



عنوان روش اجرایی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقب سلامت	کد سند: QP-QI-25
هدف: استقرار نظام مدیریت پیشگیرانه خطر به منظور شناسایی، ارزیابی، کنترل و پایش خطرات بالقوه در فرآیندهای بیمارستان، کاهش احتمال وقوع وقایع ناخواسته، ارتقای ایمنی بیمار، کارکنان و مراجعین و بهبود مستمر کیفیت خدمات سلامت.	
دامنه کاربرد: کلیه واحدهای درمانی، تشخیصی، پشتیبانی، اداری و خدماتی بیمارستان	
تعاریف: • خطر (Risk): احتمال وقوع یک رویداد نامطلوب همراه با شدت پیامدهای آن. • واقعه ناخواسته: هرگونه رویداد غیرمنتظره در فرآیند ارائه خدمات سلامت که منجر به آسیب یا احتمال آسیب به بیمار، کارکنان یا مراجعین شود. • شبه خطا (Near Miss): خطایی که قبل از ایجاد آسیب شناسایی و کنترل شده است. • خطای پزشکی: هرگونه خطا در فرآیند تشخیص، درمان، مراقبت، پیشگیری، ارتباطات، تجهیزات یا سایر فرآیندهای مرتبط با ارائه خدمات سلامت، اعم از اینکه منجر به آسیب شود یا خیر. • مدیریت پیشگیرانه خطر: فرآیند نظام‌مند شناسایی، ارزیابی، اولویت‌بندی، کنترل و پایش خطرات بالقوه پیش از وقوع حادثه.	
مسئولیت‌ها و اختیارات: رئیس/مدیرعامل بیمارستان: تصویب و ابلاغ روش اجرایی و حمایت از اجرای آن . مسئول فنی/ایمنی: هدایت برنامه مدیریت پیشگیرانه خطر، تشکیل جلسات مشترک، شناسایی و ارزیابی خطرات و پیگیری اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه . مسئول بهبود کیفیت: نظارت بر اجرای روش، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات، پایش اثربخشی اقدامات و ارائه گزارش به کمیته‌های مربوطه . کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار: مشارکت در شناسایی خطرات، تحلیل وقایع، آموزش کارکنان و نظارت بر اجرای برنامه‌های ایمنی . کارشناس مدیریت خطر و بلایا: تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و مشارکت در شناسایی خطرات مدیر پرستاری، مسئول تجهیزات پزشکی، مسئول دارویی، سایر مدیران واحدها: اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه، شناسایی خطرات حوزه مسئولیت و پایش نتایج . کلیه کارکنان: گزارش شرایط ناایمن، شبه‌خطاها و وقایع ناخواسته و همکاری در اجرای برنامه‌های مدیریت خطر.	
ترتیب و توالی منطقی روش اجرایی همراه با مسئول اجرا(شرح اقدامات): ۱. مسئول فنی/ایمنی با مشارکت مسئول بهبود کیفیت، کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار و مسئول مدیریت خطر و حوادث و بلایا و مسئولان واحدهای مرتبط، جلسات مدیریت پیشگیرانه خطر را به‌صورت دوره‌ای برگزار می‌نماید . ۲. فرآیندهای پرخطر و خطرات بالقوه در کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلایا/ کمیته ایمنی و مدیریت خطر مورد بحث قرار می‌گیرد و اولویت‌بندی می‌شود .	



۳. خطرات شناسایی شده حسب مورد با استفاده از روش‌های 3RS، FMEA یا HFMEA ارزیابی و سطح خطر تعیین می‌گردد.
۴. بر اساس نتایج ارزیابی، اقدامات لازم جهت حذف، کاهش یا کنترل خطرات تعیین شده و مسئول اجرا و زمان‌بندی هر اقدام مشخص می‌شود.
۵. مسئولان واحدهای مربوطه موظف به اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه مصوب هستند.
۶. گزارش‌های وقایع ناخواسته، شبه‌خطاها و شرایط نایمن به‌صورت مستمر توسط واحد بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار جمع‌آوری، تحلیل و پایش می‌شود.
۷. بازدیدهای ایمنی بیمار، بازدیدهای مدیریتی و بازدید از تجهیزات، تأسیسات و محیط بیمارستان مطابق برنامه زمان‌بندی انجام می‌شود.
۸. نتایج ارزیابی خطر، گزارش وقایع، نتایج بازدیدها و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه در کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلايا، کمیته ایمنی بیمار و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بررسی و درباره اقدامات لازم تصمیم‌گیری می‌شود.
۹. اثربخشی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه توسط مسئول واحد مربوطه پایش شده و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش و اجرای اقدامات نظارت می‌نماید.
۱۰. نتایج حاصل، درس‌آموخته‌ها و اقدامات پیشگیرانه به کارکنان مرتبط آموزش داده شده و کلیه مستندات و سوابق مربوطه نگهداری می‌شود.

مستندات و سوابق:

خط‌مشی مدیریت پیشگیرانه خطر
فرم گزارش وقایع ناخواسته و شبه‌خطا
فرم ارزیابی خطر CRS، FMEA یا HFMEA
صورتهجلسات کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلايا
صورتهجلسات کمیته ایمنی بیمار
برنامه و گزارش اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه (CAPA)
چک‌لیست بازدیدهای ایمنی بیمار
چک‌لیست بازدیدهای مدیریتی
گزارش‌های پایش و ارزیابی اثربخشی اقدامات
مستندات آموزش کارکنان

مرجع :

- استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران (آخرین ویرایش)، محور ایمنی بیمار و مدیریت خطر.
- دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه ایمنی بیمار.
- آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های داخلی بیمارستان در زمینه مدیریت خطر، ایمنی بیمار و بهبود کیفیت.

تهیه کنندگان:

مسئول فنی/ایمنی بیمارستان: دکتر امیرحسین گنجعلی خان نسب
مدیر پرستاری: خانم شه زاده شبانپور
مدیر امور دارویی/مسئول داروخانه: دکتر عادل

تاریخ تدوین: 1402/02/01

تاریخ بازنگری 1405/04/20

تاریخ ابلاغ:

عنوان سند: روش اجرایی



دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مرکز آموزشی درمانی افصلی پور

مسئول تجهیزات پزشکی: مهندس حصارى مسئول بهبود کیفیت: خانم مهلا ایرانمنش کارشناس بحران: محمدحسین بیگلری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: خانم لاله یزدان پور کارشناس بهبود کیفیت و اعتبار بخشی: خانم شقایق شفا	تصویب / ابلاغ کننده: دکتر رستم یزدانی / رئیس مرکز
---	---

معاون آموزشی مرکز: دکتر سعیده پرورش	معاون درمان مرکز: دکتر جواد زینعلی
مدیریت خدمات پرستاری: خانم شه زاده شهبانپور	مدیر آموزشی مرکز: دکتر فرانک سلاجقه
مسئول بهبود کیفیت: خانم مهلا ایرانمنش	مسئول فنی / ایمنی مرکز: دکتر امیرحسین گنجعلی خانی نسب
کارشناس ایمنی بیمار: لاله یزدان پور	سوپروایزر آموزشی: نسرين عسکریان
مسئول بهداشت حرفه ای: الهام حیدری	مسئول بهداشت محیط: خانم میترا مظفری
کارشناس بهبود کیفیت و اعتبار بخشی: شقایق شفا	کارشناس بحران و بلایا: محمدحسین بیگلری