



چهارم

آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی

زیر نظر:

دکتر سید حسن امامی رضوی

دکتر حمید رواقی

گردآورندگان به ترتیب حروف الفبا:

دکتر پیغام حیدرپور

دکتر رویا دستجردی

سیما رفیعی

دکتر سیدمحمد سادات

فرناز مستوفیان

گروه حاکمیت بالینی

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عنوان و نام پدیدآور	: آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی / زیر نظر سیدحسین امامی رضوی، حمید رواقی؛ گردآورندگان به ترتیب حروف الفبا پیغام حیدرپور ... [و دیگران]؛ [برای] گروه حاکمیت بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
مشخصات نشر	: تهران: تندیس، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری	: ۱۱۲ص: مصور (رنگی)، جدول.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۴۵-۴۲۸-۹
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیبا
یادداشت	: گردآورندگان به ترتیب حروف الفبا پیغام حیدرپور، رویا دستجردی، سیما رفیعی، سیدمحمد سادات، فرناز مستوفیان.
یادداشت	: نمایه.
موضوع	: حاکمیت بالینی
شناسه افزوده	: امامی رضوی، سیدحسین، ۱۳۳۷، ناظر
شناسه افزوده	: رواقی، حمید، ۱۳۴۶، ناظر
شناسه افزوده	: حیدرپور، پیغام، ۱۳۵۰، گردآورنده
شناسه افزوده	: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، گروه حاکمیت بالینی.
رده‌بندی کنگره	: RA۳۹۹/T1T1۳۹۰۵
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۰/۶۹۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۴۰۰۴۱۶

آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی

گردآورندگان: دکتر پیغام حیدرپور - دکتر رویا دستجردی - سیما رفیعی -

دکتر سیدمحمد سادات - فرناز مستوفیان

زیر نظر: دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر حمید رواقی

ناشر: تندیس

چاپ و صحافی: بهرام

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۰

شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۴۵-۴۲۸-۹

کلیه حقوق برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.

به این وسیله، تشکر و قدردانی عمیق خود را از اساتید معظمی که با راهنمایی‌های ارشادی خود ما را در تدوین این کتابچه آموزشی یاری رساندند، اعلام می‌نماییم.

اسامی اساتید گرانقدر به ترتیب حروف الفبا:

۱- آقای دکتر امید براتی کارشناس محترم ارتقای کیفیت در مراکز

درمانی

۲- آقای دکتر رضا تویسرکان منش کارشناس محترم ارتقای

کیفیت در مراکز درمانی و مشاور و سرممیز بین‌المللی

استانداردهای مدیریت کیفیت، زیست محیطی، بهداشت

حرفه‌ای و ایمنی شغلی و پاسخگویی اجتماعی

۳- آقای دکتر مجتبی صداقت عضو محترم هیات علمی و

کارشناس مسوول حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی تهران

۴- آقای دکتر مسعود فردوسی معاون محترم پژوهشی دانشکده

مدیریت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

اصفهان

۵- آقای دکتر جمشید کرمانچی معاون محترم فنی دفتر مدیریت

بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی و کارشناس ارتقای کیفیت

در مراکز درمانی

۶- خانم دکتر سیما مرزبان عضو محترم کمیته حاکمیت بالینی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۷- خانم دکتر فاطمه هادی‌زاده کارشناس محترم معاونت پژوهشی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

به این وسیله از کلیه اساتید گرامی که در مسیر یکسان‌سازی مفهوم و ترویج فرهنگ حاکمیت بالینی در کشور، با این دفتر کمال همکاری و مساعدت را نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

- ۱- آقای دکتر علی اکبری ساری معاون محترم آموزشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۲- آقای دکتر امید براتی کارشناس محترم امور ارتقای کیفیت در مراکز درمانی
- ۳- آقای دکتر عبدالوهاب باغبانیان عضو محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان
- ۴- آقای دکتر جعفر تبریزی مدیر محترم گروه مدیریت و بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
- ۵- آقای دکتر رضا تویسرکان منش کارشناس محترم ارتقای کیفیت در مراکز درمانی و مشاور و سرممیز بین‌المللی استانداردهای مدیریت کیفیت، زیست محیطی، بهداشت حرفه‌ای و ایمنی شغلی و پاسخگویی اجتماعی
- ۶- آقای دکتر مهدی جعفری معاون محترم آموزشی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۷- آقای دکتر علی حیرانی کارشناس محترم امور ارتقای کیفیت در مراکز درمانی
- ۸- آقای دکتر آرش رشیدیان عضو محترم هیئت علمی و رئیس مرکز ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۹- آقای دکتر سیدمحمد سادات مشاور محترم معاون درمان و مدیر و هماهنگ کننده برنامه ایمنی بیمار در معاونت درمان وزارت بهداشت
- ۱۰- آقای دکتر آرمین شیروانی معاون محترم فنی دفتر تعالی خدمات بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- ۱۱- آقای دکتر مجتبی صداقت عضو محترم هیات علمی و مسوول دفتر حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۱۲- آقای دکتر سید فرشید فاطمی نظر کارشناس محترم امور ارتقای کیفیت در مراکز درمانی در معاونت توسعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۱۳- آقای دکتر مسعود فردوسی معاون محترم پژوهشی دانشکده مدیریت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- ۱۴- آقای دکتر حمیدرضا قضاوی مشاور محترم درمان معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- ۱۵- آقای دکتر جمشید کرمانچی معاون محترم فنی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت
- ۱۶- خانم دکتر سیما مرزبان عضو محترم کمیته حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
- ۱۷- آقای دکتر محمدصادق مهدوی رئیس محترم بیمارستان بقیه الله العظمی
- ۱۸- خانم دکتر فاطمه هادی زاده کارشناس محترم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- ۱۹- آقای دکتر شهرام یزدانی عضو محترم هیات علمی و رییس مرکز مطالعات و توسعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

به نام خداوند بخشنده مهربان

مفهوم حاکمیت بالینی یا Clinical Governance به معنای برقراری حاکمیت بر ارائه خدمات سلامت نه به عنوان حاکمیت دولت‌ها بلکه به عنوان ضرورت برقراری یک مدیریت جامع بر آن، برای اولین بار در سال ۱۹۹۷ در انگلستان معرفی شد. این مفهوم از آن‌جا نشأت گرفت که در آن زمان سیستم سلامت موجود در آن کشور، برنامه‌ای برای توجه به کیفیت در ارائه خدمات سلامت نداشت و به منظور برقراری نگاهی نو به حیطه سلامت از منظر کیفیت و نه فقط کمیت، مفهوم حاکمیت بالینی مطرح شد. براساس تعریف، این مفهوم در واقع «چهارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند» است. این مفهوم سعی دارد کلیه فعالیت‌هایی که بر روی بیمار تأثیرگذار است را در یک استراتژی ارتقای کیفیت ادغام نماید.

این مفهوم در پی بهبود و ارتقای کیفیت در استفاده از اطلاعات، همکاری و مشارکت، انجام کار تیمی، هم‌فکری و تعامل، کاهش دامنه تغییرات در ارائه خدمات سلامت و کاربرد طبابت مبتنی بر شواهد است. حاکمیت بالینی در واقع به عنوان چتری است که می‌خواهد هر فرایندی که به حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت بیمار کمک می‌کند، را پوشش دهد.

بدیهی است به منظور استقرار موفق آن نیاز به تامین زیر ساخت‌هایی نظیر فرهنگ‌سازی، ترغیب کار تیمی، تفکر و تغییر رفتار داریم. خوشبختانه در کشور ما نیز این مفهوم از سال ۸۵ شناخته شد و مورد توجه قرار گرفت و به آن پرداخته شد و در نهایت در آبان ماه سال ۸۸ به دستور مقام محترم وزارت به عنوان چهارچوب مورد قبول برای ارتقای کیفیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شد و طی بخشنامه‌ای به روسای محترم دانشگاه‌های سراسر کشور ابلاغ شد. این کتابچه به منظور یکسان‌سازی مفهوم حاکمیت بالینی و آشنایی با مبانی و محورهای این چهارچوب برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تدوین شده است. بدیهی است شناساندن این مفهوم، در پی آن نیست که ابتکار و خلاقیت را از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت گرفته و آنان را مقید به اجرا فقط در این چهارچوب نماید. بلکه برعکس، اعتقاد بر این است که راه برای ایجاد نوآوری و ابتکار در این حیطه همواره باز بوده و خواهد بود.

لازم به ذکر است که این دفتر هم‌چنین در نظر دارد به منظور افزایش آگاهی بیشتر، کتاب جامعی در خصوص ابعاد مختلف هر یک از محورهای حاکمیت بالینی، به تفصیل تدوین و ترجمه نماید که متعاقباً به دانشگاه‌های کشور اعلام و ارسال خواهد شد.

به امید آن روز که کشور عزیز ما نیز پیشرو ارائه بهترین استانداردهای عالی سلامت بوده و در این راه گام‌های موثری بردارد.

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خشنود باشی و ما رستگار

دکتر حمید رواقی

مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

به نام خداوند جان و خرد کزین برتر اندیشه برنگذرد

فهرست مطالب:

- ۱۳ * مقدمه
- ۱۵ * حاکمیت بالینی چیست؟
- ۱۷ * هدف از استقرار حاکمیت بالینی چیست؟
- ۲۰ * مزایای کلیدی حاکمیت بالینی اثربخش چیست؟
- ۲۲ * محورهای کلیدی حاکمیت بالینی کدامند؟
- ۲۳ ■ مشارکت بیمار و جامعه (patient and Public involvement)
- ۲۵ □ فواید مشارکت بیماران و جامعه
- ۲۶ □ چه کسی/کسانی را مشارکت دهیم؟
- ۲۶ □ چگونگی مشارکت افراد یا جامعه
- ۲۷ □ ویژگی‌های فرایندهایی که می‌توان مردم و جامعه را در آنان مشارکت داد
- ۲۷ □ ابداعات نظام سلامت یکی از کشورهای پیشرفته به‌منظور تضمین مشارکت
- ۲۸ □ فعال بیماران و جامعه
- ۲۹ □ فرهنگ‌سازی و تقویت باورهای کارکنان و مدیران...
- ۳۱ ■ آموزش و مهارت‌آموزی (Education & Training)
- ۳۳ □ برنامه توسعه فردی (PDP) چیست؟
- ۳۳ □ اجزای «برنامه توسعه فردی» چیست؟
- ۳۴ □ اهداف «برنامه توسعه فردی»...

- ۳۶ □ یک نمونه و مثال از برنامه توسعه فردی (PDP)
- ۳۸ ■ مدیریت خطر و ایمنی بیمار (Risk management & patient safety)
- ۳۹ □ انواع خطاها
- ۴۱ □ خطاهای مرحله برنامه‌ریزی
- ۴۲ □ خطاهای مرحله اجرا
- ۴۴ □ خطای فعال - خطای مخفی
- ۴۶ □ چرا خطاها اتفاق می‌افتند؟
- ۴۹ □ مدیریت خطر و مراحل آن
- ۵۲ □ شیوه‌های متعدد برای مقابله با خطر
- ۵۴ □ نیازهای اساسی برای ایجاد یک مدیریت خطر بالینی موفق
- ۵۴ □ یادگیری از خطاها
- ۵۵ □ طراحی ایده‌آل برای یک سیستم گزارش‌دهی خطا...
- ۵۷ □ تحلیل ریشه‌ای وقایع (RCA)
- ۵۷ □ ایمنی بیمار
- ۵۹ □ فرهنگ ایمنی بیمار
- ۶۰ □ خصوصیات یک فرهنگ ایمنی مطلوب
- ۶۱ □ اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقای ایمنی بیمار
- ۶۲ □ شاخص‌های ایمنی بیمار
- ۶۴ □ موضوعات کلی و عملی و اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار
- ۶۵ □ برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار
- ۶۷ ■ استفاده از اطلاعات (Use of Information)
- ۷۰ ■ اثربخشی بالینی (Clinical effectiveness)
- ۷۳ □ مهم‌ترین دلایل نیاز به طبابت مبتنی بر شواهد (EBM)
- ۷۴ □ راهنماهای بالینی (Guidelines)
- ۷۸ ■ ممیزی بالینی (Clinical Audit)
- ۷۹ □ چرخه انجام ممیزی بالینی
- ۸۰ □ مراحل انجام ممیزی بالینی
- ۸۴ ■ مدیریت کارکنان (Staff & Staff management)

۱۱ ♦ آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی

- ۸۴ □ مدیریت کارکنان چیست؟
- ۸۵ □ تشخیص مناسب بودن کارکنان با توجه به شرح وظایفشان
- ۸۷ □ چگونه پرسنل خود را تشویق به انجام بهتر کار نماییم؟
- ۸۸ □ پاداش‌هایی که می‌تواند موثر باشد.
- ۸۹ □ کار تیمی و مدیریت آن
- ۸۹ □ نقش مدیر یا مسوول یا رهبر در سیستم سلامت
- ۹۰ □ اصول یک رهبری موفق در کار تیمی
- ۹۲ * آشنایی مختصری با قانون مجازات اسلامی در خصوص شکایات و ...
- ۹۲ ■ قوانین مرتبط با خطاهای پزشکی ...
- ۹۳ ■ رضایت آگاهانه بیمار
- ۹۴ ■ رضایت و براءت
- ۹۶ ■ ترخیص با رضایت شخصی
- ۹۹ ■ قصور پزشکی چیست؟
- ۱۰۱ ■ آشنایی با موادی از قانون مجازات اسلامی در خصوص قصور پزشکی
- ۱۰۳ * ضمیمه
- ۱۰۹ * منابع

مقدمه:

در کشورهای مختلف تا به امروز روش‌ها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت به کار گرفته شده‌اند. از میان این روش‌ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در سیستم سلامت انگلستان^۱ به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد(۱).

حاکمیت بالینی چهارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند. حاکمیت بالینی به‌طور همزمان توجه خود را روی مسئولیت‌پذیری جهت حفظ سطح مراقبت‌های کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبت‌های آتی مبذول می‌دارد. همچنین مفهومی است که می‌کوشد روش‌ها و ابزارهای گذشته در سنجش و ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها، ادغام و یکپارچه شوند. در واقع استراتژی واحد و جامعی که بهبود مستمر کیفیت را در نظام NHS انگلیس به عنوان یک مدل سیستماتیک مطرح ساخته است، حاکمیت بالینی است(۱).

مطرح شدن مفهوم حاکمیت بالینی در سال ۱۹۹۸ سبب شد تا کیفیت در کانون اصلاحات NHS قرار گیرد. این مفهوم قصد دارد تا

1. NHS (National Health System)

تمامی فعالیت‌هایی را که در مسیر مراقبت‌های بالینی انجام می‌شوند را ادغام نموده و آن‌ها را در قالب یک استراتژی واحد درآورد. حاکمیت بالینی شامل مفاهیمی چون: بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد است و همانند چتری است که همه چیزهایی را که به حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار کمک می‌کند، پوشش می‌دهد. این امر دربرگیرنده تمامی فعالیت‌های ارتقاء کیفیت است که کادر بالینی آن‌ها را روزانه در انجام مراقبت‌های درمانی لحاظ می‌دارند. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی فراهم می‌کند که در قالب آن، فعالیت‌های بهبود کیفیت به‌صورتی هماهنگ و یکپارچه جای می‌گیرند(۲).

آنچه اهمیت آن روشن است لزوم بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار است. بدین منظور، مسئولیت‌پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت می‌بایست افزایش یابد تا از ناهمسانی خدمات ارائه شده به بیماران کاسته شود. همچنین برخورد مناسب و خطاهای پزشکی به عنوان یک اصل مهم در امر حاکمیت بالینی مورد توجه قرار گرفته تا بدین طریق مراقبت‌های نامناسب، ضعیف و غیر اثربخش از بین بروند. از طرفی سازمان‌های مراقبت سلامت از پیچیدگی زیادی برخوردار بوده و ساختار، فرایندها و مدیریت آن‌ها برای ارتقاء مراقبت‌های بالینی اهمیت زیادی دارد. حاکمیت بالینی این پیچیدگی‌ها را تشخیص داده و می‌کوشد تا برخی از این مسائل و مشکلات را از طریق ایجاد راهکاری ادغام یافته و جامع و حرکت مستمر به سمت بهبود کیفیت مرتفع سازد(۲).

مدل حاکمیت بالینی با مفاهیمی که در ادامه این کتاب راهنما می‌بینید برای غلبه بر مشکلات فوق و اعتمادسازی مجدد مردم، متولد شده است.

حاکمیت بالینی چیست؟

در تعریف حاکمیت بالینی دیدگاهی ادغام یافته از مراقبت‌های بالینی و نیز غیر بالینی مطرح است که کیفیتی جامع را در بر می‌گیرد. چنین ادغامی به یکپارچگی سازمانی، هماهنگی، همکاری و ارتباطات میان واحدها در سازمان می‌انجامد و با مراقبت‌های با کیفیت بالا، مرتبط می‌شود. حاکمیت بالینی ادغام تمام فعالیت‌هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می‌کند. این استراتژی شامل ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، بهبود روحیه کار تیمی و مشارکت، کاهش دامنه تغییرات و بی‌ثباتی‌های عملکردی و پیاده‌سازی طبابت مبتنی بر شواهد است (۳).

حاکمیت بالینی می‌کوشد عملکرد تمامی سازمان‌های مراقبت سلامت را به سوی بهترین استانداردهای قابل قبول سوق دهد به این امید که ناهمگونی‌های موجود در کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را کاهش دهد.

حاکمیت بالینی نیازمند استقرار فرهنگی است که متخصصان حوزه سلامت را ترغیب کند تا بطور مستمر از خود بپرسند که آیا عملکردی مناسب دارند و نیز اینکه چگونه می‌توانند عملکرد خود را بهبود بخشند (۳).

اجزای کلیدی حاکمیت بالینی (۳)

توجه به بیمار به عنوان قلب مراقبت‌های درمانی

- ❖ برنامه‌ریزی و سازماندهی مراقبت‌های بالینی با محوریت بیماران
- ❖ توجه به نظرات و خواسته‌های بیماران در زمینه نوع خدمات ارائه شده به آنان

ارتقاء کیفی

- ❖ مدیریت خطر
- ❖ گزارش وقایع ناخواسته
- ❖ شکایات
- ❖ پژوهش در راستای اثربخشی
- ❖ ممیزی بالینی

کادر بالینی

- ❖ مدیریت کارکنان
- ❖ آموزش و توسعه مستمر فردی
- ❖ تقویت روحیه کارگروهی

اجزای ساختار

- ❖ مشارکت بیمار در امور درمانی خود
- ❖ رهبری موثر
- ❖ برنامه‌ریزی خدمات بالینی
- ❖ ارزیابی خدمات ارائه شده
- ❖ نظام اطلاعاتی مناسب

هدف از استقرار حاکمیت بالینی چیست؟

هدف حاکمیت بالینی تعیین استانداردهای روشن و کاربردی، نظارت بر نحوه عملکرد سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بالینی و انتشار نتایج حاصل از انجام ارزیابی‌های دوره‌ای است. حاکمیت بالینی هر اقدامی که برای حداکثر نمودن کیفیت لازم باشد را به انجام می‌رساند و در ارتباط با یافتن روش‌هایی است که از آن طریق بتوان اثربخشی بالینی را توسعه داده و فرهنگی مناسب به منظور حمایت از آن ایجاد کرد(۲).

هدف اصلی حاکمیت بالینی ارتقاء مستمر کیفیت خدمات است و چارچوبی را فراهم می‌نماید که در قالب آن سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌توانند به سمت رشد، توسعه و تضمین کیفیت خدمات بالینی برای بیماران حرکت کنند. این چارچوب در ارتباط با حوزه‌های کلیدی که در ذیل به آن اشاره شده، مطرح است(۴):

■ اطمینان از اینکه موضوع کیفیت مراقبت‌های سلامت، با استفاده از بالاترین استانداردهای مراقبتی ممکن، در قلب این خدمات جای دارد.

■ کمک به جلوگیری از بروز اشتباه در مسیر ارائه خدمات

■ استفاده بهینه از منابع محدود

■ افزایش اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی

■ تحقق مسئولیت‌های سازمان‌های مراقبت سلامت که توسط دولت برنامه‌ریزی شده است.

■ تدوین برنامه‌ای جامع در خصوص اجرایی نمودن فعالیت‌های مرتبط با ارتقاء کیفیت

■ تدوین دستورالعمل‌هایی برای تمامی متخصصان سلامت جهت شناسایی عملکردهای ضعیف و اصلاح آن

■ انجام ممیزی‌های بالینی

- مدیریت خطرات بالینی
 - جمع‌آوری و انتشار اطلاعات مرتبط با اثربخشی فعالیت‌های بالینی
 - انجام بررسی‌های عملکردی از جمله موضوعات مرتبط با کیفیت آموزش و توسعه مستمر حرفه‌ای
 - مدیریت شکایات و یادگیری از نقاط منفی آنها
 - استفاده از اطلاعات بالینی بدست آمده از بیماران
- به‌منظور پیاده‌سازی حاکمیت بالینی اصول و قواعدی مطرح است که بر پایه برنامه‌های بهبود کیفیت قرار دارند. برخی از این اصول را می‌توان به شرح ذیل بیان داشت (۴):
- تأکید حاکمیت بالینی بر ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی ارائه شده به بیماران
 - اشاعه حاکمیت بالینی به تمامی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران
 - وجود مشارکتی واقعی میان گروه‌های حرفه‌ای، کارکنان، مدیران و نیز میان بیماران و کارکنان بالینی
 - وجود رویه مبتنی بر بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی درمانی و نیز فرهنگی که موفقیت‌های حاصله را ارج نهاده و از شکست‌ها درس بگیرد.
 - آشنایی تمامی کارکنان مراقبت بهداشتی با مفهوم حاکمیت بالینی و درک ارتباط آن با شغل خود
 - ایجاد تغییراتی در فرهنگ سازمانی، شیوه فعالیت، تفکر و رفتار به‌نحوی که مسئولیت‌پذیری افراد، تیم‌های کاری و سازمان‌ها را در قبال کیفیت افزایش دهد
 - وجود خطوط روشن وظایف و مسئولیت‌پذیری در راستای فراهم نمودن کیفیت جامع مراقبت‌های بالینی

آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی ♦ ۱۹

- وجود برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران
- وجود سیاست‌های روشن با هدف مدیریت خطر
- وجود فرایندهای واضح و تعریف شده برای تمامی گروه‌های حرفه‌ای به‌منظور تشخیص و اصلاح عملکردهای ضعیف

مزایای کلیدی حاکمیت بالینی اثربخش چیست؟

- ایجاد محیطی باز و مشارکتی که در آن آموزش، تحقیق و انجام فعالیت‌های موثر و مفید ارج نهاده می‌شود
- ایجاد تعهد به کیفیت از سوی متخصصان حرفه‌ای و مدیران
- اعمال رهبری قوی از راس سازمان
- استفاده مناسب از اطلاعات برای برنامه‌ریزی و پایش ارایه خدمات بالینی
- اهمیت یافتن موضوعات مرتبط با کیفیت و لزوم توجه و تاکید بر آنها
- ایجاد فرهنگ ارزش نهادن بر کار و فعالیت در قالب کار تیمی^۱

حاکمیت بالینی نیازمند فرهنگی است که در آن سازمان‌ها و اعضای تیم‌های بالینی:

- ❖ موضوعات کیفیتی را به‌عنوان هسته و پایه‌ای کلیدی در کار خود قلمداد می‌کنند.
- ❖ با یکدیگر مشارکت می‌کنند تا عملکرد را ارتقا بخشند.
- ❖ مایل و قادرند تا مشکلاتشان را حل و فصل نمایند.
- ❖ توسعه فردی و آموزش را ارج می‌نهند.
- ❖ برای کار خود ارزش قایل هستند.
- ❖ اهمیت تجارب بالینی بدست آمده از بیماران را تشخیص داده و به دنبال این هستند که بازخورد بیماران را بدست آورند.
- ❖ چگونگی ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی را بررسی می‌کنند.
- ❖ به‌طور فعال استانداردهای مراقبت را به اجرا در می‌آورند.

1. team working

آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی ♦ ۲۱

به عبارت دیگر حاکمیت بالینی به کارگیری ساز و کارهای حاکمیتی برای انجام کار درست، در زمان مناسب، به شیوه‌ای صحیح، در مکانی مناسب برای بیماران واجد شرایط در راستای کسب حداکثر نتایج بالینی موردنظر است (۱).

محورهای کلیدی حاکمیت بالینی کدامند؟

مدل‌ها و الگوهای مختلفی جهت تعریف و توضیح حاکمیت بالینی در پیشینه تحقیق می‌توان یافت که یکی از الگوهای که در سیستم طب ملی انگلستان به کار گرفته شده است مدل ۷ محوری یا ۷ ستونی است که با توجه به جامعیت آن، از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران به عنوان مدل پیشنهادی معرفی شده است.



مشارکت بیمار و جامعه آموزش و یادگیری مدیریت خطر
 استفاده از اطلاعات اثربخشی بالینی ممیزی بالینی
 مدیریت نیروی انسانی

مشارکت بیمار و جامعه (PPI-patient and public involvement):

«بیماران در طی سفرشان در سیستم سلامت حق دارند که با احترام و صداقت با آن‌ها رفتار شده و در هر جا که امکان داشته باشد، بتوانند در تصمیم‌گیری در مورد درمانشان، شریک شوند.» (۴)

از آنجا که اتخاذ هرگونه خط مشی و تصمیم‌گیری مرتبط به خدمات بهداشتی درمانی، در نهایت بر جان و زندگی بیماران مؤثر است، بنابر این مشارکت بیماران و جامعه در امور سلامت و تدوین خط‌مشی‌های کلان سلامت در کشورهای توسعه یافته از زمره حقوق شهروندی بوده و جنبه اخلاقی و وجدانی یافته و مظهر عدالت و پاسخگویی در بسیاری از نظام‌های بهداشت و درمان بشمار می‌آید. برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات درمانی بیمار - محور مبتنی بر نظرات، نیازها و ترجیحات بیماران، مراقبان آنان و جامعه، نکته کلیدی سیستم‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و عنصر الزامی در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است. این خود موجب تناسب بیشتر و هزینه اثربخش بودن خدمات ارائه شده و در نهایت بهبود پیامدهای سلامت، کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران می‌شود. لذا، پذیرفتن بیمار به‌عنوان شریک سیستم‌های درمانی و تعمیم فرهنگ استقبال و انعطاف نسبت به نظرات و انتقادهای بیماران در سطح بیمارستان‌ها، اهرم رشد بیمارستان‌های عالی‌جو بوده و در سطح ملی در تدوین و تنظیم خط‌مشی‌ها، طرح‌ها و خدمات و سیاستگذاری‌های کلان سلامت مؤثر است (۵).

مثالی در این زمینه، تغییرات رویکردی نظام خدمات سلامت در بعضی کشورهای پیشرفته است. از مهم‌ترین دلایل ذکر شده در اصلاحات ده ساله نظام سلامت این کشورها، تغییر ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های

مردم مبتنی بر تغییر انتظارات جامعه، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش امید به زندگی و تأکید روزافزون بر حداکثر سطح سلامت و کیفیت زندگی به ویژه در سال‌های انتهایی عمر منتج از نظرخواهی از جامعه و عموم مردم است. یکی از اساسی‌ترین اصول و سیاست‌های نظام جدید سلامت در این کشورها، ارزش‌گذاری بر حقوق بیمار و قلمداد کردن آنان به‌عنوان محور ارائه خدمات و تأکید ویژه بر مفهوم مشارکت بیمار و عموم مردم به مفهوم ایجاد فرصت برای عامه برای تعیین چگونگی دریافت خدمات سلامت است.

گرچه مفهوم مشارکت استفاده‌کنندگان در خدمات همگانی، جدید نیست. اما ایجاد فرصت برای بیماران و عموم مردم به منظور مشارکت در اتخاذ تصمیمات مؤثر بر سلامت و سیاست‌های مرتبط به آن، نسبتاً جدید است.

Kelson مشارکت بیمار و جامعه را در سطوح فردی و جمعی تبیین می‌نماید. از دیدگاه وی مشارکت فردی اشاره به مشارکت فرد در اتخاذ تصمیمات درمانی در خصوص جوانب سلامتی خود است و مشارکت جمعی به مشارکت فعال گروهی افراد یا یک فرد به‌عنوان نماینده گروه در تعیین خط مشی‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های نظام سلامت گفته می‌شود. مشارکت بیماران و جامعه در سال‌های اخیر ارتقاء یافته و در قالب واژه Engagement یا درگیر نمودن بیماران و عموم مردم ابعاد وسیع‌تری را در بر گرفته است. با توجه به اینکه مشارکت افراد، امری داوطلبانه است که تا زمانی که متضمن منافع فردی و یا جمعی آنان نشود، محقق نخواهد شد، لذا تبیین شفاف خط مشی‌ها و سیاست‌ها و درک متقابل مردم و جامعه از برنامه‌ها و طرح‌های نظام سلامت، از اصول درگیر نمودن و جلب مشارکت فعال مردم محسوب می‌شود که منجر به مشارکت طولانی مدت طرفین خواهد شد (۶).

فواید مشارکت بیماران و جامعه:

مشارکت بیماران و جامعه در امر سلامت منجر به افزایش رضایتمندی و جلب اعتماد بیشتر مددجویان، کاهش اضطراب و هیجانات بیماران، درک بیشتر نیازهای فردی، ارتباط مثبت و بهتر متخصصان و اثرات پایا و مثبت بر سلامتی می‌شود. در صورت تحقق مشارکت بیماران و تلقی آنان به‌عنوان شریک درمانی با حقوق مساوی، بیماران در فرآیند درمان خود به‌طور فعال شرکت می‌نمایند و با دقت بیشتری طرح درمانی خود را پیگیری خواهند نمود و در نتیجه‌ی توانمندسازی آنان، حفظ سلامت بیماران بهتر تامین می‌شود. به همین علت نیز عموماً متخصصان نگرش مثبتی نسبت به مشارکت بیماران در امور درمانی خود دارند و این مفهوم را امتیاز خاصی هم برای خود و هم بیماران بشمار می‌آورند (۷).

ارزش افزوده ناشی از مشارکت بیماران و عموم مردم در برنامه‌ریزی و ارائه خدمات سلامت سبب دریافت نقطه نظرات متفاوت مشتریان در ارتباط با یک موضوع یکسان، بهبود خدمات، تصمیم‌گیری بهتر ناشی از دسترسی به دیدگاه‌های متفاوت و ارتقاء شغلی بیشتر کارکنان ناشی از بازخورد مثبت می‌شود. عواقب عدم مشارکت بیماران و جامعه، منجر به ارائه خدماتی می‌شود که فقط پاسخگوی نیازهای تعداد معدودی از افراد است (۶).

اینکه از کجا شروع کنیم، چه افرادی را درگیر نماییم و در چه فرایندهایی و به چه نحوی آنان را دخیل کنیم، بسیار حائز اهمیت است. از آنجا که مشارکت به معنای ایجاد فرصت برای افراد یا گروه‌ها جهت شرکت در تصمیم‌گیری به‌منظور دستیابی به هدف مشخص و معین است، لذا هرگونه فعالیتی در حیطه مشارکت جامعه و بیمار بایستی دارای هدف شفاف و واضح باشد (۶).

چه کسی/کسانی را مشارکت دهیم؟

ضروریست که سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات دقیقاً افرادی را که تحت تأثیر برنامه‌ها و طرح‌های آنان قرار می‌گیرند را شناسایی نمایند. این فرآیند به نام «تجزیه و تحلیل ذینفعان»^۱ شناخته می‌شود، در طی این فرآیند به چهار سؤال حیاتی ذیل پاسخ داده می‌شود:

- چه افرادی تحت تأثیر برنامه یا طرح مورد نظر قرار می‌گیرند؟
- چه افرادی به لحاظ زمانی، مالی، منابع و یا علایق در این برنامه یا طرح، سرمایه‌گذاری نموده‌اند؟
- در صورتی که فرآیند اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی برای جلب مشارکت مردم برای انجام این برنامه یا طرح به خوبی انجام نشود، سازمان از نظرات چه گروه‌هایی بی‌بهره می‌ماند؟
- چه کسی/کسانی دارای نفوذ و اختیارات کافی جهت اعمال تغییرات و بهبود بر اساس تجربه و نظرات بیماران و مراقبان آنان هستند؟ (۶)

چگونگی مشارکت افراد یا جامعه:

- در چگونگی مشارکت افراد یا جامعه، شناسایی فرصت‌ها و انتخاب ابزار و روش‌های مناسب و متناسب حائز اهمیت بسیار است.
- روش‌های کمی نظیر مطالعات پیمایشی گرچه بسیار ارزشمند است ولی تصاویر مقطعی از عقاید بیماران بدست می‌دهد و نیازمند طراحی و مدیریت دقیق اجرایی جهت دستیابی به نتایج است.

- روش‌های کیفی شامل بحث گروهی متمرکز^۱ و مصاحبه نیز می‌تواند داده‌های بسیار مناسبی را در خصوص ارزش‌ها، عقاید و باور بیماران بدست دهد.
- ترکیبی از روش‌های فوق که بنا به نظر محققان بر حسب نیاز در بسیاری موارد می‌تواند کاربرد داشته باشد.
- طراحی مبتنی بر تجربه^۲ که ابزار جامعی جهت حمایت از بیماران و کارکنانی که تمایل به مشارکت در تامین ایمنی، کیفیت و بهبود ارائه خدمات دارند، بشمار می‌رود(۶).

ویژگی فرایندهایی که می‌توان مردم و جامعه را در آنان مشارکت داد:

مجمع ملی مددجویان^۳ اصولی را تحت عنوان رئوس "نه‌گانه" ذیل جهت فرایندهایی که می‌توان بیماران و مردم را در آنان مشارکت داد، مطرح نموده است:

۱. فرآیند بتواند باعث تغییر شود.
۲. فرآیند شفاف باشد.
۳. فرآیند تمامیت و جامعیت داشته باشد.
۴. فرآیند با توجه به وضعیت خاص طراحی شده باشد.
۵. فرآیند تعداد و نوع صحیحی از افراد را در بر گیرد.
۶. فرآیند حرمت و احترام مردم را تضمین نماید.
۷. فرآیند به بحث‌های شرکت‌کنندگان در مشارکت، اولویت دهد.
۸. فرآیند به‌منظور بهبود خدمت، بازبینی و ارزشیابی شده باشد.
۹. جامعه مشارکت‌کننده به خوبی از هدف برقراری تعامل، آگاه شده باشند(۶).

1. Focus group discussion
2. Experience Based Design (EBD)
3. National Consumer Council

ابداعات نظام سلامت یکی از کشورهای پیشرفته به منظور تضمین مشارکت فعال بیماران و جامعه:

در جوامع پیشرفته، تشکیل شوراهای سلامت، شکل‌گیری دیدگاه برنامه‌ریزی خدمات اجتماعی و سلامتی مبتنی بر نیازهای بیماران، افزایش انتظارات در مورد حقوق و مسئولیت‌های بیماران، شناسایی مهارت‌ها و توانمندی‌های بیماران و مراقبان آنان در فرآیند مراقبت در بیماری‌های مزمن، تمرکز نظام بهداشت و درمان مدرن بر تجارب بیماران و تصویب قانون الزام مشارکت بیماران و جامعه به عنوان جزیی از وظایف مراکز بهداشتی درمانی، در شکل‌گیری و تثبیت مشارکت بیماران و جامعه، نقش اساسی داشته است (۸).

تضمین اطلاع‌رسانی به بیماران^۱ متناسب با تشخیص و درمان آنان از ضروریات ارائه خدمات ایمن و کیفی است. آگاه‌سازی مناسب به بیماران گرچه فرآیند طاقت‌فرسایی است لیکن با توجه به پیامدهای ارزشمند آن در راستای توانمندسازی بیماران در اتخاذ تصمیمات لازم پس از کسب اطلاعات ضروری، الزام ترویج آن را بدیهی نموده است.

بررسی تجربیات بیماران و اندازه‌گیری نتایج ارائه خدمات از دیدگاه بیماران^۲ اطلاعاتی را فراهم می‌نماید که عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت را از دیدگاه بیماران، بتوان مقایسه نمود. در این فرآیند، قبل و بعد از هر پروسیجر درمانی، از بیمار در ارتباط با کیفیت زندگی بعد از انجام پروسیجر از جنبه‌هایی نظیر میزان درد، سلامت روانی و توان و قدرت حرکت، سؤال می‌شود. بدین ترتیب اثربخشی پروسیجر انجام شده از دیدگاه بیماران از نظر این سه جنبه از سلامت، مشخص می‌شود.

1. Patient Information

2. Patient Reported Outcome Measures & Patient Experience Surveys

خدمات مشاوره و ارتباط با بیمار^۱ در نظام سلامت جدید انگلیس با هدف پاسخگویی بیشتر به بیماران و مددجویان طراحی شد. این خدمت در واقع یک خدمت محرمانه بمنظور تضمین انتقال اثربخش نگرانی‌ها و ملاحظات بیماران و گیرندگان خدمت و حل مشکل آنان با حداقل بوروکراسی است. این فرآیند که خود می‌تواند منجر به شناسایی خطرات و معضلات ایمنی شود، جزیی از مدیریت خطر اثربخش و حاکمیت بالینی محسوب می‌شود(۶).

فرهنگ‌سازی و تقویت باور کارکنان و مدیران در ارتباط با موارد ذیل بر تحکیم مبانی مشارکت بیمار و جامعه می‌افزاید:

- ❖ بیمارستان تأسیس شده است و ما اینجا هستیم، چون مشتری ارزشمندی چون بیمار وجود دارد.
- ❖ مشتری ما مهم‌ترین موجودی یعنی سلامت‌ش را در اختیار ما گذارده، پس با او شرافتمندانه رفتار کنیم.
- ❖ بیماران شرکای اصلی و همراه ما در اعتلای سازمانی هستند.
- ❖ خروجی‌های سلامتی و سازمانی مرتبط با بیمار، مهم‌ترین دستاورد کار ما هستند.
- ❖ عالی‌ترین هدف ما سلامت و رضایت بیمار است.
- ❖ نظریات بیماران در حیطه کیفیت خدمات، آینه‌ای صاف از نقاط ضعف وقوت عملکرد ماست.
- ❖ تحلیل ایده‌ها و انتقادات بیماران و به‌کار بستن راهکارهای بهبود مبتنی بر آن، می‌تواند ضمن ارتقاء کیفی خدمات، جلوی هزینه‌های اضافی بیمارستان را بگیرد.

- ❖ همان قدر که رضایت و آرامش بیمار مهم است، تأمین آرامش و رفع رنج از همراهان او نیز مرجح است.
- ❖ تعامل و همکاری بیمار با بیمارستان و تیم درمان، ضامن موفقیت ماست (۹)

برای تحقق چنین اهدافی نیاز به ساز و کارهای زیر داریم: (۹)

- وجود روشی پایا و مؤثر برای شنیدن صدای بیمار بصورت فعال حین بستری و پس از آن.
- وجود فرآیندی مستمر و تأثیرگذار بر روش‌های بیمارستان برای اندازه‌گیری و تحلیل رضایت بیمار و شکایات وی.
- انتقال اطلاعات مورد نیاز به بیماران برای آگاهی از حقوق، امکانات، توانمندی تیم بالینی و طرح درمان.
- گماردن واحدهای متولی و افراد مسئول برای پاسخ‌گویی به نیازهای آموزشی، اجتماعی، حقوقی و فردی بیمار حین بستری و دوره مورد نیاز پس از آن.
- انجام نظرسنجی‌های اجتماعی و فردی از بیماران برای بهبود روال مدیریت بیمارستان در منطقه تحت پوشش.
- برگزاری نشست‌های هم‌اندیشی و ارزیابی از موفقیت‌ها و چالش‌های بیمارستان با جمعیت تحت پوشش.

آموزش و مهارت‌آموزی (Education & Training):

«حاکمیت بالینی نیازمند آن است که توسط فرهنگی که برای یادگیری مداوم ارزش قایل شده و آن را کلید موفقیت در مسیر ارتقای کیفیت می‌داند، پایه‌ریزی شود» (۱۰)

سازمانی می‌تواند ادعا کند که توانایی اجرای حاکمیت بالینی را دارد که یکی از اجزای مهم (مدیریت خطر) این چهارچوب را تحت کنترل داشته باشد ولی برای مدیریت خطر نیازمند کارکنانی مجرب و دارای دانش و مهارت کافی است.

آموزش، مهارت‌آموزی و توسعه دانش پرسنلی یک فرایند ادغام یافته در حاکمیت بالینی است. این امر نه فقط به پرسنل برای ارتقای مهارت‌هایشان کمک می‌کند بلکه باعث کمک و حمایت از آن‌ها برای انجام کار به شیوه‌های مختلف می‌شود (۴).

هدف کلیه برنامه‌های آموزشی کارکنان شامل موارد زیر است:

۱- ایجاد فرصت رشد و توسعه عادلانه مهارت و دانش کلیه کارکنان

سازمان در زمینه شغلی و کاری خود.

۲- فراهم کردن برنامه‌های مختلف آموزشی داخل و یا خارج

سازمانی.

۳- برگزاری برنامه‌های آموزشی مورد نیاز با توجه به نیازسنجی‌های

انجام شده (۱۱).

توسعه مستمر دانش و مهارت‌های شغلی^۱ یا CPD لازمه هر سازمانی است که می‌خواهد حاکمیت بالینی را به اجرا در آورد. توسعه مستمر دانش و مهارت‌های شغلی (CPD) عبارت است از فرایند یادگیری مداوم برای تمام افراد و تیم‌های حرفه‌ای، که بتوانند توانایی‌های خود را در

1. continuing professional development

مواجهه با نیازهای بیماران، گسترش داده و به ارائه خدمات سلامت پردازند(۱۲).

اساس «توسعه دانش و مهارت شغلی» یا CPD آن است که مختص کارکنان بالینی مانند پزشکان نیست(۱۲).

شواهد متعددی، اهمیت نیاز سنجی را قبل از طرح ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی، نشان می‌دهد. برای آموزش افراد، تدریس صرف دستورالعمل‌ها کافی نیست بلکه فعالیت‌هایی که آنان را تشویق به مشارکت، بحث و کار عملی کند، مؤثرتر است(۱۰).

توسعه مستمر دانش و مهارت‌های شغلی (CPD) زمانی است که یادگیری دارای خصوصیات زیر باشد:

- دانش‌پذیر، آشنایی قبلی با مطلب داشته باشد.
- براساس نیاز سنجی انجام شده از فرد، برنامه‌ریزی شود.
- بر محور مشکلات او، بنا شود. (problem-centered)
- مشارکت فعال فرد را در طی آموزش در برداشته باشد.
- از منابع خود دانش‌پذیر، استفاده کرده و براساس تجربیات او ارائه شود.
- شامل بازخوردهای به موقع و مرتبط باشد.
- وقتی ارائه شود که فرد نیاز به دانستن آن را حس و تجربه کرده باشد.
- با خودارزیابی همراه باشد(۱۲).

یکی از ابزارهای توسعه مستمر دانش و مهارت‌های شغلی (CPD) برنامه توسعه فردی^۱ یا PDP است. برنامه توسعه فردی (PDP) به پزشکان و پرستاران و کارکنان سلامت این امکان را می‌دهد که قدم‌هایی را که برای رسیدن به اهداف و موفقیت‌های شغلی برداشته‌اند، ثبت نمایند.

برنامه توسعه فردی و یا PDP (Personal Development Plan) چیست؟

برنامه توسعه فردی، فرایندی مستمر برای ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه‌ریزی برای دست یافتن به آن نیازها است. این فرایند توسط سیستمی که به‌طور منظم این فرایند یادگیری را ارزیابی می‌کند، پشتیبانی شده و میزان پیشرفت و برنامه‌های آینده را طرح‌ریزی می‌کند. مستندسازی این فرایند همان تدوین PDP است که به کارکنان در اولویت‌بندی اهداف و تعیین میزان پیشرفت خودشان کمک می‌کند (۱۳).

بنابراین برنامه توسعه فردی (PDP) در واقع فرایندی است که به شما کمک می‌کند که به دانسته‌ها، عملکردها و موفقیت‌های خود فکر کنید و برای توسعه و پیشرفت فردی، آموزشی و شغلی خود برنامه‌ریزی کنید (۱۴).

وجود برنامه توسعه فردی (PDP) برای نشان دادن حاکمیت بالینی در یک سازمان ضروری بوده و برنامه‌ای ادغام یافته در استراتژی‌های مدیریت خطر است (۱۳).

اجزای «برنامه توسعه فردی» چیست؟

برنامه توسعه فردی دارای اجزای زیر است:

- ۱- نیاز سنجی و ارزیابی نیازهای آموزشی
- ۲- تعیین اهداف آموزش و توسعه فردی
- ۳- امکان بحث و دریافت بازخورد
- ۴- تدوین برنامه عملیاتی برای اجرای اهداف فوق
- ۵- اجرای برنامه
- ۶- ارزیابی (۱۰ و ۱۴)

اهداف برنامه توسعه فردی (PDP) لازم است دارای خصوصیات زیر باشد که به اختصار SMART نامیده می‌شود:

۱. **Specific** اختصاصی و مشخص باشد. به طور مثال «من می‌خواهم روش‌های مدیریت زمان را فراگیرم تا پروژه‌هایم را در وقت مقرر و بدون اضطراب به پایان برسانم» به جای آن که بگوییم «من می‌خواهم یاد بگیرم که چگونه زمان را مدیریت کنم».

۲. **Measurable** قابل اندازه‌گیری باشد. مانند «من می‌خواهم قادر باشم خودم را با توجه به برنامه‌های هفتگی که برایم مشخص شده، تنظیم کرده و برنامه‌ها را به موقع به پایان ببرم»

۳. **Achievable** قابل دستیابی باشد. مانند «من می‌دانم که کارگاه‌ها و کتاب‌هایی در خصوص مدیریت زمان وجود دارد که می‌توانم از آن‌ها استفاده کنم».

۴. **Realistic** واقع‌گرایانه باشد. مانند «من صبح‌های پنج‌شنبه وقت آزاد دارم و این زمان را صرف یادگیری روش‌های مدیریت زمان خواهم کرد»

۵. **Time-bound** با تعیین زمان باشد. مانند «من پروژه را انجام می‌دهم و براساس تاریخ‌های تعیین شده برای هر مرحله، به جلو خواهم رفت» تعیین اهداف مشخص برای یادگیری، کار دشواری است. مشکلات شایعی که در تعیین اهداف وجود دارد و باعث عدم موفقیت در رسیدن به آن‌ها می‌شود، موارد زیر است:

- انتخاب اهداف مبهم و نامشخص
- نداشتن اطلاعات کافی ناشی از عدم انجام نیازسنجی
- فقدان نظارت مستقیم همکاران و مدیران بر تعیین اهداف.

- نادیده گرفتن تغییرات تازه در محیط شغلی و نیازهای جدید مرتبط (۱۴).

بحث و تبادل نظر و مرور اهداف تعیین شده با همکاران و کسانی که آشنایی کافی با فرد تدوین‌کننده «برنامه توسعه فردی» دارند و به خصوص مشورت با افرادی که مرشد و مربی فرد هستند، می‌تواند در انتخاب اهداف مناسب، مؤثر واقع شود (۱۰).

انجام پرش‌ها و طی نمودن مراحل زیر، به فرد در تدوین اهداف با خصوصیات بالا، کمک می‌کند:

۱. در حال حاضر من کجا هستم؟ (تعیین نقاط قوت و ضعف - گرفتن بازخورد از دیگران - توجه به شاخص‌های عملکردی خود - توجه به اولویت‌هایی که اثر فوری تری بر آینده ما دارند)
۲. می‌خواهم به کجا برسم؟ (تعیین جایگاهی که می‌خواهیم به آن برسیم - روشن کردن دلایل رسیدن به این جایگاه)
۳. چگونه می‌توانم به جایی که می‌خواهم برسم؟ (تعیین دقیق راه رسیدن به هدف و تعیین استراتژی با صرف وقت کافی برای آن)
۴. چه منابعی (دولتی، فردی، فرصت‌های آموزشی و غیره) می‌تواند به من کمک کند؟
۵. چه چیزی می‌تواند مانع رسیدن و یا باعث کند شدن من برای رسیدن به هدفم شود؟
۶. چه زمانی می‌خواهم به موقعیت مورد نظرم دست یابم؟ (برنامه‌ریزی و زمان‌بندی برای رسیدن به هدف)
۷. مستندسازی و ثبت (ثبت و نوشتن کلیه مراحل بالا)
۸. تعیین شاخص‌هایی برای ارزیابی پیشرفت برنامه (۱۰ و ۱۴ و ۱۵).

نوشتن و مستندسازی «برنامه توسعه فردی» به شما کمک می‌کند که میزان پیشرفت خود را بسنجید، از این اطلاعات برای کاربایی استفاده کنید و آن را می‌توانید جزو شرحی از کارهای خود (CV) به کارفرما ارایه دهید، با مربی و مدیر خود در میان بگذارید و بتوانید با مرور آن، آن را ارتقا بخشید(۱۴).

یک نمونه و مثال از برنامه توسعه فردی (PDP):(۱۶)

- ۱- حیطة‌ای که نیاز دارم یاد بگیرم چیست؟
فشار خون بالا
- ۲- چگونه می‌توانم این نیاز را برطرف کنم؟
من می‌دانم که راهنمای بالینی در خصوص فشار خون چاپ شده است.
- ۳- هدفم از این یادگیری چیست؟
کنترل فشارخون در راستای توصیه‌های راهنمای بالینی.
- ۴- اهداف مشخصی که می‌خواهم به آن‌ها دست یابم چیست؟
می‌خوام حد مطلوب فشارخون کنترل شده را در بیماران با فشار خون بالا بدانم - یک پروتکل برای تشخیص و بررسی فشارخون بنویسم - داروهای مناسب را براساس راهنمای بالینی به بیماران تجویز کنم
- ۵- چگونه می‌توانم به این اهداف برسم؟
راهنمای بالینی فشار خون بالا را بخوانم - در جلسات و گردهمایی‌های درمانی مخصوص پزشکان عمومی شرکت کنم - نشست‌های کاربردی چند بخشی تدارک ببینم - با دیگر همکاران بر روی راهنمای‌های بالینی و دستورالعمل‌های جدید کار کنم.
- ۶- چگونه می‌توانم «برنامه توسعه فردی» خودم را ارزیابی کنم؟
ممیزی و ارزیابی میزان فشارخون و نحوه کنترل آن در بیماران مبتلا به فشارخونی که تحت نظر من قرار دارند
- ۷- چگونه نشان دهم که این برنامه را پیاده و اجرا کرده‌ام؟
یک کپی از راهنمای بالینی نگه دارم - از نکات مورد علاقه و مهم در نشست‌ها و جلسات یادداشت برداشته و آن‌ها را نگه دارم - مستندات شرکت در جلسات و نشست‌ها را نشان دهم - یک کپی از دستورالعمل‌های تشخیص و بررسی فشارخون را نگهداری کنم - نتایج ممیزی و ارزیابی فشارخون بیماران را نشان دهم.
- ۸- معیار زمان سنجی من چیست؟
به سه ماه برای تدوین دستورالعمل و ۱۲ ماه برای هدایت ممیزی بالینی بعد از اجرای دستورالعمل، نیاز دارم.

با توجه به شرایط کنونی که در ابتدای مسیر استقرار و اجرای حاکمیت بالینی هستیم و با توجه به آن که ممکن است هنوز مهارت کافی برای تدوین «برنامه توسعه فردی» یا PDP را به تنهایی و بدون کمک مربی یا مدیر خود نداشته باشیم، می‌توانیم هر یک از ما با کمک مسوول مافوق، تدوین «برنامه توسعه فردی» خود را انجام داده و نقاط قوت و ضعف، تهدیدها و فرصت‌های خود را شناسایی (SWOT Analysis) نموده و اهداف خود را براساس نیازهای سازمانی تعیین و مسیر حرکت آینده و ارتقای خود را مشخص نموده و برای آن برنامه‌ریزی نماییم. همچنین در فواصلی که با یکدیگر به توافق رسیده‌ایم (سه ماهه یا شش ماهه) اجرای برنامه را مورد ارزیابی قرار داده و خط مشی بعدی را مشخص نماییم.

مدیریت خطر و ایمنی بیمار (Risk management & patient safety):

مراقبت‌های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است (۱).
بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آن‌ها علاوه بر تطابق با بهترین شرایط و استانداردها و آخرین شواهد علمی و بالینی، سلامتی ایشان را دچار مخاطره نسازد (۴).

احتمال بروز خطر به معنای امکان بروز یک حادثه ناخوشایند و فقدان (loss) است و قسمتی از زندگی طبیعی ما بشمار می‌رود. ما همواره در معرض دامنه وسیعی از موارد خطر زا هستیم و قسمت زیادی از وقتمان را در تلاش برای اجتناب از تصادف، جراحی و یا حوادث ناخوشایند می‌گذرانیم. پیش‌بینی و شناسایی حوادث و خطرات، و کاهش احتمال بروز و تخفیف اثرات آن‌ها در واقع همان اجزاء مدیریت خطر هستند (۱۷).
در رویکرد سیستمیک و با عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد (ممکن‌الخطا)^۱، نحوه طراحی سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخ‌دهی سیستم به نواقص و شکست‌ها، تعیین‌کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار، است. لازم به ذکر است که خطا لزوماً منجر به آسیب و صدمه نمی‌شود. ارزیابی حوادث نه برای پیدا کردن مقصر و اعمال تنبیه و سرزنش است بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، به ما نشان می‌دهد (۱۸).

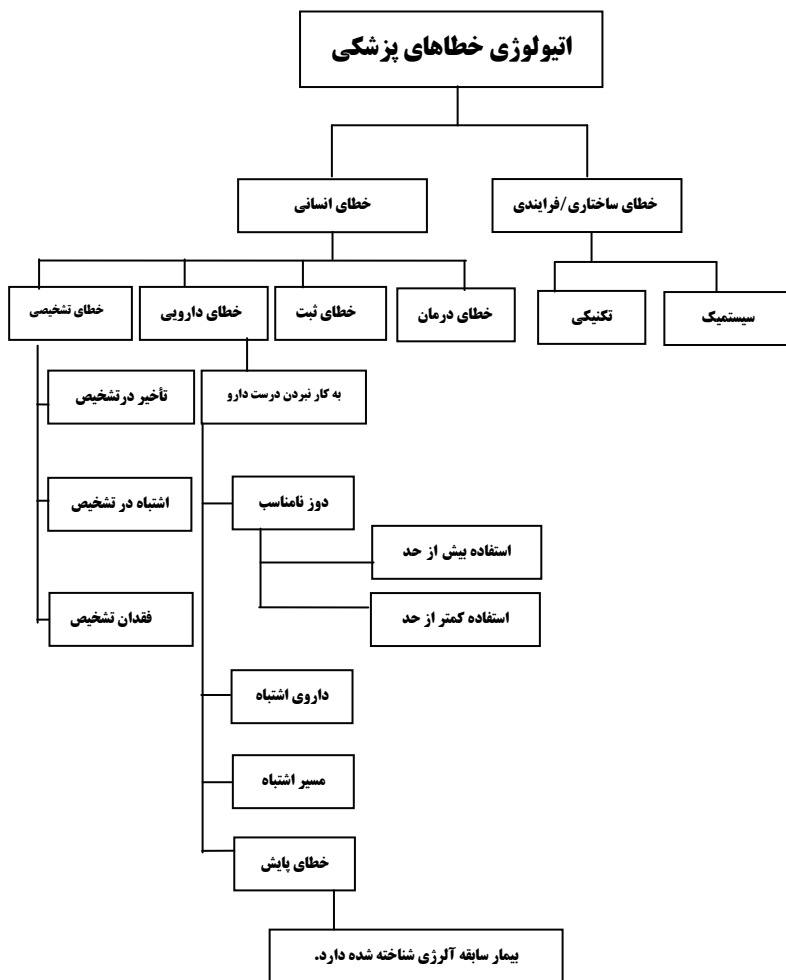
1. fallibility

انواع خطاها:

خطاها به صور مختلف تقسیم‌بندی می‌شوند. به منظور اینکه زمینه بحث را در حوزه خطاهای پزشکی فراهم کنیم، می‌بایست تعاریفی از انواع خطاهای پزشکی ارائه نمائیم. خطاها بر طبق نظر James Reason 1990 دو نوعند:

- ۱- **خطای اجرایی:** زمانی که اقدامات و فعالیت‌های انجام شده بر طبق انتظار و به شکلی صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد.
 - ۲- **خطای برنامه‌ریزی و طراحی:** زمانی که اقدام یا عمل انجام شده از ابتدا، پایه و اساس صحیح و مناسبی نداشته باشد.
- بنابراین دو تعریف اصلی در ارتباط با خطاها مطرح است یکی در مرحله برنامه‌ریزی و دیگری در مرحله اجرا (۱۸).

در اینجا و بر اساس تقسیم‌بندی پیش گفت، نمونه‌ای از خطاهای متصور در زمینه درمان در قالب ذیل آورده شده است.



خطاهای مرحله برنامه‌ریزی (Planning Error):

این خطاها در حین تصمیم‌گیری و فعالیت‌های مرتبط با حل مسئله رخ می‌دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می‌سازند که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق نشود. این دسته از خطاها به علت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روش‌های درمان و تجویز دارو هستند. استراتژی کاهش خطاهای مرحله برنامه‌ریزی، انجام پژوهش، تحقیق، مطالعه و انجام رویه‌های پزشکی مبتنی بر شواهد است که در این مسیر، تدوین برنامه‌های مراقبتی اثربخش به‌منظور کاهش خطر و بهبود پیامدهای بالینی بیماران از جمله روش‌هایی است که توصیه می‌شود (۱۸).

خطاهای مرحله برنامه‌ریزی ممکن است به بیماران آسیب بزند یا آن‌ها را متحمل آسیب و خطر نکند اما آنچه بدیهی است اثرات و پیامدهای نامطلوبی است که بدنبال خواهند داشت. برای مثال به اثبات رسیده است که تجویز زود هنگام آسپرین به‌منظور درمان MI (انفارکتوس قلبی) سبب کاهش مرگ و میر می‌شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه‌ریزی منظور خواهد شد. همچنین تجویز آنتی‌بیوتیک برای بیمارانی که به آن آلرژی دارند یک خطای پزشکی در مرحله برنامه‌ریزی به حساب می‌آید. دیگر مثال‌هایی که در آن برنامه‌ریزی مراقبت‌های درمانی سبب ارتقاء ایمنی خدمات برای بیماران می‌شود شامل: پروفیلاکسی مناسب آنتی‌بیوتیک و استفاده موثر از پروفیلاکسی به‌منظور پیشگیری از ترومبوآمبولی است. همچنین تخلیه مداوم ترشحات حلق و حنجره به‌منظور پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور از جمله این اقدامات است. اقدامات پزشکی که مبتنی بر تحقیق، پژوهش و شواهد بالینی باشد سبب کاهش خطاها و افزایش ایمنی بیمار می‌شود (۱۸).

خطاهای مرحله اجرا (Execution Error):

نوع دوم خطاها، به صورت غیر عمد حین انجام فعالیت‌های بالینی رخ می‌دهند. این نوع از خطاها خود را در زمان برقراری ارتباط بین بیمار و ارائه‌کننده مراقبت نشان می‌دهد. خطاهای اجرایی ممکن است به علت (lapse) یا (slip) رخ می‌دهد. خطای Slip به معنای این است که این خطا وقتی رخ می‌دهد که در طی انجام روتین وظایف وقفه‌ای ایجاد می‌شود. مثلاً وقتی هنگام آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا حواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده شود (۱۸).

خطای Lapse وقتی اتفاق می‌افتد که از یک گاید لاین پیروی نمی‌شود. به‌طور مثال وقتی یک فرد مراقب سلامت با یک وضعیت پیچیده بالینی مواجه شده و از گاید لاین به علت آن که به راحتی برای مشکل پیش‌رو قابل استفاده نیست، پیروی نمی‌کند، در نتیجه خطا از نوع Lapses اتفاق می‌افتد. Slip و Lapse روزانه رخ می‌دهند و معمولاً مشکلات زیادی را باعث نمی‌شوند. خطاهای نوع Slip مسئول ۹۰٪ خطاهایی است که در حوزه مراقبت‌های سلامت رخ می‌دهد و علت آن شرایط و موقعیتی است که ارائه‌کننده خدمات درمانی در آن قرار دارند. این نوع خطاها (Slip و lapse) در حوزه مراقبت‌های سلامت می‌توانند نتایج مهم یا بی‌اهمیتی برای بیماران بدنبال داشته باشند. برای مثال قرار دادن نقطه اعشار در جای نامناسب ممکن است باعث ده برابر شدن دوز دارو شود یا کشیدن یک مایع در سرنگ که برای استفاده خوراکی آماده شده است ممکن است به صورت وریدی مصرف شود (۱۸).

خطاهای اجرایی در نتیجه عوامل متعددی رخ می‌دهند از جمله: حواس پرتی، وقفه در عملکردهای روتین، قطع ارتباط، استرس و فراموشی. این عوامل نیز دلایلی دارند مانند:

۱. عدم حمایت کافی قوانین، سیاست‌ها و رویه‌ها برای کاهش خطاهای پزشکی، برای مثال عدم وجود خط مشی برای چک کردن مجدد محاسبه دوز داروهای پرخطر.
۲. کمبود دانش و آگاهی درباره جوانب خاصی از مراقبت‌های پزشکی ناشی از وضعیت یا موقعیتی ناآشنا و نامانوس که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت با آن روبرو می‌شوند. کمبود اطلاعات سبب رخداد خطا در حوزه مراقبت سلامت می‌شوند. برای مثال زمانی که پرستاری مشغول به فعالیت در واحدی جدید با فعالیت‌های غیر تکراری و نا آشنا که آموزش کافی برای آن ندیده است، می‌شود، متعاقب آن با مشکلات متعددی مواجه می‌شود. این دلیل از جمله دلایلی است که سبب بالا بردن احتمال رخداد خطا حین ارائه خدمت می‌شود. علاوه بر آن، نداشتن دانش و آگاهی پرسنل در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی نیز سبب حدوث خطا در بالین بیمار می‌شود.
۳. نداشتن مهارت مورد نیاز برای اعمال یک مداخله مشخص درمانی به علت نداشتن تحصیلات و تجربه در آن. در نتیجه خطایی که رخ می‌دهد، سبب عملکرد نادرست می‌شود (۱۸).

انواع خطاها (۱۸)

مرحله بروز خطا	تعریف	قابلیت تشخیص خطا	نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرد	مثال
خطا در برنامه‌ریزی	استفاده از برنامه نادرست به منظور نیل به هدف	به آسانی قابل تشخیص نیست	اطلاعات بیمار، وضعیت موجود و چگونگی درمان. استفاده از تحقیقات مبتنی بر شواهد	تجویز آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیماری که عامل بیماری زای آن نسبت به این دارو حساس نیست. این نوع خطا، خطای برنامه‌ریزی محسوب می‌شود.
خطا در اجرا	شکست در تکمیل برنامه‌ی از قبل طراحی شده	قابل مشاهده است	اعتماد به عملکردهایی که به صورت روتین انجام می‌شود. حواس پرتی، استرس و فراموشی پرسنل	پرستار، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است، را تزریق می‌کند. در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا، اشتباه صورت گرفته است. دلایل خطا می‌تواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد.

خطای فعال (Active) / خطای مخفی (Latent):

طبقه‌بندی دیگری که برای خطاها می‌توان ذکر کرد تقسیم‌بندی انواع خطاها به دو گروه فعال و مخفی است. افراد از خطاهای فعال آگاهی بیشتری دارند زیرا که این دسته خطاها بیشتر به چشم می‌آیند و نتایج

فوری روی بیماران می‌گذارند. خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می‌پیوندند. این دسته از خطاها که اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سال‌ها مخفی بمانند، تا زمانی که مجموعه‌ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکارا کند. مثال‌هایی از خطاهای مخفی در ارائه دارو را می‌توان به شرح ذیل بیان داشت:

۱. عملکرد بی‌ثبات و متغیر داروخانه‌ها در انبارداری داروهایی که اسامی مشابه یا شکل‌های مشابه دارند.
۲. نبود سیاست‌هایی برای برچسب زدن داروها با نام‌های ژنریک و تجارتي.
۳. عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوزاژ دارو برای داروهای پرخطر یا برای بیماران آسیب پذیر.
۴. استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده.

لیست خطاهای فوق‌الذکر زمانی که تمامی جوانب مربوط به ایمنی بیمار لحاظ شود، حتی از این هم گسترده تر خواهد بود. گفتنی است خطاهای مخفی می‌توانند تحت شرایط مقتضی به خطاهای فعال تبدیل شوند. به عبارت دیگر خطاهای مخفی با عنوان اتفاقاتی شناخته می‌شوند که منتظر وقوع هستند، درحالی‌که خطاهای فعال نقطه توجهی برای شروع تحلیل ریشه‌ای هستند و اغلب با تجزیه و تحلیل عوامل موثر در وقوع خطا به روش تحلیل ریشه‌ای وقایع^۱، مجموعه‌ای از عوامل بروز خطا شناسایی می‌شوند(۱۸).

انواع خطا (۱۸)

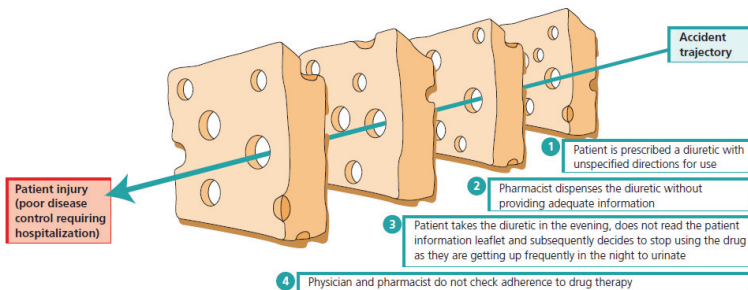
نوع خطا	مکان / موقعیت خطا	قابلیت تشخیص خطا	عواقب خطا	مثال
خطای فعال	خطا در مواجهه با بیمار و توسط ارائه کننده خدمت اتفاق می افتد	به آسانی قابل مشاهده است	معمولاً نتیجه فوری برای بیمار بدنبال دارد. شدت آسیب بستگی به نوع خطا دارد.	داروساز، داروی نادرستی را نسخه می پیچد. پرستار، دارو را با شیوه‌ای نادرست به بیمار تزریق می کند پزشک، روی عضو اشتباه جراحی می کند.
خطای مخفی	خطا، سیستمیک یا مدیریتی است	به ندرت قابل دیدن است	معمولاً برای مدت طولانی در حالت کمون و مخفی باقی می ماند	عدم جداسازی داروهای با اشکال مشابه. نبود سیاست یا رویه خاصی در ارتباط با تعیین محل صحیح جراحی.

چرا خطاها اتفاق می افتند؟

به طور مرسوم، خطاها به صورت یک حادثه منفرد (خطای فعال) دیده شده و در سطح ارتباط مستقیم بین بیمار و ارائه دهنده خدمت (لبه تیز sharp end) رخ داده و بعد از وقوع آن آنالیز می شوند. در حالی که در رویکرد جدید، آنالیز خطا براساس مدلهایی که در سیستم‌های هوانوردی و نیروگاه‌های اتمی وجود دارد انجام می شود. در این رویکرد وجود چندین لایه دفاعی برای به حداقل رساندن و یا پیشگیری از بروز خطا طراحی می شود نه آن که فقط یک عامل به تنهایی به عنوان عامل بروز خطا تلقی شود. این مفهوم، وجود سیستم دفاعی متعدد^۱ را مطرح می کند که به منظور جلوگیری یا کاهش بروز خطاها، طراحی شده است و

1. Multiple Defense

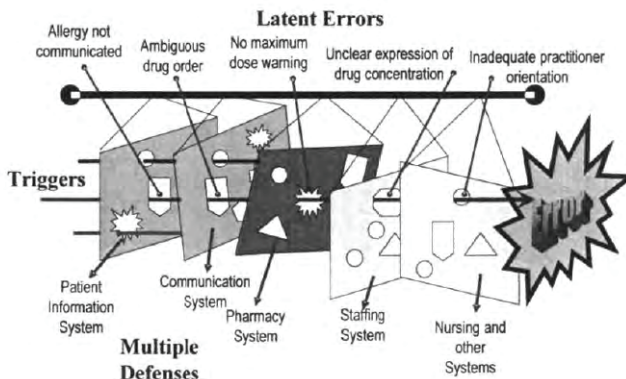
به مدل پنیر سویسی^۱ معروف است. هر لایه از این مدل مانند یک لایه محافظ و دفاعی تلقی می‌شود(۱۸). این مدل لایه‌های دفاعی سیستم را به لایه‌های پنیر تشبیه می‌کند که هر کدام از این لایه‌ها سوراخ‌هایی دارند که نشان‌دهنده نقص در ایمنی هستند. حضور یک سوراخ در یک لایه ممکن است باعث حادثه ناگواری نشود چون لایه‌های دیگر به عنوان محافظ عمل می‌کنند. ولی اگر سوراخ‌های هر لایه در امتداد هم قرار گیرند، خطا به وقوع می‌پیوندد که نشان از نبود لایه‌های دفاعی برای پیشگیری از بروز خطا بوده است. در این مفهوم، از دیدگاه وجود عوامل کمکی متعدد در بروز خطا حمایت می‌شود. شکل زیر وقوع یک خطا را با استفاده از مدل پنیر سویسی مشاهده می‌کنید. پزشک و داروساز به بیمار داروی دیورتیک تجویز می‌کنند بدون اینکه اطلاعات کافی در خصوص مصرف دارو را به او بدهند. در نتیجه بیمار دارو را در ساعات بعد از ظهر مصرف کرده و به علت بیدار شدن مکرر در طول شب برای ادرار کردن، خودسرانه دارو را قطع می‌کند و پزشک نیز بیمار را پیگیری نمی‌کند و این مسئله منجر به بستری شدن بیمار می‌شود(۱۷).



1. Swiss Cheese Model

مثال دیگر در خصوص خطای «عمل جراحی در محل اشتباه» است که عوامل کمک‌کننده متعددی شامل محدود بودن وقت، وجود جراحان متعدد، انجام روش‌های جراحی متعدد روی یک بیمار، تجهیزات غیر معمول و وضعیت فیزیکی بیمار می‌تواند منجر به بروز خطا در محل عمل جراحی بیمار شود (۱۸).

دیدگاه دیگر در نحوه قضاوت در بروز خطاها، مفهوم «قابل مشاهده بودن»^۱ است. به‌طور معمول در چشم دیگران، لبه تیز یا فرد ارایه دهنده مراقبت، تنها مقصر بروز خطا در نظر گرفته می‌شود، بدون آن که وضعیت سیستم (لبه کند blunt end) که عامل کمک‌کننده در بروز خطا بوده در نظر گرفته شود. لبه کند (سیستم) قابل مشاهده نیست و تمایل دارد محیط را شکل دهد و از طریق فشارها، محدودیت‌ها، مشوق‌ها و تقاضاها بر رفتارها اثر بگذارد. در بروز خطاها عوامل متعددی موثر است نه آن که فقط عملکرد فرد مجری، منجر به یک حادثه شود. اما فقط عملکرد آن فرد دیده می‌شود. مهم این است که تشخیص دهیم فرایندها و سیستم‌های زیاد و غیر قابل مشاهده‌ای وجود دارند که در بروز خطا به عنوان عوامل کمک‌کننده نقش بازی می‌کنند و سرزنش یک فرد کمک‌زیادی به حل مشکل که می‌تواند تا زمانی که فرد دیگری همان خطا را انجام دهد، باقی بماند، نمی‌کند. پرستاری که خون اشتباه را به یک بیمار تزریق کرده است به سرعت شناسایی می‌شود و مورد سرزنش قرار می‌گیرد ولی آن چه قابل مشاهده نیست، فرایند حمل و ذخیره‌سازی محصولات خونی متعدد در واحد پرستاری، نحوه شناسایی بیماران و محصولات خونی یا بیماران متعددی که هم زمان خون دریافت می‌کنند، است (۱۸).



مدیریت خطر و مراحل آن:

وجود خطر یک جزو اجتناب‌ناپذیر از زندگی است و به‌طور کامل نمی‌توان آن را حذف کرد ولی می‌توان آن را به حداقل رساند. همه جنبه‌های مراقبت‌های سلامتی نیز همراه با خطر است.

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی^۱، بررسی می‌شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می‌شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل آید ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه^۲ بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به‌طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می‌شود.

در واقع خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن و یا فقدان سلامت بوده که به‌طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده‌ها، محل کار، منزل و..... و ما پیوسته تلاش می‌کنیم که از آن‌ها اجتناب کرده و یا بروز آن‌ها را به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی درمورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر

1. reactive
2. proactive

یک برنامه بالینی است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل می‌شود (۱۷).

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می‌توانند با یکدیگر هم‌پوشانی داشته باشند و معمولاً یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد (۱۷).

❖ مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود. معمولاً ذی‌نفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود (۱۷).

❖ مرحله دوم: شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت‌های لازم و نقش افراد در انجام آن‌ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می‌نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن‌ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می‌نماییم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به‌طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن‌ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آن‌ها بیان می‌شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می‌شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، را خواهیم داشت (۱۷).

❖ مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت می‌گیرد. ایده‌ال این است که خطراز بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاش‌ها باید در جهت کاهش آن‌ها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ میدهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت. به‌طور مثال ممکن است امکان‌پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کنیم. پس باید احتمال بروز آن را ببندیم. در عین حال تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می‌شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر این‌که استفاده از آن‌ها اجباری باشد (۱۷).

پس فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از:

- احتمال رخداد حادثه
- هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی)
- دردسترس بودن روش‌ها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه حل‌های موجود کاهش خطر (مادی و غیره) (۱۷)

❖ مرحله چهارم: برخورد با خطر:

دامنه‌ای از انتخاب‌ها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم‌گیری باید براساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد (۱۷).

شیوه‌های متعدد برای مقابله با خطر: (۱۷)

الف - کنترل خطر:

در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گام‌های پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل‌ها و سیر مراقبت‌ها^۱ برداشته شود. مانند استفاده از راهنمای بالینی برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب - پذیرش خطر:

در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات برداشته شود. یک مثال از خطر غیر قابل اجتناب، خرابی هرگونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج - اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از بروز خطر اجتناب کرد. به‌طور مثال متوجه می‌شویم که داروهای مختلف بسته‌بندی مشابهی دارند مانند سرم‌های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰٪ گلوکز که بسته‌بندی یکسانی دارند. پس با بسته‌بندی مناسب دارویی به گونه‌ای که داروها به‌طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، می‌توان از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د - کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می‌توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می‌شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه‌دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان.

هـ انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه، می‌توان آن‌ها را پوشش داد.^(۱۷)

❖ مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثربخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کاررفته است، مرور و ارزشیابی می‌شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می‌شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش^۱ ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند(۱۷).

در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان‌های مرتبط، اطلاع‌رسانی شده و منجر به یادگیری از درس‌های گرفته شده، شود.

1. low blame

نیازهای اساسی برای ایجاد یک نظام مدیریت خطر بالینی موفق:

- وجود رهبری همراه با التزام به ارتقا ایمنی بیمار
- خط مشی و استراتژی واضح
- محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش
- منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخ‌گویی به فرایندها
- ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر (۱۷)

یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی‌بخشد. بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری‌هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم‌های مراقبت سلامت اجرا شود (۱۷).

جهت شناسایی خطاها، روش‌های مختلفی وجود دارد. این روش‌ها می‌تواند شامل: بررسی پرونده‌ها، گزارش‌دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص‌های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش‌های شناسایی خطا همان گزارش‌دهی خطاهاست که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود.

طراحی ایده آل برای یک سیستم گزارش‌دهی خطا می‌تواند شامل موارد

زیر باشد: (۱۷)

۱- کلیات طرح:

- هیچ عواقبی متوجه گزارش‌دهنده نشود.
- تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا^۱، گزارش شود.
- از توصیه‌هایی که برای اصلاح داده می‌شود، فیدبک گرفته شود.

۲- جمع‌آوری داده:

- فرم‌های گزارش خطا را تهیه کرده و در اختیار کسانی قرار دهید که دوست دارند در این زمینه همکاری کنند.
- اجازه تماس بعدی با گزارش‌دهنده خطا به منظور روشن شدن جزئیات گزارش، بدهید در عین حال که ناشناس بودن فرد را حفظ می‌کنید.
- بر توصیف مراحل رویداد خطا تاکید کنید.
- از یک سیستم کامپیوتری آنلاین برای تسهیل گزارش‌دهی، استفاده کنید.

۳- مرحله تحلیلی:

- داده‌ها را از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر هستند، جمع‌آوری کنید.
- در موقع رخداد یک حادثه واحد، تمام سیستم را در نظر بگیرید.
- حوادث را براساس محلی که اتفاق می‌افتند، طبقه‌بندی کنید.

1. near miss

- حوادث را بر حسب رویکرد قابل قبول تقسیم خطا، طبقه‌بندی کنید.
- مشکلات شایع در یک بخش را شناسایی کنید.

۴- مداخله:

- نقص‌های زمینه‌ای سیستم را به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیدا کنید.
- محیط‌های مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید.
- اقدامات اصلاحی اجرا شده را برای بررسی اثربخشی آنها، پیگیری کنید.
- استراتژی مداخلات را به وسیله یک تیم چند منظوره، مشخص کنید.
- برای تصمیم‌گیران و سیاست‌گزاران توصیه‌هایی داشته باشید (۱۷).

محدودیت‌های یک سیستم گزارش‌دهی وقایع عمدتاً به شرح ذیل هستند:

- خطاها هنگامی که رخ می‌دهند، همیشه قابل تشخیص نیستند.
- گاه ترس از عکس‌العمل‌های تنبیهی مانع گزارش‌دهی می‌شود.
- سیستم‌های گزارش‌دهی گاه دست و پاگیر و دسترس‌ی یا استفاده از آنها مشکل است.

تحلیل ریشه‌ای وقایع: (RCA :root cause analysis)

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه‌ای و محیطی که حادثه در آن رخ می‌دهد را نیز در برمی‌گیرد. تحلیل ریشه‌ای علت، به صورت گذشته‌نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب برمی‌گردد و اجازه می‌دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شوند. بنابراین سازمان‌ها می‌توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیری‌هایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند(۱۷).

ایمنی بیمار:

مطالب مطرح شده در ادبیات ما اعم از طنز همانند مطایبات عبید زاکانی و غیر آن و متون تاریخی سایر کشورها نشان دهنده دغدغه‌ای دیرین در زمینه آسیب‌های وارده به بیماران از ناحیه ارائه خدمات درمانی است.

در فقه اسلامی نیز به خاطر اهمیت موضوع و حرمت افراد، بحث ضمان در مقابل آسیب ناشی از این ناحیه یکی از مباحث جدی فقهی و حقوقی است.

جمله مشهور بقراط حکیم که "اول آن که آسیب مرسان"^۱ خطاب به اطباء، یکی از جملات تاریخی مشهور در این زمینه است.

تعریف ایمنی بیمار از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، اجتناب و خلاصی از آسیب‌های بی‌مورد یا بالقوه، مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است. بررسی‌ها نشان داده است که خدمات درمانی یکی از پرخطرترین

1. First do no harm

فعالیت‌ها در عرصه خدمات هستند. با توجه به حجم استفاده کنندگان از این خدمات، به‌طور سمبلیک تلفات روزانه ناشی از وقایع ناخواسته در حیطه درمان معادل سقوط یک جت بوئینگ ۷۴۷ پر از مسافر در هر ۳۶ ساعت (با تطبیق بر گزارش موسسه پزشکی آمریکا) تخمین زده می‌شود. در مقایسه‌ای اجمالی می‌بینیم که بروز چنین حادثه‌ای چه غوغایی برپا خواهد کرد در حالی که حوادث ناخواسته ناشی از درمان در هیات یک کشنده خاموش^۲ عمل می‌کنند. حقیقت آن است که میزان بروز مرگ و میر ناشی از خطاهای درمانی در آمریکا از میزان حوادث خطوط هوایی، سرطان سینه، حوادث ترافیکی و AIDS فراتر است (۱۹).

موضوعی که در سال‌های اخیر جوامع کشورهای غربی بالاخص آمریکا را تکان داد انتشار گزارش مطالعه موسسه پزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۹ بود که مرگ سالیانه ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ آمریکایی را بر اثر حوادث ناشی از ارائه خدمات درمانی تخمین می‌زد (۱۹).

دانشگاه هاروارد آمریکا در سال ۱۹۸۴ مرگ در اثر وقایع ناشی از ارائه خدمات درمانی را به نسبت یک مورد مرگ به ازای هر ۲۰۰ مورد بستری برآورد نمود. بعداً توسط مطالعه استرالیا (۱۹۹۲) (با برآورد مرگ یک نفر از هر ۱۲۳ بستری) و انگلیس (۲۰۰۱) (با تخمین یک مورد فوت به ازای هر ۱۱۳ بستری) نه تنها بر این بررسی صحه گذاشته شد بلکه مجریان آن نیز به نوعی طی روند محافظه‌کارانه‌ای متهم شدند (۱۹).

برآورد کلی حاکی از آن است که به‌طور متوسط حدود ۱۰٪ موارد بستری در موسسات درمانی به نوعی از ناحیه این خدمات دچار آسیب می‌شوند که می‌توان یک درصد مرگ را در آن لحاظ نمود. دو نکته مهم

1. Institute Of Medicine (IOM)

2. Silent killer

در خصوص نحوه برخورد با این حوادث یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن آن‌ها است (۱۹).

مطالعات نشان می‌دهد که بین ۵۰ تا ۷۰ درصد این وقایع در صورت برنامه‌ریزی و اقدام لازم و به موقع می‌توانند اصلاً فرصت بروز پیدا نکنند و یا اینکه با حداقل تبعات سوء همراه باشند (۱۹).

فرهنگ ایمنی بیمار:

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه‌های ایمنی بیمار امری بیهوده است. این فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد و الا مصداق همان عبارت انگلیسی خواهد بود که "فرهنگ، استراتژی را به عنوان صبحانه می‌خورد" (۱۹).

وقتی می‌توان گفت در سازمانی، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی، افراد مورد سرزنش بی‌مورد و ناعادلانه^۲ قرار نگیرند. با توجه به این نکته که در سیستم‌های خدمات درمانی اکثریت قاطع خطاها زمینه سیستمیک دارند و میزان ناچیزی مستقیماً به فرد باز می‌گردند، در این فرهنگ رویکرد به خطاها رویکرد سیستمیک است، نه برخورد فردی و تنبیه اشخاص. تا زمانی که بستر بروز خطا وجود دارد امکان بروز آن نیز هست. "نباید فرد را به خاطر سرخوردن روی سطح لغزنده تنبیه کرد بلکه باید لغزندگی را مرتفع نمود."

-
1. Culture eats strategy for breakfast.
 2. Fair to blame culture

همواره باید مد نظر داشت که هر فردی که خطایی از او به عنوان آخرین حلقه زنجیره خطا و لبه تیز آن سر زده الزاماً فرد بدی نیست. باید بدانیم که خطاهای درمانی به واسطه وجود سیستم‌های نامناسب، فرصت بروز می‌یابند و نه به علت وجود افراد. به عبارتی سیستم‌هایی با طراحی نامناسب، مسیر بروز خطا را هموار می‌نمایند. بنابر این ما باید سیستم‌ها را به گونه‌ای طراحی کنیم که انجام درست امور را تسهیل و در مقابل اقدامات مخاطره‌آمیز ممانعت ایجاد نمایند (۱۹).

با تمام این تفاسیر باید بین سرزنش و لزوم پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در قبال رفتار خود تفاوت قائل شویم. کلیه افراد سازمان اعم از مدیریت و کارکنان در قبال حفظ سلامت و ایمنی بیماران خود مسئولند و باید نهایت تلاش خود را در این راستا بنمایند.

اگرچه بروز خطا در اثر عوامل انسانی قابل اغماض و گذشت است ولی خودداری از درس آموختن از وقایع رخ داده و به طریق اولی امتناع از استفاده از نتایج حاصله که باعث پیشگیری از بروز مجدد خطا می‌شود، نابخشودنی است (۱۹).

خصوصیات یک فرهنگ ایمنی مطلوب:

در یک سازمان با فرهنگ مطلوب ایمنی باید کارکنان بتوانند نظرات خود را آزادانه بیان کنند و در مواردی که حادثه ناخواسته‌ای به علت مشکلات سیستم و یا عوامل انسانی در شرف وقوع است به موقع در این خصوص اعلان خطر نمایند^۱.

چهار خصوصیت عمده فرهنگ مطلوب ایمنی عبارتند از:

- **امنیت روانی** به این معنا که افراد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع از حمایت و اعتماد سازمان برخوردار باشند.

آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی ♦ ۶۱

- **مدیریت** در ایجاد محیطی که در آن کلیه کارکنان بتوانند به راحتی دغدغه‌های خویش را بیان نمایند، نقش فعالانه خواهد داشت.
- **شفافیت** باید در سازمان به گونه‌ای باشد که در خصوص مشکلات مربوط به ایمنی بیمار پنهان کاری صورت نگیرد. به این طریق کارکنان این اعتماد را در حد اعلی خواهند داشت که سازمان از خطاها، درس گرفته و از آنان در راستای ارتقاء سیستم استفاده خواهد نمود.
- **انصاف** به شکلی رعایت شود که کارکنان بدانند به خاطر خطاهایی که مبتنی بر نواقص سیستم است تنبیه و سرزنش نخواهند شد (۲۰).

اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار:

- ❖ سیستم سلامت ملی انگلستان^۱ به عنوان ارائه راه کار عملی برای رسیدن به ایمنی بیمار ۷ قدم را به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات درمانی پیشنهاد نموده است^۲ که ذیلاً خلاصه این گام‌ها آورده شده است:
- ۱. **ایجاد فرهنگ و بسترسازی:** بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید
- ۲. **کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید:** به‌طور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تأکید و تمرکز کنید

1. National Health System

2. Seven Step to Patient Safety

۳. **عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید:** برای مدیریت خطرات، سیستم‌ها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.
۴. **گزارش دهی را تشویق کرده، ارتقاء دهید:** به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می‌توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند.
۵. **مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده و با آن‌ها ارتباط برقرار کنید:** راه‌هایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آن‌ها گوش دهید.
۶. **درس‌های ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید:** کارکنان را به تحلیل ریشه‌ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می‌دهند
۷. **راه‌حل‌هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید:** درس‌هایی را که آموخته‌اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم‌ها، نهادینه و عملی سازید (۲۱).

شاخص‌های ایمنی بیمار:

تدوین شاخص‌هایی برای سنجش روند حوادث تهدیدکننده سلامت بیمار امری ضروری برای هر موسسه ارائه‌دهنده خدمات درمانی و نیز سازمان‌های نظارتی و سیاست‌گذار است. در سطح دنیا نیز به این مهم توجه شده و شاخص‌هایی در این زمینه تدوین شده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها مربوط به آژانس تحقیقات مراقبت سلامت و کیفیت^۱ آمریکا است که در جدول ضمیمه آخر کتاب آمده است (۲۲).

1. AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

در کشور ما نیز براساس نظر خبرگان ۱۵ شاخص به عنوان شاخص‌های کشوری ایمنی بیمار برگزیده شده‌اند که عبارتند از:

- ۱- سقوط بیمار
 - ۲- زخم بستر (زخم فشاری)
 - ۳- عفونت‌های مکتسبه بیمارستانی
 - ۴- عوارض بیهوشی
 - ۵- عوارض انتقال خون
 - ۶- بازشدن زخم بعد از عمل جراحی
 - ۷- خونریزی یا هماتوم بعد از عمل
 - ۸- جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی
 - ۹- پارگی یا بریدگی اتفاقی
 - ۱۰- مرگ به دنبال زایمان
 - ۱۱- آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی
 - ۱۲- عفونت محل عمل جراحی
 - ۱۳- مرگ به دنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر
 - ۱۴- ترومای زایمانی
 - زایمان طبیعی بدون وسیله
 - زایمان طبیعی با وسیله
 - ۱۵- ترومای به نوزاد حین تولد
- ❖ با توجه به نقش مهم کارکنان در حصول به ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز مخاطره برای بیماران، از سوی موسسه ارتقاء سلامت آمریکا (IHI)^۱ نیز ۵ رفتار حیاتی برای ارتقاء ایمنی بیمار توصیه شده است (۲۰).

۱. از پروتکل‌های مکتوب ایمنی تبعیت کنید.
۲. در مواقعی که احساس نگرانی از احتمال بروز خطا دارید دغدغه خود را بیان کنید (Speak up).
۳. به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید.
 - ✓ به سخنان بیماران خود گوش فرا دهید.
 - ✓ مطمئن شوید که درست متوجه موضوع شده اید.
 - ✓ برای انتقال مطالب و برقراری ارتباط با کادر درمانی از تکنیک SBAR استفاده کنید. (مخفف کلمات ذیل):
 - Situation: توضیح شرح حال و وضعیت فعلی بیمار
 - Background: توضیحی در خصوص بیماری زمینه‌ای و سابقه پزشکی
 - Assessment: ارزیابی از وضعیت جاری بیمار، تشخیص‌های محتمل و میزان وخامت حال وی
 - Recommendations: پیشنهاد و توصیه‌هایی در مورد اقدامات بعدی
۴. خودتان بی‌احتیاطی نکنید و نگذارید دیگران بی‌احتیاطی کنند.
۵. مواظب خودتان باشید! (از مواجهه با شرایط پرخطر و موقعیت‌هایی که شما را در معرض خطا قرار می‌دهند مانند اضافه‌کاری علی‌رغم خستگی، کوتاهی در استفاده از تجهیزات ایمنی و... خودداری کنید)

موضوعات کلی و عملی و برنامه‌های اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار:

سازمان جهانی بهداشت دو چالش بزرگ را در مقابل ایمنی بیمار برشمرده است که اولین آن عفونت‌های مکتسبه از خدمات سلامت و دیگری تهدید ناشی از انجام غیر ایمن اعمال جراحی است. برای هر دوی این چالش‌ها چک لیست‌ها و راهنمایی‌هایی هم از سوی سازمان جهانی

بهداشت ارائه شده که هم اکنون اجرای آن‌ها مانند برنامه بهداشت دست‌ها از سوی وزارت متبوع در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی تابعه پیگیری می‌شود (۲۳).

همچنین این سازمان ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل‌هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین آن‌ها عبارتند از: (۲۳)

۱. توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح در بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت در هنگام تزریق

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها

۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با

مراقبت‌های سلامتی

برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار!

در حال حاضر کشورهایی در حوزه‌ی EMRO و سایر نقاط دنیا به برنامه‌ی ایمنی بیمار متعهد شده‌اند هم‌چنین می‌توان به تعهد کشورهایمانند موزامبیک، سودان و یمن در بین کشورهای کمتر توسعه یافته نیز اشاره کرد.

در حال حاضر تعدادی از بیمارستان‌های ۷ کشور حوزه‌ی EMRO در حال اجرای این برنامه هستند. (کشورهای حوزه EMRO شامل مصر، تونس، مراکش، یمن، سودان، اردن، پاکستان هستند). باتوجه به هماهنگی به عمل آمده با سازمان جهانی بهداشت WHO، ۱۰ بیمارستان از کشور ایران نیز پایلوت این برنامه بوده که در صورت تحقق، خدمتی بزرگ به مردم و افتخاری برای کشور و دانشگاه‌های مربوطه و مراکز درمانی خواهند بود.

⊙ از سوی سازمان بهداشت جهانی راهنمایی برای ارزیابی انطباق

بیمارستان‌ها با استانداردهای ایمنی بیمار، مورد انتظار از بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار ارائه شده است. این استانداردها از نظر اهمیت و اولویت بر ۳ نوع هستند:

۱. استانداردهای ضروری یا حیاتی (Critical Criteria)

۲. استانداردهای محوری (Core Criteria)

۳. استانداردهای توسعه‌ای (Developmental Criteria)

و در ۵ حوزه یا گروه قرار می‌گیرند:

A. رهبری و مدیریت (Leadership and Management)

B. مشارکت بیمار و جامعه (Patient & Public Involvement)

C. طبابت بالینی ایمن مبتنی بر شواهد (Safe Evidence Based Clinical Practice)

D. محیط ایمن (Safe Environment)

E. یادگیری مداوم (Lifelong Training)

به عبارتی استانداردهای موجود در این ۵ حوزه از ۳ نوع

استانداردهای پیشگفت خواهند بود (۲۴).

استفاده از اطلاعات (Use of Information):

«اطلاعات، زیر بنای هر سیستم دارای استاندارد و کیفیت است» (۴)
 با معرفی حاکمیت بالینی جهت اجرا به نظام سلامت انگلیس در سال ۱۹۹۸، کیفیت، به‌عنوان محور اصلاحات قلمداد شد. هدف اصلی حاکمیت بالینی، یکپارچه نمودن کلیه فعالیت‌های مؤثر بر مراقبت بیمار در یک استراتژی واحد و یگانه بوده که مشتمل بر ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، کار گروهی و یکسان‌سازی نحوه ارائه خدمات سلامت و طبابت مبتنی بر شواهد است. بدیهی است که هر سازمانی به منظور نشان دادن بهبود کیفیت، نیازمند اطلاعات مناسب است. اطلاعات خوب برای برنامه‌ریزی، اجرا، مدیریت و ارزیابی خدمات ضروری است (۴).

زمانی که اطلاعات از صحت کافی برخوردار نبوده و نیز تلاشی برای بهبود اطلاعات انجام نمی‌شود، استفاده و به‌کارگیری آن‌ها نیز با مشکل مواجه شده و نارسایی عمده‌ای در سیستم ایجاد می‌نماید که همانا عدم تمایل کادر بالینی به جمع‌آوری اطلاعات است.

Greighton & Nichollos (۲۰۰۱) در خصوص کار با اطلاعات بالینی

موارد ذیل را متذکر می‌شوند:

- کل کادر بالینی را در اتخاذ تصمیم مرتبط به نوع داده‌ای که قرار است جمع‌آوری شود، مشارکت دهید.
- از آگاهی مناسب کادر بالینی در ارتباط با دلایل جمع‌آوری اطلاعات مطمئن شوید.
- کادر بالینی را در خصوص فواید اطلاعات جمع‌آوری شده در جهت ارتقاء خدماتشان آگاه نمایید.
- اطلاعات را در فواصل زمانی طولانی جمع‌آوری نمایید تا تغییر آن در طی زمان (روند) مشخص شود.
- در تفسیر تفاوت‌ها و درک روند تغییرات، مهارت لازم را کسب نمایید (۲۵)

لذا بدیهی است که به منظور راه‌اندازی و استقرار مطلوب برنامه حاکمیت بالینی نیز، نیازمند اطلاعات به روز، صحیح و با کیفیت مناسب جهت ایجاد زیر ساخت‌ها و امکان پایش مستمر وضعیت بر اساس استانداردها و ارزیابی و الگوگیری از بهترین خدمات هستیم. بخش کلیدی حاکمیت بالینی استفاده از اطلاعات بالینی است که شامل مراحل جمع‌آوری، ذخیره، تجزیه و تحلیل و استفاده از آن است. به زعم ما، داده‌ها^۱ بیشتر به مفهوم اعداد و ارقامی است که مستقیماً مرتبط به خدمات بالینی می‌شود و اطلاعات^۲، داده‌هایی هستند که تفسیر شده و در هنگامی که از کیفیت ارائه خدمات بحث می‌شود حائز اهمیت و سودمند هستند. لذا برای موفقیت در برنامه حاکمیت بالینی بیش از هر زمان دیگری نیازمند آنیم که اطلاعات کاملاً صحیح بوده و با دقت و اطمینان تولید و تفسیر شده باشند (۲۶).

کیفیت داده‌ها بر اثربخشی اطلاعات تأثیرگذار است. منظور از داده‌های با کیفیت بالا، داده‌هایی است که کامل، صحیح، مرتبط، قابل دسترس و به روز باشد. بهبود در نحوه جمع‌آوری اطلاعات، مدیریت و استفاده از اطلاعات در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران و پایش مستمر و ارزشیابی خدمات، مؤثر است (۲۷).

نظام اطلاعات بالینی که متخصصان نظام بهداشت و درمان در سطح کلان و یا در یک بیمارستان به آن نیاز مبرم داشته و آنان را قادر به مدیریت و بازنگری کیفیت خدمات ارائه شده می‌نماید، به‌عنوان نظامی محسوب می‌شود که محتوی کلیه اطلاعات مدیریتی، دموگرافیک و فردی مرتبط به کارکنان سلامت برای ارائه خدمات مبتنی برشواهد به بیماران در هر زمان و هر کجا است. نظام یکپارچه اطلاعاتی که مبین نیازهای اطلاعاتی بیماران و کارکنان بالینی است، برای برنامه‌ریزی، اجرا، مدیریت

1. data

2. information

و ارزیابی خدمات سلامت ضروری است. نظام اطلاعاتی خوب و مطلوب، به کارکنان جهت شناسایی منابعی که به آن نیازمندند و فرآیندهای مؤثر و تعیین پیامدها و نتایج، کمک می‌نماید. نظام اطلاعاتی خوب همچنین به متخصصان سلامت در تعیین اطلاعات برای پژوهش‌ها، ممیزی، اثربخشی بالینی و تدوین راهنماهای بالینی کمک می‌نماید(۴).

به‌طور مثال، محوریت بیمار و ایمن بودن او از خطرات احتمالی یکی از محورهای حاکمیت بالینی است. اطلاعات مرتبط با این محور چه می‌تواند باشد و چگونه جمع‌آوری و ثبت می‌شود؟ موارد زیر می‌تواند به سوالات ما پاسخ دهد:

- ۱- تعریف و طبقه‌بندی مشخص از وقایع ناخواسته و خطاهای محتمل به ویژه وقایع ناگوار.
- ۲- وجود فرآیند مستند شده نحوه ثبت، گزارش دهی، بازخوانی و تحلیل خطا.
- ۳- وجود فرم گزارش‌دهی داوطلبانه خطا و دسترسی به آن برای کلیه پرسنل بالینی و یا دسترسی آنلاین به آن.
- ۴- وجود فرم شکایات و نظرات بیماران و دسترسی به آن برای کلیه بیماران و یا دسترسی آنلاین.
- ۵- وجود فرم اقدامات پس از وقوع وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی.
- ۶- شناسایی و استفاده از شاخص‌های ایمنی بیمار در واحدها.
- ۷- قابلیت استخراج اطلاعات ایمنی بیمار از داده‌های HIS بیمارستان.
- ۸- وجود فرم رضایت سنجی از بیمار حین بستری و پس از آن که توسط خود بیمار تکمیل می‌شود.
- ۹- امکان دسترسی آنلاین یا کتبی بیماران برای انتقال تجربیات خود از سیر درمان بیماری و رخداد‌های دوره بستریشان(۹).

اثربخشی بالینی (Clinical Effectiveness):

تعریف اثربخشی بالینی، «استفاده از بهترین دانش به دست آمده از پژوهش، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار برای رسیدن به نتایج مطلوب در روند مراقبت از بیماران» است. چارچوب این فرآیند را اطلاع‌رسانی، تغییر و پایش تشکیل می‌دهد. اثربخشی بالینی و ممیزی بالینی از اجزاء اساسی حاکمیت بالینی به منظور بهبود و تضمین کیفیت هستند. هدف اثربخشی بالینی که در قالب عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد ایجاد می‌شود، بهبود در ارائه خدمات است. اثربخشی بالینی در مورد انجام کار درست، در زمان مناسب، برای بیمار مناسب بوده و با بهبود کیفیت و عملکرد ارتباط دارد. اثربخشی بالینی دامنه‌ای از فعالیت‌های ارتقا کیفیت بوده و شامل:

- شواهد، راهنماهای بالینی و استانداردهایی برای تعیین و اجرای بهترین عملکرد است.
- ابزاری برای ارتقای کیفیت (مثل ممیزی بالینی، ارزشیابی) به منظور بازنگری و ارتقای درمان‌ها و خدمات است.
- سیستم اطلاعاتی برای ارزیابی عملکرد جاری و تدارک شواهدی برای ارتقاء است.
- شواهد را از نظر هزینه - اثربخشی ارزیابی می‌کند.
- ارتقا و استفاده از سیستم‌ها و ساختارهایی که یادگیری درون سازمانی را توسعه می‌بخشد، است.

اثربخشی بالینی حاصل کاربرد بهترین دانش برگرفته از پژوهش روزآمد و تجربه، برای انجام فرآیند صحیح بالینی و دستیابی به نتایج بالینی مطلوب برای بیمار است. همچنین اثربخشی بالینی حکایت از مطلوبیت نتایج کاربرد یک دارو یا روش تشخیصی درمانی در تولید بهترین نتایج بالینی در بیمار می‌کند (۲۸).

اصطلاح طبابت مبتنی بر شواهد^۱ در سال ۱۹۹۲ توسط G. Guyatt و همکارانش از دانشگاه مک مستر کانادا مطرح شد و آوازه آن بطور فزاینده‌ای به دانشکده‌های پزشکی در سرتاسر جهان رسید. بطوری که به مقاله‌ای که در سال ۱۹۹۲ به معرفی پزشکی مبتنی بر شواهد پرداخت، تا سال ۲۰۰۴، ۱۳۰۰۰ بار رفرنس داده شد. پزشکی مبتنی بر شواهد ادغام بهترین شواهد از پژوهش‌های بالینی، تجربیات بالینی و شرایط و ترجیحات بیماران است. مقصود از بهترین شواهد پژوهشی، شواهدی است که از پژوهش‌های بالینی با حداقل خطا بر روی بیماران بدست می‌آید و کارآمدی و بی‌خطری رژیم‌های درمانی، پیشگیری،... و ارزش تست‌های تشخیصی یا... را در تغییر مورتالیتی، موریبیدیتی یا کیفیت زندگی بیمار در بر می‌گیرد. در حقیقت پزشکی مبتنی بر شواهد به ما می‌آموزد که چگونه استفاده‌کنندگان خوبی از اطلاعات باشیم. علت نیاز به یادگیری مهارت‌های پزشکی مبتنی بر شواهد این است که اولاً اطلاعات پزشکی حجم خیلی زیاد دارند و به سرعت در حال افزایشند. دوماً، پزشکان زمان کمی را می‌توانند به مطالعه اختصاص دهند، درحالی که تجدید اطلاعات به سرعت صورت می‌گیرد، هم‌چنین پزشکان نمی‌توانند همان روش‌های تشخیصی و درمانی زمان فارغ‌التحصیلی خود را ادامه دهند. چه بسا درمان انتخابی برای یک بیماری با مطالعات جدیدتر ثابت می‌شود که بی‌اثر یا حتی مضر بوده‌است. مطالعات نشان داده‌اند که برای دریافت حدود ۹۵٪ اطلاعات باید هفته‌ای ۲۰ ژورنال مطالعه نماییم که مسلماً به انجام رساندن آن غیرممکن است. ضمن اینکه مطالعات نشان می‌دهد دوره‌های بازآموزی رایج، کارایی کافی ندارند، پس نیازمند آموختن روش‌هایی برای آموزش مداوم در تمام عمر

1. Evidence Based Medicine (EBM)

هستیم. اطلاعات پزشکی از درجه اعتبار متفاوتی برخوردارند ولی پزشکان امکان کافی برای نقد اطلاعات و جدا کردن اطلاعات معتبر از غیر معتبر را ندارند. بعلاوه مطالعات نشان می‌دهد پزشکان دید روشنی نسبت به اطلاعات مورد استفاده در مقالات ندارند، در حالیکه دانستن این اطلاعات مستقیماً در عملکرد بالینی آنان تاثیر می‌گذارد. حتی در مورد جدیدترین کتاب‌ها، نیز چندین سال فاصله بین ورود نتایج تحقیقات و گنجاندن آن در کتاب، وجود دارد. نتیجه این‌که قسمت قابل توجهی از کتاب‌های ما بخصوص در زمینه درمان عقب‌تر از نتایج تحقیقات هستند. پزشکی مبتنی بر شواهد ابزارهایی ارائه می‌دهد که می‌تواند با مسائل ذکر شده مقابله نماید، طبابت مبتنی بر شواهد نشان می‌دهد که چگونه می‌توان در حداقل زمان، اطلاعات ارزشمند بالینی را یافت، نقد نمود و چگونه می‌توان آن را در شرایط منحصر به فرد هر بیمار، به کار برد. با این روش مداخلات تشخیصی و درمانی معمولاً زمانی به کار می‌روند که کارایی آن‌ها کاملاً ثابت شده باشد و از مداخلات مضر یا بی‌اثر جلوگیری می‌شود.

پزشکی مبتنی بر شواهد مراحل زیر را در برخورد با یک مسئله طی می‌کند:

۱. طراحی یک سوال قابل پاسخگویی
 ۲. جستجوی اطلاعات
 ۳. ارزیابی نقادانه اطلاعات بدست آمده و سنتز آن‌ها
 ۴. به کارگیری اطلاعات
 ۵. ارزیابی نهایی (۲۹)
- طبابت مبتنی بر شواهد ادعا می‌کند که می‌تواند خطاهای باورهای ما را پیدا کند و نتیجه آخرین تلاش‌های معرفت بشری یعنی بهترین و

به‌روزترین شواهد را در حیطه‌های پزشکی در اختیار ما قرار دهد. زمانی که سه جزء بهترین دانش موجود، مهارت بالینی پزشک و ارزش‌ها و ترجیحات بیمار به یکدیگر پیوندند، پزشک و بیمار پیوندی را ایجاد می‌نمایند که نتایج بالینی و کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشند. این سه جز به شرح زیر هستند:

۱- **بهترین دانش موجود** (شاهد)، همان تحقیقات بالینی رایج است که جهت تعیین درستی و دقت تست‌های تشخیصی، اندازه‌گیری میزان تاثیر و مفید بودن رژیم‌های درمانی، و مانند آن صورت می‌پذیرد. شواهد جدید حاصل از تحقیقات بالینی، تست‌های تشخیصی و درمان‌های قبلی را بررسی و در صورت لزوم با شواهد جدیدی که دقیق‌تر و مطمئن‌تر هستند، جایگزین می‌سازند.

۲- **مهارت بالینی پزشک**، همان تخصص و قدرت تشخیص سریع علائم بیماری، خطرات و فواید مداخلات ممکن، ارزش‌های فردی و انتظارات بیمار از پزشک بوده و با تکیه بر تجربیات بالینی او است.

۳- **ارزش‌های بیمار**، همان ترجیحات، نگرانی‌ها و توقعات خاص هر بیمار است که از نظر بالینی اهمیت داشته و بایستی در هنگام اخذ تصمیمات بالینی به آن‌ها توجه شود (۲۹).

مهم‌ترین دلایل نیاز به طبابت مبتنی بر شواهد عبارتند از:

- نیاز روزمره به اطلاعات قابل اطمینان
 - ناکافی بودن منابع رایج و سنتی که تاریخ گذشته هستند
 - به روز کردن اطلاعات پزشکان (۲۹)
- شواهد بالینی را می‌توان از طرق مختلفی به دست آورد. این روش‌ها به ترتیب قوت و قابلیت اعتماد از بالا به پایین عبارتند از:

- راهنمای طبابت بالینی
- مرور نظام‌مند شواهد، گزارش ارزیابی فن‌آوری سلامت
- کارآزمایی‌های بالینی تصادفی
- کارآزمایی‌های بالینی غیر تصادفی
- مطالعات نیمه تجربی
- مطالعات موردی، مطالعات همبستگی، مطالعات غیر تجربی (۹)

راهنماهای بالینی (Guidelines):

توصیه‌های ساختارمندی که به پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری مناسب برای مواجهه با یک شرایط بالینی خاص کمک می‌کنند. در صورتیکه صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند، منجر به ارتقا کیفیت و حتی کمیت خدمات سلامت می‌شوند. تدوین راهنماهای بالینی معمولاً در دو قالب نگارش راهنماهای بالینی اصیل^۱ و با بومی‌سازی^۲ راهنماهای بالینی صورت می‌گیرد. اکثر راهنماهای بالینی موجود که در نتیجه جستجوهای معمول به دست می‌آیند، در دسته راهنمای بالینی اصیل هستند. اعتقاد بر این است که در کشورهای در حال توسعه مانند کشور ما بومی‌سازی راهنماهای بالینی در کوتاه مدت و میان مدت می‌تواند راه‌کار مناسبی باشد تا این که مهارت‌های لازم و کافی جهت تولید راهنماهای بالینی اصیل ایجاد شود. چون در تدوین یک راهنمای بالینی اصیل علاوه بر احاطه علمی کامل به موضوع مورد نظر و در واقع صاحب نظر بودن در آن حیطه، لازم است که تدوین‌کنندگان، به دانش و علوم متدولوژیک وسیع و متنوعی مجهز

1. original
2. adaptation

باشند و از آن مهم‌تر تدوین یک راهنمای بالینی اصیل نیازمند پشتوانه‌ای غنی از مطالعات اپیدمیولوژیک، کارآزمایی‌های بالینی، مطالعات مروری و متاآنالیزهایی است که لازم است از قبل انجام شده باشد. بنابراین در حال حاضر، بومی‌سازی راهنماهای بالینی می‌تواند کارساز باشد. مفهوم بومی‌سازی راهنمای بالینی از این تفکر سرچشمه گرفته است که در اکثریت حیطه‌های مورد نظر، راهنماهای بالینی مختلف و متنوعی در نقاط مختلف دنیا تدوین شده است و کافی است که از این میان، یک راهنمای بالینی معتبر با بیشترین شباهت ممکن با شرایط تدوین راهنمای بالینی مورد نظر، جستجو و انتخاب شده و سپس متناسب با همان شرایط، بازنویسی و به اصطلاح بومی‌سازی شود. در این زمینه بهتر است که حداکثر تعداد ممکن از راهنماهای بالینی مناسب مورد استفاده قرار گیرد تا نکته‌ای حذف نشود. هم‌چنین مجدداً تأکید می‌شود که نزدیکی و شباهت راهنمای بالینی انتخاب شده با شرایطی که قرار است برای آن بومی‌سازی شود، بسیار حائز اهمیت است. این شباهت به خصوص در زمینه کاربران راهنمای بالینی (ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که قرار است از راهنمای بالینی استفاده کنند مثلاً پزشکان عمومی شاغل در اورژانسها)، جامعه هدف راهنمای بالینی (افرادی که راهنمای بالینی با هدف ارتقا سلامت آن‌ها نگارش شده است) از نظر جغرافیایی، اقتصادی و... باید مورد توجه ویژه قرار گیرند. نکته بسیار مهم دیگری که در تدوین راهنمای بالینی و به خصوص بومی‌سازی آن‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است، بحث به اجماع رسانی است. مطلوب است که در مورد تک تک توصیه‌های یک راهنمای بالینی، میان صاحب‌نظران آن حیطه، اجماع و اتفاق نظر وجود داشته باشد و این امر در بومی‌سازی راهنمای بالینی به ویژه در شرایطی که شواهد کافی برای یک توصیه وجود ندارد، اهمیت

دوچندان می‌یابد. در تدوین تک تک توصیه‌های یک راهنمای بالینی باید به هزینه‌ها توجه نمود و سعی در کاهش هزینه‌ها (بدون وارد آوردن آسیب به کیفیت خدمات ارائه شده) داشت. در واقع یکی از دلایل بومی‌سازی راهنمای بالینی، تطابق توصیه‌های آن‌ها با شرایط اقتصادی جامعه هدف است. پس از تدوین راهنمای بالینی، گام ضروری بعدی اجرایی نمودن آن‌ها است. انتشار یک راهنمای بالینی به عنوان گام اول اجرایی نمودن آن نکته‌ای است که نباید از نظر دور نگه داشته شود. مرحله پس از اجرایی نمودن یک راهنمای بالینی، بررسی آن از نظر میزان تناسب و اثر بخشی خواهد بود. ممیزی بالینی از ابزارهای ارتقا کیفیت خدمات سلامت است که می‌تواند به عنوان ابزاری برای این منظور نیز مورد استفاده قرار گیرد. تدوین استانداردها معمولاً براساس راهنمای بالینی علمی و مورد توافق صورت می‌گیرد و در واقع راهنماهای بالینی نقش بسیار مهمی در چرخه‌های ممیزی بالینی دارند. از سوی دیگر در حین انجام فرایند تدوین استانداردها و انجام ممیزی براساس آنها، تا حدود زیادی می‌توان تناسب و اثربخشی یک راهنمای بالینی را نیز بررسی و ارزیابی نمود (۳۰). (ممیزی بالینی در بخش بعد توضیح داده می‌شود).

برای کمک به تصمیم‌گیری‌های بالینی مبتنی بر شواهد اقدامات زیر

را انجام دهید: (۹)

- متخصصین بالینی و اعضای هیئت علمی و پرستاران را با طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنمای طبابت بالینی آشنا کنید
- فرهنگ مطالعه و مراجعه به متون معتبر را ترویج و تشویق کنید تا جایکه بجای نقطه ضعف، نشانه عالمانه و مسئولانه برخورد کردن تیم بالینی با بیمار به حساب آید.
- امکان دسترسی آنلاین به بانک‌های اطلاعاتی معتبر شواهد پزشکی و پیراپزشکی را در محل برگزاری گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، محل اقامت موقت پزشکان و پیراپزشکان، و در صورت امکان بصورت پرتابل بر بالین بیمار برقرار کنید.
- از گروه‌های بالینی و آموزشی بخواهید حداقل ۱۰ بیماری یا پروسیجر شایع بخش خود را شناسایی و معتبرترین شواهد مرتبط با آن‌ها را - حداقل ۵ متن مرجع با درجه اعتبار بالا - را از میان راهنماهای بالینی یا مرور نظام مند شواهد قابل دسترس از منابع آنلاین کتابخانه، استخراج نمایند.
- برای کاربرد راهنماهای بالینی پزشکان و بیماران در بخش‌ها مشوق‌های آموزشی، مالی/ بودجه‌ای تعیین کنید.
- از گروه‌های بالینی و آموزشی بخواهید معیار و شاخص اثربخشی بالینی در این ده بیماری/پروسیجر را تعیین نمایند.
- کمیته علمی خبرگان دانشگاهی به نام "تایید راهنماهای طبابت بالینی" را برای به اشتراک‌گذاری نتایج این فعالیت در سطح بیمارستان‌های دانشگاه و اعتباربخشی علمی و تجربی به آن، تشکیل دهید.
- فلوجارت‌ها و الگوریتم‌های بالینی برگرفته از منابع معتبر و یا راهنمای بومی شده فوق را بصورت فلش کارت در بخش‌ها و کلینیک‌ها قرار دهید تا به هنگام، مورد استفاده کادر بالینی قرار گیرند.
- دوز و شیوه مصرف داروهای رایج بخش و تعریفی از اختصارات مورد استفاده کلینیکی و پاراکلینیکی را به‌صورت کارت در محلی در دسترس و دید پزشکان، قرار دهید.

ممیزی بالینی (Clinical Audit):

ممیزی بالینی بخشی از پاسخ‌گویی حرفه‌ای در حاکمیت بالینی محسوب می‌شود. یعنی ارائه‌دهندگان سطوح مختلف خدمات سلامت در برابر ارائه خدمات با کیفیت و ارتقا مستمر کیفیت آن خدمات، مسئول و پاسخگو هستند. ممیزی بالینی علاوه بر اینکه یکی از اجزای حاکمیت بالینی است، از اجزاء ثابت هر مرکز تعالی خدمات بالینی نیز محسوب می‌شود. این اجزا با یکدیگر در تعامل نزدیک بوده بر هم تأثیر دارند. به عنوان مثال از ممیزی بالینی به عنوان یکی از اجزا و ارکان اصلی مدیریت خطر نام برده می‌شود، چرا که ممیزی بالینی با ارتقاء کیفیت خدمات بالینی موجب کاهش خطر و خطاهای سیستم می‌شود. در ۱۹۹۳ مدیریت اجرایی نظام سلامت انگلستان مصوب نمود که ممیزی فرایندهای پزشکی، پرستاری و کلیه مراقبت‌های درمانی باید در یک برنامه ممیزی واحد ادغام شوند. بدین صورت و در سال ۱۹۹۳ ممیزی بالینی متولد شد و به فرایندی بین بخشی تبدیل گشت. این فرایند چنین تعریف می‌شود:

یک فرایند ارتقا کیفیت است، که با هدف ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و بهبود نتایج حاصل از آن صورت می‌گیرد و این عمل را از طریق مرور نظام‌مند وضعیت موجود و تطابق آن‌ها با استانداردهای صریح و روشن و انجام مداخله و ایجاد تغییر به سرانجام می‌رساند. یک تفاوت مهم میان ممیزی بالینی و سایر انواع ممیزی این است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، ممیزی بالینی را از آن خود می‌دانند (در حالت ایده‌ال)، آن‌ها خودشان فرایند ممیزی را انجام می‌دهند، خودشان در مورد یافته‌های حاصل از آن بحث می‌کنند و

به نتیجه می‌رسند، خودشان تغییرات را اعمال نموده و منجر به ارتقا کیفیت می‌شوند. در حالی که در سایر انواع ممیزی، شخصی از بیرون می‌آید و سازمان را ممیزی می‌کند. توجه داشته باشید که انجام فرایند ممیزی داخل یک مجموعه بالینی، الزاماً به معنای انجام یک پروژه ممیزی بالینی نیست (۳۱).

چرخه انجام ممیزی بالینی:

در منابع مختلف اجزا و مراحل مختلف و بعضاً متفاوتی برای انجام یک فرایند ممیزی بالینی ترسیم شده است. چرخه ممیزی بالینی می‌تواند این‌گونه توصیف شود:

- تعیین و تدوین استانداردها
- بررسی وضعیت موجود
- مقایسه نتایج با استانداردها
- انجام مداخله و تغییر عملکرد براساس نتایج مقایسه
- ممیزی مجدد جهت حصول اطمینان از بهبود عملکرد

همان‌طور که در چرخه ممیزی بالینی مشهود است، برای انجام ممیزی بالینی در مورد یک خدمت، استانداردهایی باید تعیین و به توافق رسانده شوند و سپس وضعیت موجود با آن‌ها مقایسه شده و اگر اختلافی وجود دارد، در صورت امکان با انجام یک مداخله اصلاح شود و نهایتاً با انجام یک ممیزی مجدد، از موفقیت مداخله انجام شده در ارتقاء کیفیت آن خدمت، اطمینان حاصل شود.

مراحل انجام ممیزی بالینی:

۱- انتخاب موضوع و عنوان پروژه ممیزی

پروژه‌های ممیزی معمولاً باید بر روی موضوعاتی متمرکز شوند که بیشترین نتیجه را برای بیماران به همراه داشته باشند. مثلاً بر روی پروسه ارائه مراقبت یا روش‌های درمانی. چون منابع انجام ممیزی محدود هستند، همه عناوین و موضوعات باید به دقت انتخاب شوند و معیارهای زیر را داشته باشند:

- پیرامون یک مشکل مشخص و تعریف شده، باشند (که معمولاً از شکایات یا عوارض درمان منتج شده‌اند).
- تواتر زیاد داشته باشند، خطرناک باشند یا هزینه زیادی به سیستم تحمیل کنند.
- راهنمای بالینی آن‌ها در دسترس باشد (۳۱)

۲- تشکیل تیم ممیزی

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 مراحل از فرایند شما درگیر شده‌اند. به‌طور مثال اگر پروژه شما در مورد ارجاعات بیماران در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات درمانی است، مثلاً ارجاع از مطب پزشک به بیمارستان، سعی کنید تمام این افراد را، حتی اگر از سازمان‌های مختلفی هستند در تیم ممیزی‌تان 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 (۳۱).

۳- تعیین اهداف عینی و استانداردها

در مورد اینکه هدف کلی‌تان از انجام پروژه چیست، تصمیم‌گیری نمایید و آن را در قالب یک عبارت که به بهترین شکل هدف و نتیجه مورد نظر شما را از انجام این فرایند بیان می‌دارد، بنویسید یا سوالی مطرح نمایید که انجام پروژه به شما پاسخ دهد، سپس مراحل 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 (۳۱).

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 استثناً (مواردی که با دلایل موجه ممکن است خدمت استاندارد را دریافت نمایند) تعریف می‌شود. استانداردها همیشه باید بر مبنای در دسترس‌ترین و به روزترین شواهد و مدارک موجود نگارش شوند. همیشه ابتدا باید به دنبال استانداردهایی بروید که در سطح محلی یا کشوری در قالب گایدلاین‌های علمی مبتنی بر شواهد، یا پروتکل‌ها 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 ناحیه‌ای وجود دارد (۳۱).

۴- انتخاب نمونه و نمونه‌گیری

نمونه باید به قدری کوچک باشد که بتوان به سرعت اطلاعات آن را جمع‌آوری نمود و باید به اندازه‌ای بزرگ باشد که نتایج آن قابلیت تعمیم به جمعیت هدف را داشته باشد (۳۱).

۵- طراحی روش جمع‌آوری داده‌ها و اجرای آن

فقط آن دسته از اطلاعات را جمع‌آوری نمایید که برای بررسی وضعیت موجود و مقایسه با استاندارد، مورد نیاز است. جمع‌آوری 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 (۳۱).

۶- تجزیه و تحلیل اطلاعات

همه داده‌هایی را که به دست آورده‌اید 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؟ (۳۱)

۷- گزارش یافته‌ها و تهیه گزارش

نتایج حاصل از بررسی‌تان 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 به‌روزرسانی راهنماهای بالینی یا استانداردها مشخص شود. در نوشتن گزارش باید آن قدر جزئیات رعایت شوند که مطمئن شوید اگر کس دیگری بخواهد با خواندن این گزارش، آن پروسه را تکرار کند، خواهد توانست (۳۱).

۸- اعمال تغییرات و تکرار ممیزی

اگر فرایند ممیزی نشان داد که کیفیت ارائه خدمات نیاز به مداخله و ارتقاء دارد، اعمال تغییرات مهم است.

جامعه حق دارد انتظار داشته باشد خدماتی که دریافت می‌کند مطابق با بهترین استانداردها باشد. توجه داشته باشید که هر تغییری منجر به ارتقا کیفیت نمی‌شود. تغییر را فقط برای اینکه تغییری داده باشید اعمال نکنید (۳۱).

۹- انتشار نتایج

معمولاً پروژه‌های ممیزی کارهای خوبی هستند که دیگران از دانستن آن بهره می‌برند. پس ماحصل کارتان را در قالب یک مقاله، پوستر یا سخنرانی در یک کنفرانس ارائه نمایید (۳۱).

۱۰- در نظر داشتن اخلاقیات

بر خلاف طرح‌های تحقیقاتی، در پروژه‌های ممیزی بالینی نیازی به تصویب طرح در کمیته‌های اخلاق در پژوهش و کسب تاییدیه اخلاقی وجود ندارد. ولی پروژه‌های ممیزی بالینی نیز باید از ابتدا تا انتها در یک قالب کاملاً اخلاقی، انجام و هدایت شوند (۳۱).

نمونه‌ای از نتایج ممیزی‌های بالینی انجام شده در یکی از مراکز درمانی کشور انگلستان در سال ۱۹۹۹ به شرح زیر است:

- ❖ در بیماران ترومایی با معرفی پروتکل برای لوله گذاری نای، ۷۵٪ افزایش در میزان لوله‌گذاری مناسب در بیماران که GCS کمتر از ۸ دارند، ملاحظه شد.
- ❖ با بازبینی ترمیم فتق‌ها و انجام روش lichtenstien، ۶٪ کاهش در عود فتق اتفاق افتاد.

□ □ در



مدیریت کارکنان (Staff & staff management):

«بیماران حق دارند که توسط کارکنانی حرفه‌ای با مهارت‌ها و تخصص‌های مرتبط و به روز، تحت مراقبت قرار گیرند»^(۴)

یکی از حیطه‌های مدیریت منابع، مدیریت کارکنان است. با انتخاب صحیح نیروهای انسانی، می‌توان بنیان صحیحی برای سازمان تدارک دید.

مدیریت کارکنان چیست؟

مدیریت کارکنان شامل به‌کارگیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت‌های فردی و شغلی و تامین رفاه ایشان است.

با توجه به تعریف بالا، مدیریت کارکنان شامل موارد زیر است:

- ۱- جای‌گذاری هر فرد در جایگاه خودش
 - ۲- توسعه و پیشرفت محیط کار به طوری که کارکنان براساس تغییراتی که درطول زمان در تقاضاهای بیماران برای دریافت خدمات ایجاد می‌شود، آماده شوند.
 - ۳- اطمینان از رضایت شغلی کارکنان
- در مدیریت منابع انسانی، با منطبق کردن بهترین عملکرد^۱ با بهبود مستمر رضایت شغلی کارکنان و توسعه مهارت‌های فردی و شغلی آنان، می‌توان باعث افزایش کیفیت ارائه خدمات به بیماران شد. این امر اهمیت مدیریت کارکنان در اجرای حاکمیت بالینی را نشان می‌دهد.
- ممیزی بالینی می‌تواند به عنوان مکانیسمی برای یادگیری، به مدیریت کارکنان کمک کند. ممیزی بالینی می‌تواند تغییراتی را که برای

بهبود ارائه خدمات به بیماران نیاز است نشان دهد و این نیازها شامل نیازهای آموزشی کارکنان نیز می‌شود. هم چنین ممیزی بالینی می‌تواند نشان دهد که آیا در یک مرکز ارائه خدمات سلامت، تلفیق مناسبی از دانش و مهارت کارکنان برای انجام امور محوله وجود دارد.

هم‌چنین مشارکت بیماران و مردم نیز می‌تواند به عنوان ابزاری برای یادگیری، به امر مدیریت کارکنان کمک کند. به عنوان مثال بازخوردهایی که از شکایات مردم گرفته می‌شود می‌تواند برای آموزش و مهارت آموزی کارکنان مورد استفاده قرار گیرد.

مدیریت کارکنان هم چنین شامل مدیریت اطلاعات فردی و مهارت آموزی‌های کارکنان نیز می‌شود. استفاده صحیح از اطلاعات فردی و حفاظت از آن‌ها امری حیاتی است (۳۳).

تشخیص مناسب بودن کارکنان با توجه به شرح وظایفشان:

مناسب بودن کارکنان به این معنا است که تامین‌کنندگان سلامت و مدیران باید مطمئن شوند که پرسنلی با مهارت، دارای صلاحیت، با تجربه و دانش مناسب برای مراقبت از بیماران دارند.

در این حیطه باید به نیازهای آموزشی کارکنان و برخورداری از حمایت‌هایی که برای ایفای نقش مناسب مورد نیاز آنان است، توجه داشت. هم‌چنین به طول مدتی که کارکنان نیاز دارند تا برای یادگیری و استفاده از فرصت‌های پیشرفت شغلی، از محیط کار خود دور شوند، باید توجه نمود (۳۳).

هرچه روشن‌تر بدانید که به چه چیزی نیاز دارید، بهتر می‌توانید شخص مناسب را انتخاب کنید. ابتدا باید شرایط احراز یک شغل را با توجه به وظایف و مسؤلیت‌های آن شغل و حداقل تحصیلات و مهارت‌ها

و تجربیات مورد لزوم آن، تدوین نمایید. در زمان مصاحبه و انتخاب افراد، شرایط احراز شغلی را در نظر گرفته و سوالات خود را براساس آن انتخاب نمایید.

در حین مصاحبه باید به سوالات زیر پاسخ دهید:

- چرا برای گرفتن این کار اقدام نموده است؟
- چه کاری می‌تواند در سازمان شما انجام دهد؟
- چگونه می‌تواند خود را با تیمی که وجود دارد، مطابقت دهد؟
- چه زمانی می‌تواند کار خود را شروع کند؟
- آیا با این حقوقی که شما می‌دهید، می‌تواند کار کند؟

قبل از شروع به کار، پرسنل باید از وظیفه‌ای که بر عهده اوست به خوبی مطلع شده و توسط فردی که با این وظیفه آشنا است، آموزش داده شده و شخصی به عنوان راهنما که بتواند سوالات خود را از او بپرسد، به او معرفی شود.

برای آن که از درست بودن مدیریت خود در امر کارکنان، مطمئن باشید لازم است نکات زیر را رعایت کنید:

- شرایط احراز هر شغل را به روز شده، داشته باشید.
- شرایط استخدام را مشخص کنید.
- ارزیابی دو طرفه داشته و برنامه‌هایی برای توسعه فردی کارکنان خود داشته باشید.
- امکانات آموزشی را در داخل سازمان برای پرسنل فراهم کنید.
- جلسات منظم با پرسنل خود داشته و ارتباط مناسبی را با آنها برقرار کنید.
- امکان آشنایی با مقررات و ضوابط اداری و روش‌های بیان شکایات را برایشان فراهم کنید.

- پرونده‌های پرسنلی را به صورت محرمانه نگه داشته و دسترسی به آن‌ها را فقط به افراد مجاز محدود کنید (۱۲).

چگونه پرسنل خود را تشویق به انجام بهتر کار، نماییم؟

طبیعت بشر به نحوی است که به دریافت پاداش، بهتر از مجازات و تنبیه پاسخ می‌دهد. برای آن که بتوانید ارزیابی درستی از کار یک پرسنل داشته باشید باید دقیقاً بدانید که چه کاری انجام می‌دهد. دانستن دقیق وظایف یک پرسنل به معنای آن نیست که وارد جزئیات وظیفه اش شوید، زیرا شما یک مدیر هستید و نه یک فرد اجرایی. ضمناً باعث می‌شود فکر کند که به او اعتماد ندارید. ساده‌ترین راه آن است که به همه پاداش یکسان دهید ولی آیا با این روش می‌توانید باعث افزایش انگیزه شوید؟!!!

بهترین راه برای افزایش انگیزه پرسنل، آن است که از خود او بپرسید که چه پاداشی می‌خواهد. بعضی‌ها پول، بعضی‌ها وقت بیشتر، بعضی‌ها کار پرهیجان و چالش برانگیز تر و بعضی‌ها ممکن است انعطاف در ساعت کاریشان را به عنوان پاداش ذکر کنند. **باید ببینید که هرکسی چه پاسخی به پاداشی که شما داده‌اید، می‌دهد.**

قدردانی از پرسنل باید از دل موارد زیر برآید:

- بلافاصله بعد از اتمام موفقیت‌آمیز یک قسمت یا تمام یک فعالیت باشد.
- قدردانی از طرف کسی که می‌داند آن فعالیت چیست، صورت گیرد.
- براساس درک صحیح از کاری که انجام شده است، باشد.

پاداش‌هایی که می‌تواند موثر باشد شامل موارد زیر است:

- تشکر شخصی یا کتبی از طرف سرپرست مستقیم و یا از طرف همکاری که مورد احترام همه است.
- به دست آوردن معروفیت در بین عموم.
- اعلام موفقیت فرد در جلسات تیمی.
- تشخیص آن که کار قبلی به خوبی انجام شده و درخواست از فرد برای قبول انجام کار بعدی.
- دادن بازخوردهای متناوب و مشخص (در ابتدا بازخوردهای مثبت داده شود)
- اعلام عمومی تاثیر فعالیت مورد نظر بر سازمان و درمان بیماران.
- تشویق به افزایش دانش، اطلاعات و مهارت برای انجام کار بهتر.
- اختصاص زمان برای گوش دادن به پیشنهادات، شکایات و مشکلات.
- یادگیری از اشتباهات و ایجاد تغییرات قابل مشاهده.

حاکمیت بالینی نیازمند کار تیمی در تمام سطوح سازمانی با هر

میزان تحصیلات و مهارت است (۱۲).

در مدیریت موفق کارکنان، نقش مسوول و یا مدیر مستقیم و یا مدیران ارشد برکسی پوشیده نیست. نقش مدیران مانند نقش یک رهبر در یک تیم است. هر تیم با مدد یک رهبری خوب و موفق می‌تواند به تعالی برسد و بهترین خدمات را با بالاترین کیفیت ارائه دهد.

کار تیمی و مدیریت آن:

کار تیمی نیازمند احترام متقابل، تعهد و اعتماد است. هم چنین کار تیمی نیازمند مشارکت همه اعضای تیم و فرد بیماری است که به او خدمت می‌دهند. اعضای تیم باید به‌طور روشن، از نقش و وظیفه خود در تیم مطلع باشند. کار تیمی نیازمند یک رهبری و یک کانال ارتباطی خوب است. هم‌چنین نیازمند شناسایی مشکلات و رفع آن‌ها به منظور ارائه خدمات بیمار - محور است. بسیاری از شکایات بیماران ناشی از وجود یک کانال ارتباطی ضعیف بین اعضای تیم است (۴).

نقش مدیر یا مسوول یا رهبر در سیستم سلامت چیست؟

رهبری در سیستم سلامت در دو سطح عمل می‌کند:

- ۱- سطح سازمانی
- ۲- سطح فردی و شغلی

رهبری در سطح سازمانی:

برای مثال سرپرستار و یا پزشک مسوول هر بخش، یک رهبری شغلی و حرفه ای را فراهم می‌کند و دارای سطحی از مسوولیت و قدرت است که می‌تواند نحوه عملکرد را هدایت، پایش، نظارت و مرور کند. هم‌چنین در یک سازمان ترتیبی وجود دارد که از رهبری حمایت کرده و آن را در سطح یک بخش و یا یک تیم و یا یک جامعه توسعه می‌دهد.

رهبری در سطح فردی و شغلی:

هم‌چنین هر فردی مسوول توسعه و ارتقای مهارت‌ها و توانایی‌های خود به عنوان عضو یک تیم است و آن را به منظور پیشرفت و به کارگیری شیوه‌های تازه و نو در حیطه شغلی خود انجام می‌دهد.

رهبر در هر سطحی که باشد، مسوول تصمیم‌گیری، یادگیری و بهبود است. وجود رهبران موثر و اثر بخش در همه سطوح سازمان‌ها و نه فقط در راس یک سازمان، مورد نیاز است. رهبران در هر جایگاهی که باشند قادر هستند که جهت و مسیر حرکت را مشخص نموده، تعهد لازم را در همکاران از طریق ایجاد انگیزه و الهام بخشیدن به آنان برای پیشرفت، ایجاد کنند.

اصول یک رهبری موفق در کار تیمی، شامل موارد زیر است:

- پایه‌ریزی در جهت حرکت به سوی چشم انداز.
 - تشویق و ترغیب دیگران به سهیم شدن در چشم انداز.
 - نوآوری و ابتکار.
 - داشتن ارتباط خوب و مهارت گوش دادن و شنیدن.
 - داشتن مسوولیت روشن و شفاف و داشتن قدرت برای ایجاد ارتقا و بهبودی.
 - آگاهی از نحوه الهام بخشیدن و ایجاد انگیزه در دیگران (۳۴).
- باید توجه داشت که استقرار حاکمیت بالینی و تفکر ارتقای کیفیت نیازمند یک تغییر بزرگ سازمانی است پس باید بدانیم که چگونه می‌توانیم سازمان و تیم خود را برای این تغییر آماده کنیم. باید از تیم خودمان در مسیر تغییرات، حمایت کنیم.
- باید بدانیم که برای رسیدن به کیفیت، تغییر غیر قابل اجتناب بوده و همیشه در حال وقوع است. مهم آن است که بتوانیم تیم خود را با یک حرکت آرام و نرم به سمت تغییر آماده کرده و بر موانع و مقاومت‌هایی که در برابرمان وجود دارد، غلبه کنیم. با وجود هیجانی که تغییر می‌تواند در گروه ایجاد کند، ولی انسان باز هم تمایل به مقاومت دارد.

بنابراین برای آن که بتوانیم تغییر موثری در سازمان خود ایجاد کنیم لازم است اقدامات زیر را انجام دهیم:

- برای تصمیم‌گیری در مورد آن که بدانیم، چه چیزی نیاز به تغییر دارد باید اطلاعات و شواهد لازم جمع‌آوری کنیم.
- برای پیدا کردن مشکلات و راه حل آن‌ها، مسوولیت‌ها را تقسیم کنیم تا همه، مشکلات را از آن خود دانسته و خود را در آن شریک بینند.
- زمان کافی برای بحث و تبادل نظر با اعضای تیم خود فراهم کنیم تا همه بدانند که نظرات آن‌ها مهم بوده و مورد توجه قرار می‌گیرد.
- تغییرات را با برداشتن قدم‌های کوچک ایجاد کنیم.
- حمایت و پشتیبانی کافی ایجاد کرده و میزان پیشرفت کار را پایش کنیم.
- براساس میزان پیشرفت مرتب بازخورد داده تا اعضای تیم بدانند که میزان پیشرفت در چه حدی بوده و نقش آن‌ها در این پیشرفت چیست.
- اتمام کار و ایجاد تغییرات را جشن گرفته و نظارت و پایش خود را ادامه دهیم تا از پسروی و برگشت به عقب پیشگیری کنیم(۱۲).

آشنایی مختصری با قانون مجازات اسلامی در خصوص شکایات و خطاهای پزشکی:

در بحث تعامل با بیمار که یکی از محورهای حاکمیت بالینی بشمار می‌رود، در خصوص نحوه برقراری روابط حرفه‌ای تیم بالینی با بیمار و همراهان در حین ارائه خدمت، مواردی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به شکایت، دادخواهی و نارضایتی بیماران از پزشک معالج و یا کادر درمانی شود (۳۵).

این امر از یکسو ریشه در عدم موفقیت در برقراری ارتباط صحیح و مناسب با بیمار و همراهانش و از سوی دیگر متأثر از عوامل مختلفی نظیر سطح سواد و دانش و توقع بیمار، رسانه‌های جمعی، شرکت‌های بیمه، وکلاء، تنزل موقعیت اجتماعی پزشکان، افزایش تعداد دانش‌آموختگان رشته‌های گروه پزشکی و روی آوردن گروهی از پزشکان و وابستگان به حرف پزشکی به انجام اعمال خلاف قانون در جهت افزایش درآمد است (۳۵).

آشنایی پزشکان و صاحبان حرف پزشکی به قانون به ویژه قانون مجازات اسلامی، می‌تواند در کاهش بروز این شکایات و نارضایتی‌های به وجود آمده از بیماران، موثر واقع شود.

قوانین مرتبط با خطاهای پزشکی در قانون مجازات اسلامی در صورتی که

پزشک به عنوان متهم باشد به ۵ دسته تقسیم می‌شود: (۳۵)

- ۱- صدور گواهی‌های خلاف واقع
- ۲- فاش کردن اسرار پزشکی
- ۳- قصور پزشکی
- ۴- عدم اخذ براءت و رضایت

۵- سقط جنین جنایی

در خصوص حفظ اسرار پزشکی که یکی از مصادیق تعامل با بیمار محسوب می‌شود باید دانست که:

«راز پزشکی عبارت است از آن چه خود بیمار به پزشک در مورد خودش می‌گوید خواه در برابر سووال پزشک باشد یا به عنوان شرح بیماری و یا آن چه که پزشک با معاینه بیمار و یا در منزل و یا در محل بستری شدن مشاهده می‌کند. اسرار خانوادگی نیز جز اسرار پزشکی محسوب می‌شود. علاوه بر پزشک، تمام کسانی که با او در محل کار وی همکاری دارند نیز موظف به حفظ اسرار پزشکی هستند. ولی در بین این افراد وابستگان به حرف پزشکی از قبیل پرستار و ماما و غیره که خود دارای مسوولیت حرفه‌ای هستند، خودشان پاسخگو بوده، اما مسوولیت سایر افراد با پزشکی است که آن‌ها را به کار گمارده است»

در رویه‌های قانونی و پزشکی ما، حفظ اسرار پزشکی تا جایی که لطمه به جامعه و افراد دیگر نزند، لازم است. حفظ اسرار پزشکی در مقابل سؤالات مقامات قضایی و انتظامی یک نوع پوشیده داشتن جرم و کمک به مجرم تلقی می‌شود (۳۵).

رضایت آگاهانه بیمار

رضایت آگاهانه عبارتست از توافق آزادانه (و ابطال‌پذیر) فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی (یا تحقیقاتی) بدنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تاثیر این مشارکت در انتخاب موثرترین و مفیدترین روش درمانی (۳۶).

رضایت یعنی موافقت با چیزی، و قبل از اینکه یک پزشک یا پرستار بیمار را معاینه یا درمان نماید، باید رضایت وی را جلب کند. به عبارت

دیگر رضایت از نظر لغوی به معنی اعلام قبولی و خشنودی از انجام کار است (۳۶).

نکات مهم در خصوص رضایت آگاهانه بیمار:

- ❖ فرد رضایت‌دهنده باید عاقل - بالغ - دارای صلاحیت حقوقی و قانونی باشد.
- ❖ در مواردی که بیمار نابالغ یا سفیه است باید از ولی یا قیم قانونی او اخذ رضایت شود
- ❖ در مواردی که جان بیمار در خطر است و سایر موارد اورژانسی مثلاً در خونریزی‌های شدید نیازی به اخذ رضایت نیست.
- ❖ اگر بیمار هوشیار نبود و اولیاء او در دسترس نیستند و وقت کافی برای یافتن ایشان نیست، باید مراتب به اطلاع مقامات قضایی برسد و مجوز اقدامات درمانی اخذ شود.
- ❖ اگر جان بیمار در خطر است و بستگان حاضر به انجام اقدام تشخیصی یا درمانی نیستند باید با مقام قضائی مشورت و با اخذ مجوز اقدامات لازم صورت گیرد.
- ❖ گاهی رضایت یک فرد به تنهایی کافی نیست، مثل بستن لوله‌ها و یا سقط جنین که رضایت زن و شوهر هر دو لازم است (۳۷).

رضایت و برائت:

این مقوله از دو جنبه «رضایت» و «برائت» تشکیل شده است. در کشور ما پزشکان بیشتر به گرفتن «رضایت» بسنده می‌کنند و در نتیجه دچار مشکلاتی که ناشی از عدم گرفتن «برائت» است، می‌شوند. زیرا گرفتن «رضایت» ممکن است مسوولیت کیفری را منتفی سازد ولی اگر «برائت» حاصل نشود می‌تواند منجر به بروز مسوولیت مدنی شود (۳۵).

تعریف رضایت:

«عبارت است از کسب اجازه از بیمار یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی در جهت درمان بیماری او اعم از درمان طبی یا جراحی و...» (۳۵).

تعریف برائت:

«آگاهی دادن به بیمار یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی بیمار نسبت به نوع بیماری و نحوه درمان و خطرات و عوارض درمان بیماری و تبری جستن پزشک از خطرات و عوارض احتمالی درمان.» (۳۵)

شرایط برائت‌دهنده:

برای اینکه برائت حاصل شده از نظر قانون مورد قبول بوده و در دادگاه پذیرفته شده باشد، لازم است برائت‌دهنده شرایط زیر را دارا باشد:

۱- اهلیت قانونی داشته باشد یعنی به سن بلوغ رسیده باشد و از قوه عقل نیز برخوردار باشد که در غیر این صورت، نیاز به قیم با شرایط قانونی آن دارد.

۲- برائت از روی آگاهی و آزادانه صورت گیرد.

۳- زمان برائت باید قبل از اقدام درمانی یا جراحی توسط پزشک باشد (۳۵).

قانون مجازات اسلامی و برائت

دو ماده قانونی در مورد برائت در قانون مجازات اسلامی به شرح ذیل آمده است:

ماده ۶۰: چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص

عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد.

ماده ۳۲۲: هرگاه طبیب و بیطار قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان براثت حاصل نماید عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود (۳۵).

البته باید توجه داشت که پزشک موظف به رعایت قوانین و مقررات دولتی و شغلی و پرهیز از بی احتیاطی و بی مبالاتی است و صرف گرفتن رضایت و براثت نمی تواند این مسوولیت خطیر را از دوش او بردارد. این براثت به عنوان یک سند تا زمانی معتبر است که رضایت بیمار جلب و رعایت موازین علمی و فنی و نظامات دولتی شده باشد.

قصور پزشکی یکی از جنبه های خطاهای پزشکی است که آشنایی پزشکان با قوانین این بحث می تواند کمک شایانی به پیشگیری از بروز این موارد نماید (۳۵).

ترخیص با رضایت شخصی: (Discharge Against Medical Advice)

تعریف: انتخاب بیمار برای خروج از بیمارستان قبل از اینکه پزشک معالج، بیمار را مرخص اعلام کند را، ترخیص با رضایت شخصی می گویند.

بیمارانی که بیمارستان را با رضایت شخصی ترک می کنند ۸٪ - ۲/۲ درصد از ترخیص ها را در بیمارستان های مراقبت کننده بیماری های حاد تشکیل می دهند.

در بیمارستان هایی که شرایط نامساعدی دارند حدود ۶٪ از کل بیماران پذیرش شده و ۱۳٪ از بیماران مبتلا به ایدز با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می کنند (۳۸).

ریسک فاکتورهای شناخته شده برای ترخیص با رضایت شخصی:

۱. جنس مرد
۲. وضعیت اقتصادی اجتماعی پائین
۳. سن جوان
۴. نداشتن بیمه
۵. سوء مصرف مواد
۶. نداشتن یک پزشک خانواده
۷. سابقه ترخیص با رضایت شخصی قبلی
۸. نژاد سیاه
۹. مسائل مالی و داشتن بیمار در خانواده بیماران ایدزی
۱۰. احساس بهبودی بیمار (یکی از دلایل شایع است)
۱۱. عدم پوشش بیمه بیمار (۳۸)

استراتژی‌های پیش‌گیرانه از ترخیص با رضایت شخصی:

۱. برقراری ارتباط موثر با بیمار به ویژه توسط پزشک اولیه و کادر درمانی بستری‌کننده بیمار (مهم‌ترین استراتژی)
۲. توجه به مشکل سوء مصرف مواد در بیمار
۳. رویکرد پیش‌گیرانه در ابتدای بستری
۴. وجود مهارت در پزشکان و درمانگران
۵. عدم وجود نگرش اتهامی در فرد درمانگر نسبت به بیمار
۶. شناسایی عوامل سایکولوژیک در بیمار
۷. درک اضطراب و خشم بیمار ناشی از احساس بی‌پشتیبان بودن
۸. آمادگی برای بروز «ترخیص با رضایت شخصی» به عنوان واکنشی از سوی بیمار و احتمالاً به دلیل افسردگی (۳۸)

جنبه‌های قانونی رضایت شخصی یا امتناع از معالجه:

چنانچه با وجود توجیه پزشکی، بیمار تصمیم به ترک بیمارستان بگیرد، بایستی فرم رضایت شخصی را تکمیل نماید.

توضیحات و هشدارها باید به بیمار داده شود و بیمار آگاهانه فرم را امضاء نماید. ضمناً امضاء بیمار به تنهایی کافی نیست و از نظر قانونی، پزشک معالج و کادر درمانی مسئول بیمار نیز، بایستی فرم مربوطه را امضا نمایند.

باید توجه نمود که نگهداشتن اجباری یک بیمار مساوی با حبس غیر قانونی اوست. بیمار بایستی برای دادن رضایت شخصی، بالغ و عاقل بوده و از وضعیت روانی با ثباتی برخوردار باشد (۳۹)

به عبارت دیگر ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار^۱ در هنگام دادن رضایت شخصی نباید مختل شده باشد (۳۸)

قانون تمایل به حفظ حقوق افراد دارد. حق هر شخص بالغ و عاقلی است که پس از آگاهی و درک اطلاعات دریافتی، تصمیم به امتناع از درمان بگیرد، حتی اگر در صورت امتناع از درمان، فوت نماید. همچنین تصمیم آگاهانه بیمار لازم است در یادداشتی قید شود.

در وضعیت اورژانسی که حیات بیمار در معرض خطر است این شرایط وجود ندارد (۳۷)

چنانچه با وجود هشدارهای کادر درمانی و درک صحیح از وضعیت، بیمار تصمیم به ترک بیمارستان گرفت، حتی بدون امضای فرم، می‌تواند بیمارستان را ترک کند. به یاد داشته باشید در این گونه موارد باید یادداشتی مبنی بر زمان و شرح واقعه که به امضا پزشک و کادر درمانی مسئول رسیده باشد، در پرونده بیمار قرار داده شود.

1. Decision making capacity

در موارد ذیل در صورت بروز رضایت شخصی برای ترخیص، باید از طریق مشاور حقوقی بیمارستان، مراجع قانونی را در جریان گذاشت و بر اساس مجوز و دستور مقام قضایی عمل نمود:

۱. کودکی که نیاز به درمان دارد، ولی والدین وی از دادن رضایت امتناع می‌ورزند و تمایل به خارج کردن کودک از مرکز درمانی دارند.
۲. اختلاف در بین همراهان بیمار از جهت ارائه یا عدم ارائه درمان.
۳. مشاهده هر گونه مورد مشکوک که حاکی از نزاع، اختلاف، کودک آزاری، مباحث اخلاقی و فسادهای اجتماعی، مواد مخدر و سایر موارد غیر عادی باشد (۳۷)

قصور پزشکی چیست؟

قصور پزشکی عبارت است از:

«کوتاهی در اجرای استاندارد مراقبت‌های پزشکی که باید به عمل آید. در حقیقت قصور عبارت است از ترک فعل لازم و یا انجام فعل ممنوعه»

قواعد و نظامات شغلی قوانینی است که محدوده تعهدات پزشک را معین و مشخص کرده است. بر طبق این عقیده می‌توان قصور پزشکی را به عدم انجام تعهدات خاصی که حرفه پزشکی بر پزشک واجب گردانیده است تعریف نمود.

باید دانست که علاوه بر میزان پیشرفت علم در یک رشته خاص و در نظر گرفتن زمان بروز خطای پزشکی، مسایل دیگری مانند شرایط مکانی و دوری از مرکز، وضعیت خاص بیمار، نبودن پرستار یا پزشک، نیز در ارزیابی قصور پزشکی مورد توجه قرار می‌گیرد.

تمام بیماران حق دارند از پزشکشان انتظار یک درمان طبی استاندارد داشته باشند. ولی این بدان معنی نیست که پزشکان باید نتیجه درمانی رضایت‌بخشی را برای بیماران تضمین کنند. زیرا دخالت عوامل بیولوژیکی می‌تواند در نتیجه نهایی قابل پیش‌بینی درمانی، اختلال ایجاد کند. بنابراین عدم نتیجه‌گیری مطلوب در درمان یک بیمار، ضرورتاً به معنی قصور پزشک نبوده و عدم تشخیص یک بیماری به دنبال شرح حال درست، معاینه بالینی کامل و آزمایشات پاراکلینیکی لازم، قصور محسوب نمی‌شود.

شرایط لازم جهت اعمال لفظ قصور پزشکی عبارتند از:

- پزشک وظیفه مراقبت و درمان بیمار را بر عهده گرفته باشد.
 - پزشک در انجام این وظیفه تخطی کرده باشد.
 - تخطی در وظیفه، سبب آسیب روانی یا جسمی به بیمار شود.
- قصور پزشکی در قانون مجازات اسلامی در تبصره ماده ۳۳۶ به چهار عنوان بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی تعریف می‌شود.

بی‌احتیاطی:

این تعریف در قانون مجازات اسلامی معادل تعریف commission در بحث خطاهای پزشکی است و به معنی عملی است که نبایستی از نظر اصول علمی و پزشکی انجام پذیرد ولی در اثر سهل‌انگاری انجام می‌یابد و ناشی از عدم توجه کافی است.

تعریف بی‌مبالاتی: این تعریف معادل omission در بحث خطاهای پزشکی است و به معنی عملی است که باید انجام می‌گرفت ولی در اثر غفلت انجام نمی‌یابد.

عدم مهارت:

شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم را برای انجام کار به خصوصی ندارد.

عدم رعایت نظامات قانونی:

به معنای عدم انجام قوانین و آیین نامه‌های نظام پزشکی و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و بخشنامه‌های مراکز علمی و درمانی است. عدم رعایت نظامات دولتی می‌تواند علاوه بر محکومیت کیفری و جبران خسارت وارده منتهی به تنبیه انضباطی پزشکان و صاحبان حرف وابسته شود.

آشنایی با موادی از قانون مجازات اسلامی در خصوص قصور پزشکی:

تبصره ۳ ماده ۲۹۵: هرگاه بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری، قتل یا ضرب یا جرح واقع شود به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد، حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد، قتل و یا ضرب و جرح در حکم شبه عمد خواهد بود.

ماده ۶۱۶: در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی‌احتیاطی یا بی‌مواالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات وارد شود، مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم، محکوم خواهد شد، مگر اینکه خطای محض باشد.

با توجه به مواد فوق از قانون مجازات اسلامی و تعریف قصور می‌توان گفت که قصور پزشکی جرم شبه عمد است (۳۵).

ضمیمه: «شاخص‌های ایمنی بیمار تدوین شده توسط آژانس تحقیقات

مراقبت سلامت و کیفیت (AHRQ) در امریکا»

PSI Name	Definition	Validity Concerns	Strength of Evidence
Complications of Anesthesia (PSI 1)	Cases of anesthetic overdose, reaction, or endotracheal tube misplacement per 1,000 surgery discharges. Excludes codes for drug use and self-inflicted injury.	Condition definition varies Underreporting or screening Denominator unspecific	0 Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Death in Low Mortality DRGs (PSI 2)	In-hospital deaths per 1,000 patients in DRGs with less than 0.5% mortality. ^a Excludes trauma, immuno-compromised, and cancer patients.	Heterogeneous severity	+ Coding 0 Explicit Process + Implicit Process 0 Staffing
Decubitus Ulcer (PSI 3)	Cases of decubitus ulcer per 1,000 discharges with a length of stay of 5 or more days. Excludes patients with paralysis or in MDC 9, MDC 14, and patients admitted from a long-term care facility.	Underreporting or screening Heterogeneous severity Case mix bias	- Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process ± Staffing

PSI Name	Definition	Validity Concerns	Strength of Evidence
Failure to Rescue (PSI 4)	Deaths per 1,000 patients having developed specified complications of care during hospitalization. Excludes patients age 75 and older, neonates in MDC 15, patients admitted from long-term care facility and patients transferred to or from other acute care facility.	Adverse consequences Stratification suggested Unclear preventability Heterogeneous severity	+ Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process ++ Staffing
Foreign Body Left During Procedure (PSI 5)	Discharges with foreign body accidentally left in during procedure per 1,000 discharges	Rare Stratification suggested Denominator unspecific	0 Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Iatrogenic Pneumothorax (PSI 6)	Cases of iatrogenic pneumothorax per 1,000 discharges. Excludes trauma, thoracic surgery, lung or pleural biopsy, or cardiac surgery patients, and MDC 14.	Denominator unspecific	0 Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Selected Infections Due to Medical Care (PSI 7)	Cases of secondary ICD-9-CM codes 9993 or 00662 per 1,000 discharges. Excludes patients with immunocompromised state or cancer.	Underreporting or screening Adverse consequences	0 Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing

PSI Name	Definition	Validity Concerns	Strength of Evidence
Postoperative Hip Fracture (PSI 8)	Cases of in-hospital hip fracture per 1,000 surgical discharges. Excludes patients in MDC 8, with conditions suggesting fracture present on admission and MDC 14.	Case mix bias Denominator unspecific	+ Coding + Explicit Process + Implicit Process 0 Staffing
Postoperative Hemorrhage or Hematoma (PSI 9)	Cases of hematoma or hemorrhage requiring a procedure per 1,000 surgical discharges. Excludes MDC 14.	Stratification suggested Case mix bias Denominator unspecific	± Coding ± Explicit Process + Implicit Process 0 Staffing
Postoperative Physiologic and Metabolic Derangement (PSI 10)	Cases of specified physiological or metabolic derangement per 1,000 elective surgical discharges. Excludes patients with principal diagnosis of diabetes and with diagnoses suggesting increased susceptibility to derangement. Excludes obstetric admissions.	Condition definition varies	- Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process - Staffing
Postoperative Respiratory Failure (PSI 11)	Cases of acute respiratory failure per 1,000 elective surgical discharges. Excludes MDC 4 and 5 and obstetric admissions.	Unclear preventability Case mix bias	+ Coding ± Explicit Process + Implicit Process ± Staffing

PSI Name	Definition	Validity Concerns	Strength of Evidence
Postoperative PE or DVT (PSI 12)	Cases of deep vein thrombosis or pulmonary embolism per 1,000 surgical discharges. Excludes obstetric patients.	Underreporting or screening Stratification suggested	+ Coding + Explicit Process + Implicit Process ± Staffing
Postoperative Sepsis (PSI 13)	Cases of sepsis per 1,000 elective surgery patients, with length of stay more than 3 days. Excludes principal diagnosis of infection, or any diagnosis of immunocompromised state or cancer, and obstetric admissions.	Condition definition varies Adverse consequences	± Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process – Staffing
Postoperative Wound Dehiscence (PSI 14)	Cases of reclosure of postoperative disruption of abdominal wall per 1,000 cases of abdominopelvic surgery. Excludes obstetric admissions.	Case mix bias	0 Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Accidental Puncture or Laceration (PSI 15)	Cases of technical difficulty (e.g., accidental cut or laceration during procedure) per 1,000 discharges. Excludes obstetric admissions.	Underreporting or screening Unclear preventability	± Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing

PSI Name	Definition	Validity Concerns	Strength of Evidence
Transfusion Reaction (PSI 16)	Cases of transfusion reaction per 1,000 discharges.	Rare Stratification suggested	0 Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Birth Trauma— Injury to Neonate (PSI 17)	Cases of birth trauma, injury to neonate, per 1,000 liveborn births. Excludes some preterm infants and infants with osteogenic imperfecta.	Condition definition varies Unclear preventability Heterogeneous severity	– Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Obstetric Trauma— Vaginal Delivery with Instrument (PSI 18)	Cases of obstetric trauma (3 rd or 4 th degree lacerations) per 1,000 instrument-assisted vaginal deliveries.	Unclear preventability Case mix bias	+ Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Obstetric Trauma— Vaginal Delivery without Instrument (PSI 19)	Cases of obstetric trauma (3 rd or 4 th degree lacerations) per 1,000 vaginal deliveries without instrument assistance.	Unclear preventability Case mix bias	+ Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing
Obstetric Trauma— Cesarean Delivery (PSI 20)	Cases of obstetric trauma (3 rd or 4 th degree lacerations) per 1,000 Cesarean deliveries.	Unclear preventability Case mix bias	+ Coding 0 Explicit Process 0 Implicit Process 0 Staffing

منايع:

- 1- Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al, "A study of cultural changes in primary care organizations needed to implement clinical governance". Br J Gen Pract. 2002 August; 52(481): 641–645.
- 2- Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. Br J Gen Pract. 2002 Oct;52 Suppl:S12-7.
- 3-Clinical Governance Policies and Procedures, NHS report, 2008.
- 4-Currie L. Morrell C. Scrivener R. "Clinical Governance: an RCN resource guide", Royal college of nursing publication, London, 2005.
- 5- Authority of the House Commons. Patient and Public Involvement in the NHS. Third Report of Session 2006–07. Volume I.
- 6- Haxby E, Hunter David H, Jaggar S. An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety. 1 ed. New York: Oxford University Press; 2010.
- 7- Hristine F. Patient and Public Involvement in Health: The Evidence for Policy Implementation. A summary of the results of the Health in Partnership research program. April 2004. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4082334.pdf.
- 8- International Alliance of patient Organizations. Policy Statement Patient Involvement. available from: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/312/182/IAPO%20Policy%20Statement%20on%20Patient%20Involvement.pdf>.

۹- مرزبان، سیما؛ جزوه آموزشی مبانی آشنایی با حاکمیت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۳۸۹-۹

10- Holloway J. CPD portfolios and personal development plans: Why and how?, Adv. Psychiatr. Treat. 2000 (6:467-475).

11- ACCESSIBLE INFORMATION STRATEGY,NHS Shetland, available from:
<http://www.shb.scot.nhs.uk/documents/pphandbook/documents/AccessibleInformationStrategy.pdf>

12- Chambers R, Wakley G. Making Clinical Governance Work for You, Stafford shire university ,Radcliffe Medical press, 2000

13- Personal and professional development of health care assistants from a general practice employer's perspective , Unit four, General Practice employers. available from
http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/159458/unit4_gpe.pdf.

14- Personal Development Planning (PDP), Loughborough University library , available from:
<http://www.lboro.ac.uk/library/skills/Advice/PDP.pdf>.

15- Personal Development Plan available from: <http://www.self-improvement-mentor.com/support-files/example-personal-development-plan.pdf>

16- Rughani.. Radcliffe medical press, Oxford Guidelines on personal development plans(PDPs). available from:
www.londondeanery.ac.uk/general-practice/files/sessional-gps/retainer-scheme/retainerp

17-Sandars J ,Cook G. ABC of patient safety. 1sted. Blackwell publishing ; 2007.

18- Byers JF. White SV, Patient Safety , Principles and Practice, springer publishing company,2004. p11-16.

19- John Reynard, John Renolds, Peter Stevenson, "Practical patient safety "Oxford University Press Inc. 2009 New York

20- IHI Open School, <http://www.ihl.org/lms/home.aspx>

21- National Patient Safety Agency, "Seven Steps to Patient Safety: Full Reference Guide" August 2004

22- <http://www.ahrq.gov/>

23- <http://www.who.int/patientsafety/en>

24- World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean "Assessment of Patient Safety in Hospitals" 2011

25- Creek J. Lougher L. Occupational Therapy and Mental Health. 4thed. Churchill Livingstone; 2008.

26- Thompson D, Wright K. Developing a unified Patient Record: a practical guide. Radcliffe Medical Press: 2003.

27- Use of information / Data Quality. available from:
http://www.tamesideandglossop.nhs.uk/templates/Page_857.aspx

28- NSH Lanarkshire , clinical effectiveness strategy 2009-2012. available from:
<http://www.nhslanarkshire.co.uk/boards/2009BoardPapers/Documents/June%202009/Clinical%20Effectiveness%20Strategy%202009-2012%20-%20June%202009%20Board.pdf>

۲۹- پژوهشکده علوم غدد و بیماری‌های متابولیسم. پزشکی مبتنی بر شواهد. قابل دسترس در:

<http://emrc.tums.ac.ir/pages/mainPage.asp?I=67194044I021>

۳۰- هادی‌زاده، فاطمه؛ کبیری، پیام؛ کلشادی، رویا. راهنمای تدوین و بومی‌سازی راهکارهای بالینی چاپ اول اصفهان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، صفحات ۳-۲۷.

۳۱- هادی‌زاده، فاطمه؛ ناجی، همایون. ممیزی بالینی چاپ اول اصفهان، ۱۳۸۷، راه کمال، صفحات ۱۵-۲۲.

32- Gloucestershire Royal NHS Trust, Achievement in Quality Improvement and Clinical Audit. annual report, April 1998-march 1999.

33-What is staff management? Available from:
<http://www.clingov.nscsha.nhs.uk/default.aspx?aid=2551>.accessed at:
23/1/2011.

34 - Introduction to Clinical Governance, available from:
<http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section2/role.asp>.

۳۵- سکوت آرانی، حسین؛ مصری، مهدی. خطاهای پزشکی در قانون مجازات اسلامی. چاپ اول تهران، انتشارات رسانه تخصصی ۱۳۸۹.

36- Consent; Making decisions about your health care and treatment
Confidentiality – it’s your right – Large print 1 Version 4 Produced
April 2008.

37- Stephen W. Hwang, MD, MPH ,Assistant,Professor, Discharge
Against Medical Advice, University of Toronto
Research Scientist, Centre for Research on Inner City Health, St.
Michael’s Hospital

۳۸- گودرزی، فرامرز؛ کتاب پزشکی قانونی، انتشارات انیشتین، ۱۳۷۷

۳۹- قانون مجازات اسلامی ماده ۴۹ تبصره ۱ و بند ۲ ماده ۵۹، ماده ۶۰، ماده
۳۱۹، ماده ۳۲۰