**مدیریت درمان استان آذربایجان شرقی**



سازمان تأمین اجتماعی

**بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی استادعالی نسب تبریز**

**FMEA**

****

مقدمه :

FMEA رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی وشکست در ارائه یک خدمت با هدف پیشگیری از **وقوع** آن ویا یافتن راه هایی برای بهبود آن

فرایند انتخاب شده در این مرکز از جمله مواردی می باشد که احتمال وقوع خطا در آن بسیار بالا است که با توجه به مستندات استخراج شده از فرم های گزارش خطا این نتیجه حاصل شده است به همین دلیل این فرایند به عنوان اولین فرآیند مورد بررسی با روش FMEA در این مرکز انتخاب شده است .

مرحله اول

تشکیل تیم FMEA

تاریخ شروع: اوایل خرداد91 تاریخ تکمیل : اواخر مرداد 91

اعضای تیم :

کارشناس مسئول حاکمیت بالینی : خانم علمی

کارشناس حاکمیت بالینی: آقای انصاری

کارشناس مسئول ایمنی : آقای آزاده دل

مدیر خدمات پرستاری : خانم ملکی

**فرایند تحت مطالعه** : دادن دارو به بیمار

فرد یا افراد مسئول نگهداری سوابق و اطلاعات : کارشناس مسئول ایمنی

فرآیند دارو دادن به بیمار

چک دوز صحیح دارو

چک نوع دارو و شکل دارویی

کنترل هویت بیمار با دو شناسه

چک طریقه مصرف دارو

دادن دارو به بیمار

تاریخ و زمان شروع مصرف دارو

ثبت در پرونده بیمار

چک مشخصات بیمار

چک نوع دارو و شکل دار

حالات خطا

حالات خطا

* خطا در شناسایی بیمار و تعیین هویت او
* خطا در چک کردن مشخصات بیمار هنگام دادن دارو با کارت دارویی
* خطا در چک کردن مشخصات بیمار هنگام دادن دارو به بیمار
* عدم توجه به شکل دارویی در هنگام آماده کردن دارو
* عدم توجه در هنگام دارو دادن به نوع و شکل دارو و تطابق با کارت دارویی

چک طریقه مصرف دارو

چک دوز صحیح دارو

حالات خطا

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

حالات خطا

* عدم توجه به دوز دارو در هنگام آماده کردن دارو
* عدم توجه هنگام دارو دادن به دوز دارو و تطابق آن با کارت دارویی

تاریخ و زمان شروع مصرف دارو

انجام اقدامات لازم قبل و حین و بعد از فرایند دارویی

* عدم شستن دست ها
* عدم آماده کردن ترالی دارویی
* عدم ضدعفونی کردن ترالی دارو
* عدم قرار دادن دارو بر روی ترالی و گذاشتن ظرف دارو در جای خود
* عدم توجه به نکات استریل در تمام مراحل حل کردن و تزریق کردن دارو
* عدم اطلاع به پزشک در صورت موجود نبودن دارو و ثبت با رنگ قرمز در پرونده
* پاکیزه بودن ظاهری چسب های
* عدم چک تاریج آنژیوکت
* عدم توجه به قرارا دادن دارو در کنار تخت و فراموش کردن استفاده دارو توسط بیمار
* عدم ثبت داروهایی که بیمار ازخوردن آنها امتنا می ورزد
* عدم توجه به شکل دارویی در هنگام آماده کردن دارو
* عوارض دارویی و مراقبت های پرستاری ویژه آن

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| طریقه مصرف صحیح دارو به بیمار | عدم نوشتن کارت دارویی با توجه به کاردکس و پرونده بیمار | از قلم افتادن دارو و ندادن دارو به بیمار | حواس پرتی پرسنل و عدم دقت در مراحل دارو دادن | PC(proactive Control) | 4 | 3 | 4 | 64 | در اختیار قراردادن گاید لاین به پرسنل به تهیه کارت دارویی بیمار بعد از شروع هر داروی توسط پزشک |
| اشتباه قید کردن نام دارو و شکل دارو و دوز دارو و طریقه مصرف دارو در کارت دارویی | داروی اشتباه ، دوز اشتباه ، مصرف اشتباه | عدم توجه پرسنل و عدم چک نوع دارو و شکل دارو و طریقه مصرف دارو طبق دستور پزشک در هنگام کار کردن دارو | PC(proactive Control) | 3 | 3 | 3 | 27 | توجیه به پرسنل از سوی سرپرستار جهت خوانا نوشتن و صحیح نوشتن دستورات پزشک در کارت دارویی |
| عدم توجه به دوز دارو و شکل دارو در هنگام آماده کردن آن | افزایش یا کاهش مقدار دارو گرفته شده بوسیله بیمار و عدم تاثیر موثر دارو | بی دقتی پرسنل در هنگام آماده کردن دارو و اشتباه در محاسبه دوز دارو ، میزان سرعت تزریق | PC(proactive Control) | 4 | 4 | 3 | 48 | آموزش پرسنل و افزایش دقت آنان در هنگام دارو دادن و محاسبه دوز آن و استفاده نکردن از موبایل یا هرچیز دیگری که دقت آنان را کم میکند |
| عدم چک کردن مجدد مشخصات بیمار با کارت دارویی هنگام دارو دادن و انجام تعیین هویت بیمار | دادن داروی اشتباه به بیمار دیگر | عدم آشنایی پرسنل با فرایند تعیین هویت بیمار در دادن دارو جهت جلوگیری از خطرات | PC(proactive Control) | 4 | 4 | 4 | 64 | قرار دادن گایدلاین هویت بیمار در اختیار 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 |
| طریقه مصرف صحیح دارو به بیمار | عدم چک کردن نوع دارو دوز دارو درهنگام دارو دادن به بیمار با کارت دارویی | عدم تاخیر موثر دارو و دادن داروی اشتباه به بیمار | عدم دقت پرسنل در انجام مراحل دارو دادن به طریقه صحیح | PC(proactive Control) | 3 | 3 | 3 | 27 | توجه به فرایند دارو دادن توسط پرسنل |
| عدم چک کردن مسیر رگ قبل از شروع تزریق داروی وریدی | آسیب به عروق بیمار | عدم آشنایی پرسنل با چک کردن آنژیوکت قبل از تزریق دارو و عوارض IV تراپی برای بیمار | PC(proactive Control) | 3 | 2 | 2 | 12 | دادن جزوات جهت مطالعه پرسنل در زمینهIV تراپی و عوارض آن |
| توجه نکردن به تداخلات دارویی | آسیب به بیمار | عدم آموزش و یادگیری در تداخلات دارویی و عوارض دارویی | PC(proactive Control) | 4 | 4 | 4 | 64 | ارائه آموزش به پرسنل در زمینه دارو شناسی و عوارض تداخلات دارویی |
| توجه نکردن به تعداد قطرات و زمان انفوزیون داروهایی که با میکروست داده می شوند . | عدم تاثیر دارو و آسیب به بیمار | عدم آموزش و یادگیری در تداخلات دارویی و عوارض دارویی | PC(proactive Control) | 4 | 4 | 4 | 64 | آموزش جهت صحیح محاسبه ی تداخلات و مدت زمان انفزیون دارو |

نمودار استخوان ماهی

**عوامل مرتبط به محیط**

**عوامل فیزیکی**

**صلاحیت و شایستگی**

جدا نکردن داروها با نام و شکل مشابه

شلوغ و بی نظم بودن قفسه های دارویی

عدم مهارت کافی

خواب آلودگی پرسنل

**عدم انجام صحیح**

**دارو دادن**

کمبود وقت و فشار زمانی

حالت فیزیکی

آشنا نبودن با فرایند دارو دادن

ناخوانا بودن کارت دارویی و کاردکس

عدم ارتباط بین پرستار

با بیمار و بیمار با پرستار

شلوغ بودن بخش با تعداد زیاد بیماران و پرسنل کم

استرس و حواس پرتی و مشغولیت ذهنی پرسنل

خستگی پرسنل

**عوامل مرتبط با ارتباطات**

**عوامل مرتبط روابط بین انسانی**

**عوامل فردی مربوط به کارکنان**

**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 به کارکردن (حواس پرتی، عوامل شناختی، بار کاری)، عوامل مرتبط با محیط (سر و صدای زیادی، به هم ریختگی اتاق دارو)، عوامل مربوط به ارتباطات از جمله دستورات شفاهی .

لازم به ذکر است با توجه به استراتژی های پیشنهادی در ارتباط با بروز خطا مورد بررسی، پایش مستمر در این زمینه صورت می گیرد و ضریب RPN پس از گذشت شش ماه مجدداً مورد ارزیابی قرار می گیرد.