ارائه خدمت را مشخص نموده و با اهداف عینی پروژه مرتبط است. در تعریف هر استاندارد معمولاً دو جز هدف (به معنای درصدی از افراد جمعیت مورد بررسی، که حتماً باید خدمت مورد نظر را با کیفیت استاندارد دریافت کنند) و استثنای (مواردی که با دلایل موجه ممکن است خدمت استاندارد را دریافت ننمایند) تعریف می‌شود. استانداردها همیشه باید بر مبنای در دسترس ترین و به روزترین شواهد و مدارک موجود نگارش شوند. همیشه ابتدا باید به دنبال استانداردهایی بروید که در سطح محلی یا کشوری در قالب گایدلاين های علمی مبتنی بر شواهد، یا پروتوكل ها موجود هستند و اگر استاندارد مشخصی در این سطوح وجود ندارد خودتان باید برای تعریف آنها اقدام نمایید. قبل از شروع هر فرایند مطمئن شوید که در مورد استانداردها توافق جمعی و ناحیه ای

۳. فراوانی وقوع و خطرات ناشی از آن
۴. علاقه‌ی پزشکان و ارائه دهندهای خدمات به آن حیطه
۵. پیچیدگی و مشکل بودن مدیریت آن
۶. هزینه تحمیلی به سیستم
۷. در دسترس بودن استانداردهای حرفه‌ای و ملی برای آن
۸. امکان اعمال تغییر در حیطه مرتبط با آن

۲. تشکیل تیم ممیزی (همه اعضای تیم بالینی شرط تشکیل تیم می‌باشند)

ممیزی‌ها می‌توانند تک رشته‌ای (در حیطه کاری فقط پرستاران یا فقط پزشکان یا) یا چند رشته‌ای (با مشارکت بیش از یک رشته یا حرفه) باشند. اگر فرایندی که شما قصد ارتقای کیفیت آن را دارید اثراتی بر رشته‌ها یا حرفه‌های خارج از حیطه کاری شما دارد، حتماً با صاحبان آن حرفه‌ها مشورت نمایید و مطمئن شوید که آنها در مراحلی از فرایند شما درگیر شده‌اند. به طور مثال اگر پروژه شما درمورد ارجاعات بیماران در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات درمانی است، مثلاً ارجاع از مطب پزشک به بیمارستان، سعی کنید در تیم ممیزی تان وارد اگر از سازمانهای مختلفی هستند در تیم ممیزی تان وارد نمایید. در نظر داشته باشید که ترجیحاً تعدادی از بیمارانی که این مراحل را طی نموده‌اند (یا همراهان آنها) نیز در فعالیتهای تیم درگیر شوند یا حداقل نظرات آنها از طرق دیگری دریافت شده و در اصلاح فرایندها لحاظ شود.

نکته:

اطمینان حاصل نمایید که درگیر این فرایند خواهند شد، انگیزه کافی برای ارتقا کیفیت خدمت در این حیطه را دارا هستند. اگر موضوع ممیزی تنها مورد علاقه شما است و افراد دیگر چندان علاقه‌ای بدان ندارند، احتمال اینکه بتوانید منجر به ایجاد تغییرات موثری در سیستم شوید، بسیار کم خواهد بود.

همه مهره‌های کلیدی (افرادی که در مورد انجام هر تغییری حرف آخر را می‌زنند) را در مرحله طراحی پروژه درگیر نمایید. چرا که با وجود آنها احتمال اینکه تغییری اعمال شود و فرایندی ارتقا یابد، افزایش می‌یابد.

تعیین وضعیت موجود از مقایسه داده های موجود با وضعیت استاندارد و شناسایی موارد عدم تطابق با استاندارد بdst می آید.

همه داده هایی را که به دست آورده اید با هم یکی کنید و نتایجتان را با استانداردها مقایسه نمایید. چقدر با استانداردها تطابق داشتند؟ چرا در بعضی موارد اینقدر فاصله با استاندارد وجود دارد؟

به عنوان مثال با شنیدن عبارت "گزارش پاتولوژی ۸۵٪ از آپاندکتومی هایی که در این بیمارستان انجام می گردد، نرمال است"، نمی توانیم قضاوی دقیقی داشته باشیم ولی در صورتیکه بدانیم موارد نرمال آپاندکتومی باید بین ۷ تا ۱۵ درصد باشد، به قضاوی کاملاً روشی دست خواهیم یافت.

۷. گزارش یافته ها و تهیه گزارش

نتایج حاصل از بررسی تان را برای همکاران ارائه دهید و در مورد روشهای اصلاح آن به توافق برسید. در انتهای یک گزارش ممیزی باید نیاز به ایجاد مداخله و تغییر، نوع آن و نیاز به بروز سازی راهنمایی بالینی یا استانداردها مشخص شود. در نوشتن گزارش باید آن قدر جزیبات رعایت شوند که مطمئن شوید اگر کس دیگری بخواهد با خواندن این گزارش، آن پرسوه را تکرار کند، خواهد توانست.

۸. انتخاب راه کارها و تدوین برنامه عملیاتی، اعمال تغییرات و تکرار ممیزی

اگر انجام قسمت اول پروژه ممیزی نشان دهد که نیاز به اعمال تغییر وجود دارد (یعنی در قسمتهایی از فرایند ارائه یک خدمت عدم تطابق با استاندارد وجود داشته باشد و این عدم تطابق جز استثنایات نبوده و قابلیت اصلاح داشته باشد)، انجام تغییرات ضرورت می یابد.

براساس راهکارهایی که در جلسات مختلف بdst آورده اید، برنامه عملیاتی تدوین نمایید.

جامعه حق دارد انتظار داشته باشد خدماتی که دریافت می کند مطابق با بهترین استانداردها باشد توجه داشته باشید که هر تغییری الزاماً منجر به بهبود و ارتقا نخواهد شد، پس فقط برای اینکه مداخله ای کرده باشید، اعمال تغییر نکنید.

وجود دارد. در این خصوص می توانید از برنامه عملیاتی بیمارستان خود نیز استفاده نمایید (استاندارد می تواند جهانی، کشوری، منطقه ای، استانی و حتی بیمارستانی ... باشد. در مواردی که استانداردی وجود ندارد بایستی در توافق جمعی معیار یا هدف مطلوبی در نظر گرفته شود).

۴. انتخاب نمونه و نمونه گیری

نمونه باید به قدری کوچک باشد که بتوان به سرعت اطلاعات آن را جمع آوری نمود و باید به اندازه ای بزرگ باشد که نتایج آن قابلیت تعمیم به جمعیت هدف را داشته باشد.

نکته:

از یک متداولوژی قوی در اجرای پروژه تان استفاده نمایید، در صورتیکه افراد از پایایی و روایی نتایج شما اطمینان حاصل نمایند، احتمال اینکه بتوانید منشا تغییر و اصلاح شوید، افزایش می یابد.

۵. طراحی روش جمع آوری داده ها و

اجرای آن

فقط آن دسته از اطلاعات را جمع آوری نمایید که برای بررسی وضعیت موجود و مقایسه با استاندارد، مورد نیاز است. جمع آوری هر گونه اطلاعات اضافی به معنای هدر دادن زمان و انرژی بدون دریافت هر گونه فایده اضافه بوده و گاهی حتی با اصول اخلاقی نیز در تقابل است.

نکات قابل توجه:

انجام یک پروژه ممیزی بالینی موثر نیاز به اطلاعات قابل اعتماد و دقیق پیرامون موضوع مورد نظر دارد.

باید توجه گردد که نباید انرژی سیستم برای جمع آوری داده هایی نامرتبط و نادرست صرف شود.

برای جمع آوری اطلاعات روشهای مختلفی وجود دارد و بهتر است که در نهایت وضعیت موجود در قالب داده های کمی گزارش گردد.

مثال: گزارش پاتولوژی ۸۵٪ از آپاندکتومی هایی که در این بیمارستان انجام می گردد، نرمال است.

۶. تجزیه و تحلیل اطلاعات در مقایسه با

استاندارد

اسناد بیمار باید تنها با نام بیمار، شماره پرونده و شماره اتفاق شناسایی شوند و نباید هیچگونه اطلاعات تشخیصی که امکان خواندن آنها توسط فرد معمولی وجود دارد، روی پوشه ها قید گردد.

► در واحد های پرستاری تنها شماره تخت باید روی کلاسور بیمار قابل مشاهده باشد. البته استثنای مهم در این مورد هشدار در مورد حساسیت های بیمار است.
حساسیت های بیمار باید بطور واضح در روی کلاسور یادداشت شود.

► نشان دادن کلاسور با اطلاعات مشخص بالینی از قبیل HIV مثبت: این قبیل اطلاعات حساس نباید قابل رویت باشند. برخی مراکز این کار را با قرار دادن یک برجسب رنگی کد داده شده و یا سایر نماد ها روی کلاسور انجام می دهند.

► مبحث دیگر از اقدامات محترمانه، گسترش اقدامات محترمانگی به راهرو و اتفاق خود بیمار است.

عنوان مثال در یک مرکز توانبخشی بستری، بیماران به ماندن در اتاقهایشان تمایل زیادی ندارند و به سایر بخششای مرکز و یا به بیرون از مرکز برای دریافت اقدام درمانی فرستاده می شوند.

راهروهای عمومی مراکز درمانی مکانی مناسب برای ارائه اطلاعات نیست و این قبیل موارد باید به مناطق محدود شده ای، منحصر شود.

این بخش مشکل ترین قسمت چرخه ممیزی بالینی بوده و نقطه ای است که احتمال زیاد دارد در آن نقطه چرخه متوقف شده و نیرو و انرژی زیادی به هدر رود. و در نهایت، ممیزی مجدد جهت حصول اطمینان از بهبود عملکرد انجام خواهد گرفت.

۹. انتشار نتایج

معمولًا پروژه های ممیزی کارهای خوبی هستند که دیگران از دانستن آن بهره می برند. پس ماحصل کارتان را در قالب یک مقاله، پوستر یا سخنرانی در یک کنفرانس ارائه نمایید.

۱۰. در نظر داشتن اخلاقیات

بر خلاف طرحهای تحقیقاتی، در پروژه های ممیزی بالینی نیازی به تصویب طرح در کمیته های اخلاق در پژوهش و کسب تاییدیه اخلاقی وجود ندارد. ولی پروژه های ممیزی بالینی نیز باید از ابتدا تا انتهای در یک قالب کاملاً اخلاقی، انجام و هدایت شوند.

حوزه محترمانگی در بیمارستان

► برای کارمندان مرکز مراقبت سلامت که در یک آسانسور شلوغ جابجا می شوند، صحبت در مورد بیماری یک بیمار مشخص، یک قانون شکنی واضح از محترمانگی است.

► گاهی اوقات حتی قرار دادن تصویر بیمار روی دیوار یا قرار دادن نام و تشخیص بیمار روی تابلوی اعلانات در راهروی عمومی می تواند، عنوان قانون شکنی از محترمانگی بیمار در نظر گرفته می شود.

► هر گز نباید در مورد بیماران در بین کارکنان یا کارمندان مراقبت سلامت در اجتماعات عمومی صحبت و بحث کرد.

► تمام کارمندان باید موافقت نامه محترمانگی اطلاعات بیمار را اجراء و امضاء کنند.

► اسناد فیزیکی باید در کلاسور و یا پوشه نگهداری شوند. کلاسورها یا پوشه های محتوى

۳. پیامدهای حقوقی و قانونی
۴. رقابت و خود گردانی سیستم ها
۵. گرانی منابع و کمبود آنها
۶. محدودیت بودجه و امکانات
۷. افزایش آگاهی عموم و انتظارات آنها

نظارت و کنترل

Supervision and Control

مراحل نظارت و کنترل (فرایند کنترل):

۱. تعیین استانداردها و شاخص ها برای سنجش عملکرد
۲. بررسی عملکرد و نتایج عملیات
۳. مقایسه نتایج با اهداف و استانداردها
۴. تشخیص انحراف ها و تحلیل علل آنها و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی

طاهره وفایی، سرپرست اداره پرستاری و مامایی، معاونت درمان

کنترل چیست:

کنترل فرآیندی است که مدیر از طریق آن، تطبیق عملیات انجام شده را با فعالیت های برنامه ریزی شده، می سنجد.

اقدامات تعیین شده و پیش بینی شده را با عملیات اجرا شده، مقایسه می نماید.

نشان دادن آنچه که عملاً میافتد، مقایسه واقعیت با آنچه مورد نظر بوده و تشخیص زمینه هایی که باید راجع به آنها اقدام کرد.

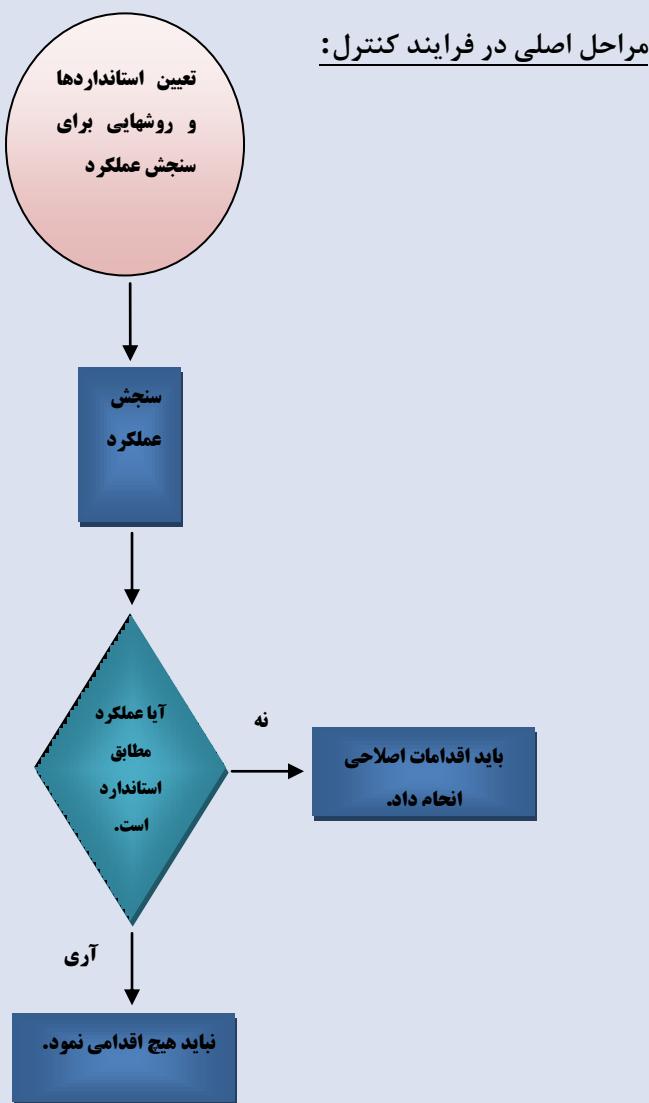
هدف اطیانی یافتن از دستیابی به نتایج مطلوب منطبق بر اهداف است.

اهداف کنترل :

۱. تأمین اهداف تعیین شده (برنامه ریزی شده) سازمان.
۲. به مصرف رساندن منابع سازمان به شیوه ای موثر و با راندمانی بالا .
۳. بهبود کیفیت مراقبت ها (اصلاح اشتباهات).
۴. تحت نظر داشتن تغییرات محیطی و اثرات آنها بر سازمان .
۵. آموزش و ارتقاء کارکنان .
۶. کاهش مدت بستری ، کاهش هزینه های مراقبت (رضایت بیماران).

اهمیت کنترل در سیستم های بهداشتی درمانی:

۱. اهمیت انسان و سلامتی او
۲. فشار بیمه و پرداخت کنندگان



انواع کنترل:

- آموزش مستمر پرسنل قبل و حین خدمت در زمینه های مورد نیاز.
- مشاوره و راهنمایی کارکنان.
- ترغیب و تشویق کارکنان به خود کنترلی.
- ایجاد جو اعتماد در محیط کار تا کنترل را توهین به خود تلقی نکنند.
- انتخاب شیوه ای برای کنترل که وحدت بوجود آورده نه جدائی.
- آگاه کردن کارکنان از نتایج کنترل
- توجیه مقررات و قوانین حاکم بر سازمان برای کارکنان.
- سپردن کار به کارداران.

مشکلات کنترل :

۱. مقاومت کارکنان در برابر کنترل
۲. مشکلات دسترسی به موقع برنامه ریزان و مدیران به نتایج کنترل
۳. غیرواقعی و غیر منصفانه بودن انتخاب استانداردها.

برگرفته از کتاب مدیریت پرستاری

۱. کنترل قبل از اجرای عملیات (کنترل آینده نگر)
۲. کنترل در حین اجرای عملیات (کنترل هم زمان)
۳. کنترل بعد از اتمام عملیات (کنترل گذشته نگر یا باز خورده)

کنترل آینده نگر:

۱. پیش بینی مشکلات
۲. کنترل منابع مصرفی سازمان
۳. کنترل منابع انسانی
۴. کنترل بودجه
۵. تعیین ضوابط انجام کار قبل از شروع کار

کنترل هم زمان:

۱. بررسی فعالیت ها حین انجام کار
۲. نظارت و سرپرستی مستقیم بر روند کار و عملکرد کارکنان
۳. شناخت مشکلات قبل از پایان کار
۴. پیشگیری از خطرات یا مشکلات قبل اصلاح

کنترل گذشته نگر:

۱. بررسی نتایج انجام کار پس از پایان کار
۲. استفاده از اطلاعات آماری حاصل از نتایج کار
۳. قابل استفاده برای تشویق یا تبیه کارکنان
۴. قابل استفاده برای برنامه ریزی و اقدامات آینده

اقدامات ضروری در زمینه کنترل خدمات پرستاری و ماما می:

- تدوین استانداردهای لازم.
- دردسترس قرار دادن خط مشی ها، رویه ها، روشها و آئین نامه ها و....

• نقطه تصمیم گیری ب:

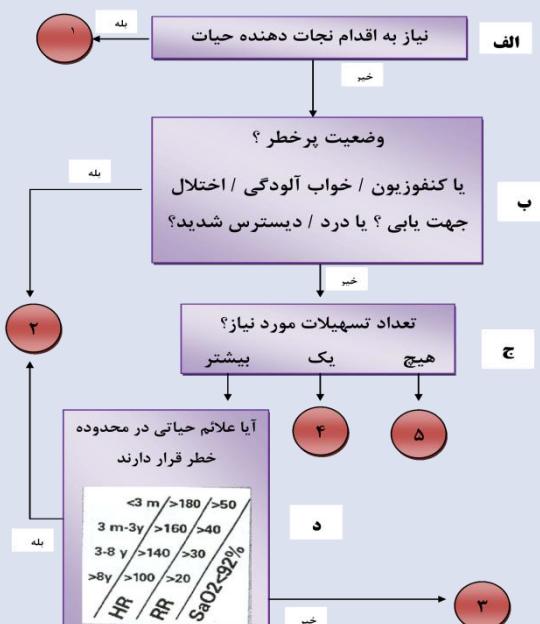
در این مرحله از خود بپرسید: " آیا بیمار نباید منتظر بماند ". (شامل: علائم پرخطر، اختلال هوشیاری، درد یا دیسترس شدید) که در این صورت بیمار در سطح ۲ قرار می گیرد.

• نقطه تصمیم گیری ج:

در صورت عدم وجود شرایط الف و ب ،باید تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس را تخمین بزنید . نیاز بیمار به ۲ یا بیشتر از تسهیلات اورژانس در صورت عدم اختلال در علائم حیاتی وی را در سطح ۳ قرار می دهد.
نیاز به یکی از تسهیلات اورژانس، او را در سطح ۴ و در صورتی که به هیچ کدام از تسهیلات اورژانس نیاز ندارد وی را در سطح ۵ قرار می دهد.

• نقطه تصمیم گیری د:

در صورتی که تسهیلات مورد نیاز بیمار طبق تعریف، ۲ و یا بیشتر باشد (سطح ۳) در این مرحله باید علائم حیاتی بیمار جهت طبقه بندی در نظر گرفته شود. یعنی در صورت وجود اختلال در علائم حیاتی بیمار او را در سطح ۲ قرار دهید و در غیر اینصورت بیمار در همان سطح ۳ تقسیم بندی می گردد.



برگرفته از دستورالعمل های اداره اورژانس وزارت بهداشت

سیستم تریاژ

Emergency Severity Index(ESI)

حسن سهرابی، کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان

مقدمه:

در ساختار تریاژ ESI با عنوان یکی از روش های تریاژ سطحی ، تقسیم بندی بیماران بر اساس دو معیار حدت بیماری و تسهیلات مورد نیاز بیمار است که اولی با وجود یا عدم وجود عوامل تهدید کننده حیات و عضو، وجود علائم خطیر و همچنین علائم حیاتی تعیین می شود و دومی بر اساس تجربه پرستار و مقایسه بیمار موجود با موارد مشابه قبلی تعیین می گردد.

در این روش ابتدا پرستار تریاژ بیمار را بر اساس شدت بیماری و وحامت حال وی ارزیابی می کند. اگر شدت بیماری زیاد نباشد یعنی در صورت عدم وجود شرایط تهدید کننده حیات یا اندام و یا شرایط پرخطر (یعنی سطوح ۱ و ۲ تریاژ)، پرستار بر اساس تجربه های قبلی از سایر بیماران و آموزش های سیستم تریاژ، با تخمین تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس، بیمار را سطح بندی می نماید. لذا پرستار مسئول تریاژ، علاوه بر آشنایی کامل با الگوریتم ، باید از تجربه کافی نیز برخوردار باشد. در نظر گرفتن تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس برای تعیین سطح بیمار خصوصیت ویژه سیستم ESI است.

در الگوریتم ESI، چهار نقطه تصمیم گیری وجود دارد:

• نقطه تصمیم گیری الف:

اولین سوالی که باید از خود بپرسید این است: " آیا بیمار در حال مرگ است و یا نیاز به اقدامات فوری نجات دهنده حیات دارد." در این صورت بیمار در سطح ۱ قرار می گیرد.

ایمنی بیمار

Patient Safety

رضافانی، کارشناس اعتبار بخشی، معاونت درمان

مقدمه:

حداقل نیمی از حوادث گزارش شده در این مطالعات، به نظر قابل پیشگیری می رسیدند. اگرچه بیشتر این حوادث حداقل آسیب را به بیماران رسانده اند، یک سوم آنها عوارض دائمی بر جای گذاشتند. همچنین، عاقبت حدود ۱۰ درصد حوادث به مرگ بیماران منتهی شده است، بنابراین نتیجه گیری منطقی از این یافته ها نشان می دهد که «بسیاری از بیماران نخواهند مرد، اگر در بیمارستان پذیرش و بستری نشوند».

در سال ۱۹۹۹، موسسه پزشکی آمریکا، گزارشی را با عنوان «بشر، جایز الخطاست، پس بیایید سیستم سلامت ایمن تری بسازیم.» منتشر کرد و مدعی شد سالانه ۹۸ هزار بیمار در آمریکا به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کنند. در واقع، حوادث قابل پیشگیری، چهارمین علت مرگ در آمریکا به حساب می آیند و شکاف ناخوشایندی میان آنچه توصیه می شود، با آنچه در واقعیت به بیماران تحمیل می شود، وجود دارد. بنابراین به نظر می رسد ایمنی بیماران، یک مشکل عمده سلامت و بهداشت عمومی باشد.

برای بهبود و اصلاح ایمنی بیمار، مهم است بدانیم چرا خطاهای اتفاق می افتد و عوامل خطر را بشناسیم. اشتباه و خطأ، وقتی رخ می دهد که تکمیل یک عمل برنامه ریزی شده با شکست مواجه می شود (خطای اجرا) یا برای رسیدن به یک هدف، از برنامه ناصحیحی استفاده شود (خطای برنامه ریزی). خطای اجرا می تواند در سطح فردی و در سطح سیستم تحلیل شود. در رویکرد فردی، خطاهای به وسیله متخصصان بهداشت و درمان مسامحه کار که از روش های غیرایمن استفاده می کنند، رخ می دهند. مذمت مردم و فرهنگ تنبیه‌ی، از مشخصه های اصلی این رویکرد به شمار می آیند. بررسی های بیشتر نشان داده رویکرد خطای فردی برای کاهش اشتباهات به شکست انجامیده است.

رویکرد مبتنی بر سیستم فرض می کند که همه افراد ممکن است مرتکب اشتباه شوند و این گونه در نظر می گیرد که بیشتر خطاهای توسط سیستم های معیوب ایجاد می شوند و آنها هستند که افراد را به سمت ارتکاب خطای ناتوانی در پیشگیری از آن رهنمایی می کنند، البته این موضوع به این معنا نیست که افراد می توانند بی دقت باشند، بلکه هر فردی باید پاسخگوی اعمال خویش باشد، بنابراین رویکرد مبتنی بر سیستم بر پایه توسعه و بهبود

اگرچه مقوله بهداشت و سلامت برای بهبود ایمنی بیمار طراحی شده، دارای این ظرفیت ذاتی و حقیقی نیز هست که بیماری ها را تولید یا تشديد کند، باعث افزایش زیان و ضرر بیماران شود و عدم صلاحیت سیستم را القا نماید. این اتفاقات ناخوشایند و مضر، در واقع صدمات ناخواسته و تصادفی ای هستند که در اثر چگونگی مدیریت مراقبت های سلامتی و نه به دلیل شرایط زمینه ای بیمار ایجاد می شوند.

پژوهش های مبتنی بر جمعیت که در آمریکا، استرالیا، انگلستان، نیوزلند و کانادا انجام شده، نشان می دهند این حوادث بین ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد همه پذیرش های بیمارستانی رخ می دهند. این بررسی ها به صورت گذشته نگر و بر پایه مرور اطلاعات بیماران، شامل یادداشت های پزشک، اطلاعات پرستاری و نوع و میزان تجویز دارو انجام شده، بنابراین میزان آنها احتمالا کمتر از میزان واقعی موجود هستند. تقریبا نیمی از حوادث مضر و ناخواسته گزارش شده در این مطالعات، مربوط به جراحی بوده (بیمار اشتباهی، جراحی اشتباهی و محل اشتباهی جراحی) و گزارش های دارویی، دومین علت شایع حوادث هستند که ۲۰ درصد تمامی رخدادها را تشکیل می دهند. پرخطرترین مکان ها، اتاق های عمل و بعد بخش ها بودند.



آموزش بینند. آنها باید از شرایطی که پزشکان را در معرض خطاهای پزشکی قرار می دهند، خصوصاً در طول سال های دانشجویی خود آگاه باشند.

دانشجویان باید به اصول ایمنی بیماران احترام بگذارند و در این زمینه آموزش های لازم را ببینند. از سویی نام و فرهنگ تنیبیه سرزنش نیز متوجه شود، زیرا رفتار مبتنی بر اصول ایمنی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد، پس ارزیابی های لازم در این زمینه به مرتبان حرفة ای و با وجودان سپرده شوند.



برگرفته از مقاله دکتر شادی کلاهدوزان

بسیاری از موانع، زنگ خطرها و تدابیر به منظور پیشگیری از رخداد خطا بنا شده است.

ایمنی بیمار در آموزش پزشکی :

به نظر می رسد آموزش برای توسعه تغییرات ضروری به منظور کاهش خطاهای در پزشکی، افزایش ایمنی و پیشرفت کیفیت مراقبت های سلامتی الزامی باشد . متأسفانه بسیاری از بررسی هایی که روی دستیاران، انترن ها و دانشجویان انجام شده، نشان می دهند آنها از آموزش کافی برای افزایش قابلیت های حمایت از ایمنی بیمار برخوردار نبوده و مدعی هستند که ابزار لازم این اقدام را نداشته یا مهارت های لازم را کسب نکرده اند.

اغلب مردمیان معتقدند آموزش رعایت اصول ایمنی بیمار باید در آموزش پزشکی و ترجیحاً طی دوره های عملی بالینی گنجانده شوند، در حالی که بیشتر پزشکان وقتی برای اولین بار با خطاهای پزشکی مواجه می شوند که دانشجوی دوره های غیر بالینی بوده و در متن کار قرار ندارند و به صورت عملی آموزش نمی بینند. در سال ۲۰۰۴، سازمان جهانی بهداشت، «اتحاد جهانی برای ایمنی بیمار» را راه اندازی کرد تا شاید از بروز حوادث ناخواهایند قابل پیشگیری در دنیا بکاهد و اصول شیوه های درمان ایمن تر را گسترش دهد. در سال ۲۰۰۸، این اتحاد جهانی، برنامه های صحیح و اطمینان بخش جراحی را منتشر کرد تا در بخش ها و آموزش های جراحی به بحث و اجرا گذاشته شوند .

چه باید کرد؟

باید جنبه های مختلف ایمنی بیمار، مانند نگرانی های اخلاقی، کار گروهی، مهارت های ارتباطی، ارتباط پزشک - بیمار، تئوری ها، رویکردهای خطای انسانی و تشخیص خطاهای پزشکی و افشاری آنها در برنامه های آموزشی پزشکی گنجانده شده و دانشجویان نیز در دوره های چرخشی بالینی خود با آنها مواجه گردند، هرچند گنجاندن اصول ایمنی بیمار در برنامه های آموزشی دانشجویان تمام کشورها امکان پذیر نیست .

دانشجویان پزشکی باید اپیدمیولوژی حوادث مضر، عوامل خطر و پیشگیری، مدیریت و اقرار به اشتباهات پزشکی را

روش آمارگیری در پذیرش سیستم اطلاعات بیمارستانی

معصومه اسدی، کارشناس انفورماتیک معاونت درمان

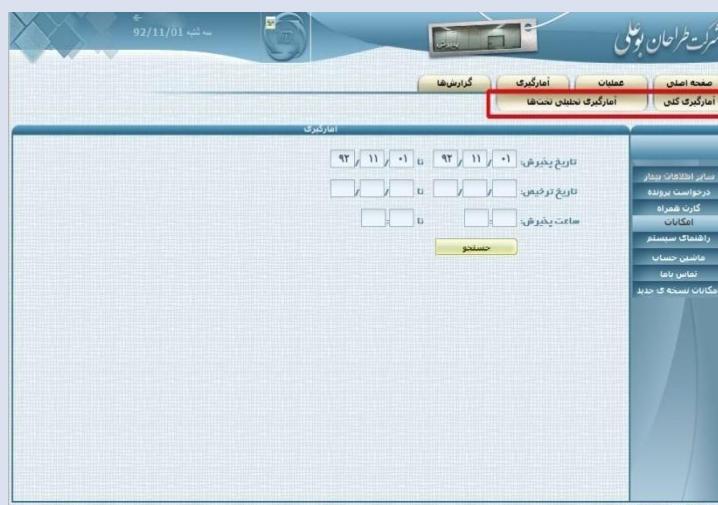
مقدمه:

سیستم اطلاعات بیمارستان (Hospital Information System) به معنای پیاده سازی سیستم یکپارچه تولید اطلاعات لازم برای مدیریت تمامی فعالیت‌های مربوط به سلامت، از قبیل برنامه ریزی، نظارت، هماهنگی و تصمیم‌گیری می‌باشد . یکی از مزایای مهم سیستم HIS تعریف آیتم‌های مختلف برای گزارش گیری است در عین حال عدم نا آشنایی کاربران بر نحوه استفاده از این امکان ، گزارش گیری آمار های مورد نیاز از HIS را دچار مشکل می نماید از این رو جهت آشنایی بیشتر کاربران ، در این شماره به صورت مختصر به توضیح آن قسمتی از آن پرداخته شده است .

در منوی بالا صفحه پذیرش بر روی آمارگیری کلیک می کنیم .



در صفحه بعد دو tab آمارگیری کلی و آمارگیری تحلیلی وجود دارد .



برای ورود به قسمت آمارگیری کلی بر روی دکمه مربوط کلیک می کنیم که شامل تاریخ پذیرش بیمار یا تاریخ ترجیح و ساعت پذیرش می باشد، در این قسمت می توان تاریخ پذیرش و تاریخ ترجیح بیماران را به عنوان فیلتر جستجو انتخاب نمایید و یا به تنهایی تاریخ پذیرش و یا تاریخ ترجیح مبنای جستجو باشد. بعد از انتخاب تاریخ موردنظر بر روی دکمه جستجو کلیک می نماییم.

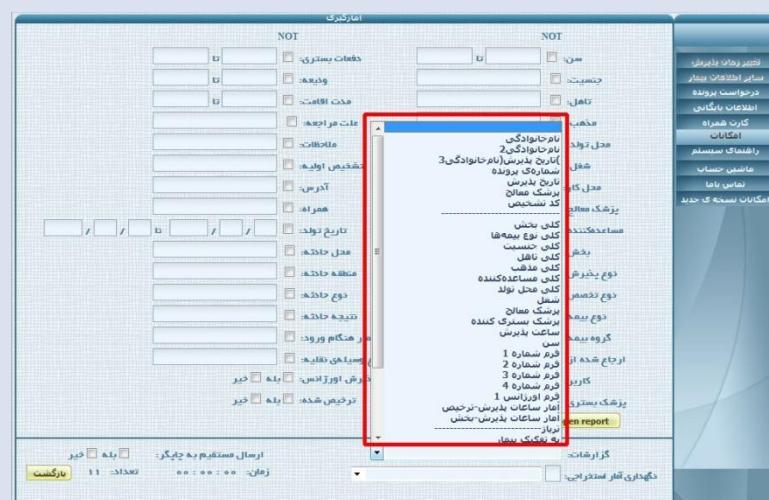
همانطور که در ذیل مشاهده می نمایید فیلدهایی که در صفحه اصلی پذیرش پر می شود به عنوان فیلتر برای جستجوی محدود تر در نظر گرفته می شود، لازم به ذکر است در کنار هر آیتم یه مربع و یک مستطیل بزرگ قرار دارد، اگر شما قسمت مربع را تیک بزنید و از جعبه مستطیل موردنی را انتخاب نمایید تمامی گزینه های آن آیتم به غیر از موردنی که شما در نظر گرفته اید مبنای فیلترینگ شماست و اگر تیک نداشته باشید یعنی مورد جستجو فقط گزینه ای است که در باکس مستطیل انتخاب شده است.(در تمامی جعبه های مستطیل فقط باستثنی انتخاب صورت بگیرد اگر موردنی در آیتم ها وجود ندارد نمی توان آن گزینه را تایپ نمایید، باکس ها به صورت انتخابی است)



اگر شما فیلتری در این بخش انجام می دهید حتما می بایست دکمه جستجو براساس فیلتر را بزنید و بعد گزارش مربوطه را تهیه نمایید .

دو روش جهت تهیه گزارش وجود دارد:

۱. انتخاب از قسمت گزارشات که گزارش انتخابی به صورت یک فایل با فرمت pdf نمایش داده می شود .



۲. از قسمت open report می توان گزارش براساس نیاز کاربر انجام شود(ساخت گزارش)



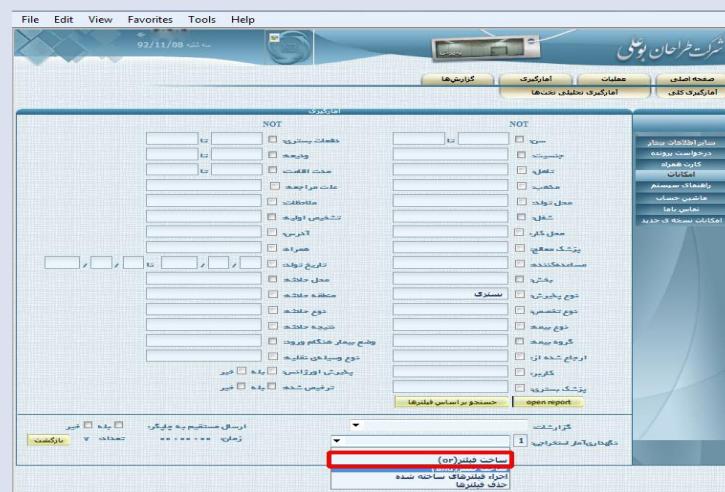
در بخش فیلدهای اطلاعاتی می توان از اطلاعات مورد نیاز کاربر گزارش ساخت و همچنین در این بخش می توان گزارش با فرمت اکسل تهیه شود .

در قسمت آمارگیری کلی می توان از یک جعبه چند آیتم را به عنوان فیلتر انتخاب کرد مثلاً از قسمت نوع پذیرش که شامل سه آیتم بستره، زیر ۶ ساعت و سرپائی است دو قسمت بستره و زیر ۶ ساعت را به روشنی که در ذیل توضیح داده می شود انتخاب می کنیم .

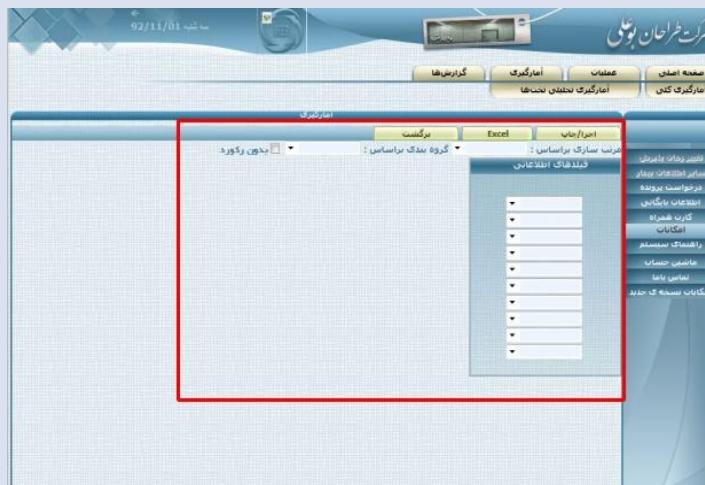


به عنوان مثال در قسمت نوع پذیرش ابتدا آیتم بستره را انتخاب می کنیم و در قسمت نگهداری آمار استخراجی گزینه ساخت فیلتر OR را انتخاب می کنیم دوباره در قسمت نوع پذیرش بستره را پاک می کنیم و زیر ۶ ساعت را انتخاب می نمائیم دوباره در قسمت نگهداری آمار استخراجی گزینه ساخت فیلتر OR را می زنیم و گزینه زیر ۶ ساعت را در نوع پذیرش OR پاک می کنیم اکنون در باکس کنار نگهداری آمار استخراجی عدد ۲ وجود دارد یعنی شما دو آمار را بصورت فیلتر OR یا جمع ذخیره کرده اید برای اجرای این فیلترها در قسمت نگهداری آمار استخراجی گزینه اجرای فیلترهای ساخته شده

را می زنیم. مجموع این دو فیلتر در قسمت تعداد نمایش داده می شود اگرچنان می توانید از قسمت گزارشات گزارش مورد نیاز را اجرا نمائید.

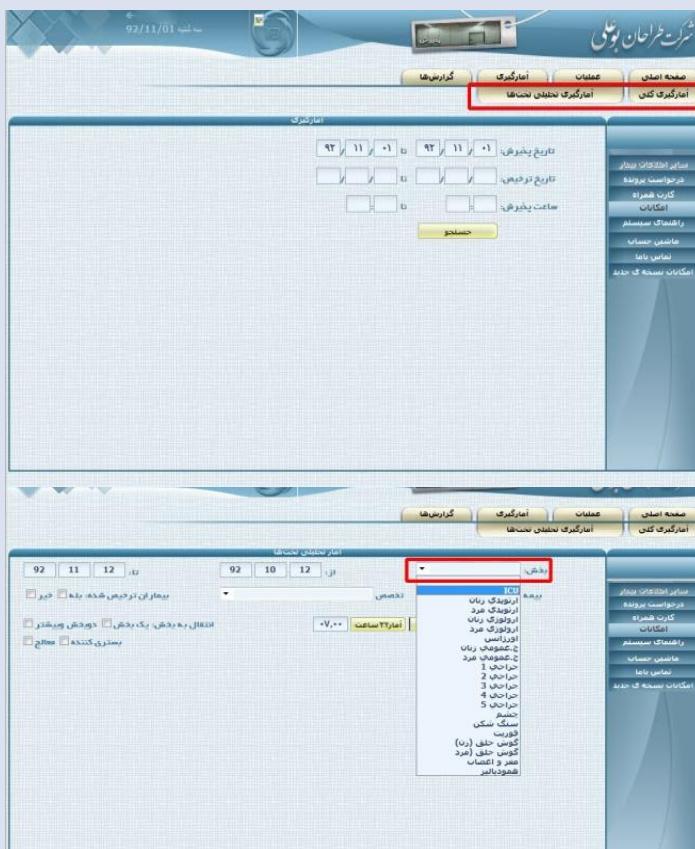


در قسمت آمارگیری کلی گزینه ای بنام **open report** وجود دارد که شما می توانید گزارشی را براساس نیازهای خود به آیتمهای فیلترینگ ایجاد نمائید.



آمارگیری تحلیلی تخت ها:

در این قسمت مهم ترین آیتم آمارگیری، آمارگیری ۲۴ ساعته می باشد که در قسمت ساعت، ۲۴ ساعت آمارگیری را مشخص می نماید.



اصطلاحات پزشکی

سیده مهدیه سید کنتولی، کارشناس آمار و مدارک پزشکی معاونت درمان



معادل انگلیسی	اصطلاح	معادل انگلیسی	اصطلاح
Bacillus	باسیل	Enema	انما
Tissue	بافت	Donor	اهدا کننده
Bacteria	باکتری	Audiology	اوڈیولوژی
Virgin	باکرہ	Audiometry	اوڈیومتری
Adult	بالغ	Overdose	اوردوز
Bradycardia	برادیکاردی	Aura	اورا
Thrush	برفک	Urology	اورولوژی
Brucellosis	بروزسلوز	Mumps	اوریون
Bronchus	برونش	Oculist	اوфтالمولوژیست
Bronchitis	برونشیت	Ultrasonography	اولترا سونوگرافی
Beriberi	بری بری	Ulna	اولنا
Hygiene	بهداشت	Onychogryphosis	اونیکوگریفوزیس
Botulism	بوتولیسم	Ovule	اولول
Unconscious	بی حسی	Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)	ایدز
Bistoury	بیستوری	Ischemia	ایسکمی
Testis	بیضه	Icterus	ایکتر
Bilirubin	بیلی روبین	Ileum	ایلئوم
Acute disease	بیماری حاد	Acquired immunity	ایمنی اکتسابی
S.T.D	بیماریهای مقاربته	Immunogen	ایمونوژن
Vision	بینایی	B.C.G vaccine	ب.ث.ژ.

