



بسته آموزشی

گزارش دهی خطاهای پزشکی

بهار ۹۵

ایمان

گروه های هدف آموزشی

پرستار - اتاق عمل - بهیار - هوشبری - سرپرستار - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر آموزشی - کارشناس کنترل عفونت - مدیر خدمات پرستاری - رئیس خدمات پرستاری - کارشناس ارزشیابی موسسات درمانی - کارشناس امور بیمارستان - مدیر بیمارستان - کارشناس پرستاری - کارشناس نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی - پزشک - مدیر پرستاری دانشگاه - کارشناس مسئول پرستاری - کارشناس بیماریهای خاص

اهداف آموزشی

آشنایی با مفاهیم

- تعریف خطا
- انواع خطاها
- انواع گزارش دهی
- افراد صاحب نقش
- گزارش دهی اختیاری
- گزارش دهی اجباری
- آشنایی با فرم گزارش دهی
- نحوه تکمیل فرم

روش و نحوه اجرای آموزش

در راستای افزایش آگاهی پرسنل حوزه بالینی، در حیطه خطاهای پزشکی که یکی از موارد مهم در زمینه ارتقای کیفیت خدمات می باشد بسته آموزشی مذکور تدوین گردیده است که گذراندن این دوره اختیاری بوده و به شکل کتابخوانی برگزار می گردد.

طرح و برنامه درسی

این دوره به مدت ۱۲ ساعت به صورت کتابخوانی در زمان اداری برگزار خواهد شد.

نحوه ارزشیابی

الکترونیکی

فهرست مطالب

۵	مقدمه و پیشگفتار.....
۷	تعریف خطا.....
۹	بررسی آمار خطاهای پزشکی در ایران و سایر کشورهای دنیا.....
۱۳	آشنایی با موادی از قانون مجازات اسلامی در خصوص قصور پزشکی.....
۱۵	انواع خطاها.....
۲۱	تحلیل خطاهای پزشکی.....
۲۷	علل خطاهای پزشکی.....
۲۹	راهکار های کاهش و جلوگیری از بروز خطاهای پزشکی.....
۳۴	افراد صاحب نقش.....
۳۵	سیستم گزارش دهی خطا.....
۳۸	گزارش دهی اختیاری.....
۳۸	گزارش دهی اجباری.....
۴۰	آشنایی با فرم گزارش دهی.....
۴۴	راهنمای تکمیل فرم گزارش خطای پزشکی در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز.....
۴۹	مطالب پیشنهادی برای مطالعه بیشتر.....

نه تنها هر انسانی ممکن است مرتکب خطا و اشتباه شود؛ بلکه هریک از کارکنان تیم های مراقبت های بهداشتی و درمانی بدون در نظر گرفتن میزان مهارت، تعهد و دقت آنها در انجام وظایف حرفه ای ممکن است دچار اشتباه شوند. نظام سلامت آن گونه که جامعه بشری انتظار دارد، در هیچ جای دنیا سالم و بی خطر نیست و وقوع خطاهای پزشکی امری اجتناب ناپذیر و شایع در نظام سلامت می باشد. خطا در عرضه ارایه خدمات سلامت، پدیده ای آسیب رسان و در بعضی موارد غیرقابل جبران است. خطاهای پزشکی تهدیدی برای رفاه و سلامتی بیمار بوده و نبایستی اتفاق بیافتد. این واقعه نباید دوباره تکرار شود. چنین موردی کیفیت مراقبت ارائه شده را دستخوش تغییر قرار می دهد. بیشتر خطاهای پزشکی صدمات کمی به انسان می زنند، ولی بعضی از آنها منجر به زیان های جبران ناپذیر و عواقب سنگینی می شوند.

خطاهای پزشکی یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار در کیفیت مراقبت می باشد که همچنین پیامدهای بالینی و اقتصادی چشمگیری دارند. خطاهای پزشکی تهدیدی برای رفاه و سلامتی بیمار بوده و نبایستی اتفاق بیافتد. این واقعه نباید تکرار شود. چنین موردی کیفیت مراقبت ارائه شده را دستخوش تغییر قرار می دهد. بیشتر خطاهای پزشکی صدمات کمی به انسان می زنند، ولی بعضی از آنها منجر به زیان های جبران ناپذیر و عواقب سنگینی می شوند.

در قرن ۲۰ این اعتقاد وجود داشت که خطاهایی که منجر به آسیب میشدند به علت انجام یک کار بدون دلیل، فقط توسط یک فرد بود و اغلب اوقات کسی که مرتکب خطا میشد به عنوان فردی بیانگیزه، کم سواد و بدون حس دلسوزی مطرح میشد و گاهی ارتکاب خطای وی به علت فساد اخلاقی و نداشتن وجدان کاری مورد توجه قرار میگرفت. ولی این باور طی دهه های اخیر تغییر یافته است زیرا نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد با انگیزه، با سواد و دلسوز نیز مرتکب خطا میشوند. در تحقیقات اخیر در مورد خطاهای پزشکی متوجه شدند که اغلب خطاها به علت نقص سیستم ساختاری رخ میدهد مثلاً برای اینکه یک عمل جراحی اشتباه انجام شود افراد بسیاری باید مرتکب خطا شوند تا اینکه یک حادثه اتفاق بیفتد و این بسیار ناگوار است که پزشک جراح تنها مقصر این عمل اشتباه شناخته شود در حالیکه بیمار قبل از معاینه جراح

برای عمل آماده شده است. فرض کنید پزشکی خطی بسیار ناخوانا دارد و لذا پرستاران برای فهمیدن نسخه پزشک مجبورند مرتب دور هم جمع شوند تا موفق به خواندن دست خط ناخوانای پزشک شوند و تا کنون کسی جرأت تذکر به پزشک را نیافته است که همین امر موجب میشود در آیندهای دور یا نزدیک به یک بیمار آسیب وارد شود. مهمترین نتیجه پی بردن به آسیبهایی که در نتیجه خطا و به علت نقص سیستم بروز میکنند این است که بار خطاها از دوش یک فرد برداشته شده و کل مجموعه هنگام بروز خطا مقصر شناخته میشوند.

یکی از روشهای اصلی افزایش ایمنی بیمار، استفاده از سیستم گزارش دهی و فراهم کردن امکانات برای آنالیز و پیشگیری از بروز خطاهاست. وظیفه اخلاقی تمام کارکنان سیستم بهداشتی و درمانی ایجاب می کند که خطاها را برای ارتقای ایمنی بیمار گزارش کنند لذا گزارش خطاهای حرفه ای برای ارتقای امنیت بیمار، امر اساسی و یک فعالیت ضروری محسوب می شود چرا که از طریق گزارش خطا، می توان انواع خطاها را با افراد دست اندکار مراقب سلامت در میان گذاشت و شیوه پیشگیری از وقوع مجدد آنها را آموزش داد. طبق قوانین اخلاق پزشکی، خطای رخ داده باید بطور صادقانه و درست، آشکار بیان شود. طبق بند ۱۲ و ۴ قانون اخلاق پزشکی انجمن پزشکی امریکا بیش از ۲۰ سال است که این انجمن متعهد شده، تا تمام بیماران را از تصمیمات اشتباهی که وضعیت سلامت آنها را به خطر میاندازد، در امان دارد و در صورت بروز خطا آنها را آگاه سازد.

تعریف خطا

تعریف خطا عبارتست از اخلال در کامل کردن یک روند برنامه ریزی شده به نحوی که اقدامات مورد نظر، بر اساس آن برنامه پیش نرود و یا کاربرد یک برنامه ی اشتباه در راه رسیدن به یک هدف مشخص. خطاهای پزشکی، قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا تعریف می شود که بطور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود در واقع خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ میدهد و می توانند منجر به آسیب به بیمار شود، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی ، اشتباه در استفاده از فنآوری و تجهیزات ، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می باشند.

مفهوم اتفاق ناخواسته و خطاهای پزشکی

اتفاق ناخواسته پزشکی یا adverse event به اتفاقاتی گفته می شود که غیرقابل پیش بینی بوده، به نحوی توسط بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب یا صدمه به بیمار می گردد. این اتفاقات ممکن است غیر قابل پیشگیری یا قابل پیشگیری باشند که به اتفاقات قابل پیشگیری خطاهای پزشکی می گویند.

قصور پزشکی مترادف غفلت و خطایی است که از روی سهو سرزند و در مقابل تقصیر است که به خطای عمدی گفته می شود.

قصور پزشکی به ۴ دسته تقسیم می شود :

بی مبالاتی، بی احتیاطی، نداشتن مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی .

بی احتیاطی :

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 سهل انگاری انجام می یابد و ناشی از عدم توجه کافی است .

تعریف بی مبالاتی:

این تعریف معادل omission در بحث خطاهای پزشکی است و به معنی عملی است که باید انجام می گرفت ولی در اثر غفلت انجام نمی یاب.

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 نامه های نظام پزشکی و دستورالعملهای وزارت بهداشت و بخشنامه های 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.

بررسی آمار خطاهای پزشکی در ایران و سایر کشورهای دنیا

براساس آخرین آمار منتشره، اشتباهات پزشکی در جهان هشتمین علت مرگ پس از تصادفات، سرطان، ایذر و... است. ۲۰ درصد این مرگها ناشی از نوشتن نسخه ی غلط و تجویز نامناسب دارو است. برخی از این مرگها ناشی از اشتباهات جراحی است که ۷۵ درصد آن به علت محل عمل نادرست، ۱۳ درصد ناشی از انتخاب نادرست بیمار و ۱۱ درصد به دلیل مسیر درمان اشتباه است. ۱۹ درصد این اشتباهات در موارد اورژانس، ۱۶ درصد در بیماران با مشکلات فیزیکی و ۱۳ درصد در جراحی های پیچیده رخ می دهد. در استرالیا خطاهای پزشکی عامل ۱۸۰۰۰ مرگ غیر ضروری بودند و بیش از ۵۰۰۰۰ بیمار هرساله در اثر خطاهای پزشکی در این کشور دچار ناتوانی شده اند. طبق اعلام رسمی موسسه ی Starfield و موسسه ی پزشکی آمریکا (IOM (Institute of Medicine) خطاهای پزشکی در بیمارستان ها و موسسات مراقبت سلامت ایالت متحده، سومین علت شایع مرگ بوده و سالانه نزدیک به ۹۸۰۰۰ نفر مرگ و میر در اثر این گونه خطاها رخ می دهد.

براساس مطالعه ای که در سال ۱۹۹۷ در کشور آمریکا انجام گرفت از میان ۳۳,۶ میلیون موارد بستری بیماران در بیمارستانهای کشور آمریکا در همان سال، بین ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مورد فوت بیماران در اثر وقوع خطاهای پزشکی اتفاق افتاده است؛ این تعداد بیش از مرگ و میر سالیانه کشور آمریکا در اثر تصادفات وسایل نقلیه که شامل ۴۳,۵۵۸ مورد یا کانسر پستان با ۴۲,۲۹۷ مورد و یا ایذر با ۱۶,۵۱۶ مورد در همان سال را می باشد.

به هر حال امروزه شکایت از پزشک به عنوان یکی از مهم ترین عوامل تنش زا در حیات حرفه ای پزشکان مطرح بوده و عدم توجه به عوامل بروز آن هم اثرات نامطلوبی در کیفیت خدمات ارائه شده از سوی پزشک در پی دارد و هم نظام سلامت را به طور غیر مستقیم تحت تاثیر قرار می دهد. گزارش های بین المللی درباره ی فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متاسفانه با وجود پیشرفتهای قابل ملاحظه ی علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه ی خدمات تشخیصی و درمانی، میزان شکایات سیر صعودی داشته است.

نگاهی گذرا به آمار و کیفیت پرونده های جرایم پزشکی نشان می دهد که یکی از علل اصلی که در افزایش میزان این شکایات ها موثر است، عدم آگاهی صاحبان حرف پزشکی از مسایل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه ی پزشکی و مسوولیت پزشکان در قبال بیماران است. در سال ۱۹۷۰ در آمریکا حدود ۳ تا ۴ درصد از پزشکان مورد شکایت واقع شده اند که این رقم در سال ۱۹۸۰ به ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰ به ۲۵ درصد رسیده است. در سال ۱۹۷۸ در انگلستان هزار شکایت از شش میلیون بیمار بستری و نوزده میلیون بیمار سرپایی ثبت شده است. تعداد شکایت از پزشکان در مراجع قضایی ایتالیا سالیانه به ۱۵۰۰۰ مورد می رسد و همچنین بیمارستانها سالیانه ۱۵,۵ میلیون دلار برای جبران خسارت به بیماران غرامت می پردازند.

خطاهای پزشکی در ایران

بر اساس آمار موجود خطاهای دارویی شایع ترین نوع خطاهای پزشکی در کشور محسوب می شوند. خطاهای دارویی هنگام نسخه پیچیدن یا تجویز دارو به وسیله پزشک در بسیاری از موانع، مشکلات جدی و خطرناکی برای بیماران ایجاد می کنند. بر اساس یافته های تحقیقاتی، بیشترین خطاهای دارویی در بیمارستان توسط پرستاران هنگام تجویز دارو به بیماران صورت می گیرند. در سال ۸۵ حدود ۵ هزار شکایت به سازمان نظام پزشکی و حدود ۷ هزار شکایت به سازمان پزشکی قانونی ارائه شد. در این میان تنها ۲۰ مورد تخلف جدی از سوی پزشکان شناسایی شد. ۲۰ مورد این خطاها در پی اشتباه پزشک در انجام اقدامات تکنیکی و عدم انجام مراحل ضروری بوده که به جان بیمار آسیب وارد کرده یا موجب معلولیت وی شده است. بنابر آمار موجود، اولویت اول این شکایات مربوط به پزشکان ارتوپدی است. پزشکان مغز و اعصاب، زنان و زایمان و پزشکان عمومی در رتبه های بعدی شکایات قرار دارند. بر اساس آمار و ارقام دادسرای رسیدگی به جرایم پزشکی، بیشترین حجم پرونده ها در سال ۸۶ مربوط به عمل های زیبایی بوده که در بسیاری موارد علاوه بر صدمات شدید بدنی، به مرگ متقاضی منجر شده بود.

تعداد مرگ و میر های مربوطه به جراحی زیبایی ۶ نفر در سال اعلام شده اما آمار غیررسمی گویای آن است که در سال نزدیک به ۱۲۰ نفر قربانی عمل زیبایی می شوند که علت آن را علاوه بر موارد معمول در

خطا به فقدان امکانات پزشکی در محل های عمل جراحی و نوع ماده بیهوشی مورد استفاده می دانند. بر اساس شواهد موجود، کشور ما در حوزه روش های ثبت و پیگیری و رسیدگی به تخلفات پزشکی به مقدار زیادی از استانداردهای جهانی عقب تر است و این در حالی است که مطابق برخی برآوردهای غیررسمی اما مستند، هر هفته یک زن قربانی عمل اشتباهات شایع در برخی جراحی های زیبایی می شود. در شرایط فقدان چنین نگرش نظام مندی به خطاهای پزشکی است که در علت یابی خطاهای پزشکی، در حال حاضر بیشترین خطاهای پزشکی در ایران مربوط به جراحی های زیبایی گزارش می شود.

آشنایی با موادی از قانون مجازات اسلامی در خصوص قصور پزشکی

تبصره ۳ ماده ۲۹۵ :

هرگاه بر اثر بی احتیاطی یا بی مبالاتی 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، حادثه ای اتفاق نمی افتاد، قتل و یا ضرب و جرح در حکم شبه عمد خواهد بود .

ماده ۶۱۶ :

در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی احتیاطی یا بی موالاتی 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 می توان گفت که قصور پزشکی جرم شبه عمد است .

در ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی آورده شده است:

چنانچه طبیب پیش از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل کرده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد، طبیب ضامن است.

با وجود این، بسیاری از حقوقدانان معتقدند چنانچه پزشک در تشخیص بیماری دچار اشتباه شود، خطای شغلی برای وی محرز است و اساسا خطای وی در معالجه یا عمل جراحی، خود نوعی از خطاست و به نظر می رسد چنانچه پزشک متبحر و حاذقی به دلیل سهل انگاری، بی احتیاطی، بی مبالاتی و رعایت نکردن نظامات دولتی مرتکب خطای پزشکی شود و به بیمار صدمه ای بزند، ضامن است؛ حتی اگر اعمال وی با اجازه بیمار یا ولی او باشد .

چنانچه پزشک مهارت و دقت متعارف و معمول را در رشته خود به خدمت گرفته باشد، مرهون اجر و پاداش است. حتی اگر در مداوای بیمار موفق نشود.

انواع خطاها

این تقسیم بندی در کشورهای مختلف متفاوت است و کلا طبقه بندی های مختلف وجود دارد ولی هدف از طبقه بندی دستیابی به شرح و توضیح و شناسائی کامل خطاست. لذا براساس Classification Quality interagency coordination Task force (QUIC) ، ۵ طرح Schemes طبقه بندی وجود دارد :

۱- براساس نوع مراقبت سلامتی ارائه شده (داروئی، جراحی ، تصویربرداری و.....)

۲- براساس شدت جراحت (خفیف ، جدی، مرگ ، ...)

۳- براساس تعاریف حقوقی و قانونی (قصور و بی دقتی، درمان های غلط، ...)

۴- براساس محل وقوع خطا (بیمارستان ، اورژانس ، ICU ، ...)

۵- براساس اشخاص درگیر (پزشک ، پرستار ، داروساز ، بیمار، ...)

در طبقه بندی انواع خطاهای پزشکی می توان به طبقه بندی های زیر نیز اشاره کرد: در این دسته بندی، خطاها به دو دسته فعال ۲ و پنهان ۳ تقسیم می گردد. خطای فعال خطایی است که در نتیجه تقابل میان انسان با نظام سلامت پدید می آید. در حقیقت، این نوع خطا در خط مقدم جبهه ارائه خدمات به بیماران اتفاق می افتد و در این موقعیت، خطا به دنبال تعاملات متقابل کارکنان با نظام است که هر جا این تعاملات به خوبی تعریف نشده باشد به صورت خطاهای انسانی آشکار به عرصه ظهور می رسد. از این خطاها معمولا به عنوان خطای انسانی نام برده می شود. اما خطاهای پنهان آن دسته از خطاهاست که پیامدهای تاخیری و دیررس اشکالات در طراحی تکنیکال، برنامه ریزی و یا تصمیمات سازمانی و فرهنگ سازمانی هستند. در دسته بندی دیگری که مبنای آن، ارایه خدمات در نظام سلامت است، خطاها به چند گروه تقسیم شده اند که عبارتند از:

خطاهای تشخیص:

Active ^۲

Latent ^۳

(تاخیر یا خطا در تشخیص - ناتوانی در اجرای آزمونهای تشخیصی مورد نیاز - کاربرد روشهای تشخیصی یا درمانی قدیمی و از کار افتاده - ناتوانی در اقدام بر اساس نتایج به دست آمده از بررسی های بالینی یا پایشهای بالینی)

خطاهای درمان:

(خطا در اجرایی کردن یک اقدام، پروسیجر یا آزمون بالینی - خطا در انجام درمان - خطا در دوز یا مدت کاربرد یک دارو - تاخیر قابل اجتناب در درمان بیمار و یا در واکنش دادن نسبت به یک آزمون غیر طبیعی - ارایه مراقبتهای نامناسب (بدون اندیکاسیون))

خطاهای پیشگیری:

(نقص در ارایه درمان پروفیلاکسی - پایش ناکافی و یا پیگیری ناکافی در درمان)

سایر موارد (نقص در ارتباطات - نقصان تجهیزات و وسایل - سایر نقایض در نظام)

رویکرد دیگر در تقسیم بندی خطاهای پزشکی، مبتنی بر سیستمی هست که نقش گزارش دهی را در نظام گزارش دهی ۴ برعهده دارد. کاربرد این روش تقسیم بندی، بیش از همه در جهت عملیاتی کردن نظامهای گزارش دهی خطا است. براین مبنا، تقسیم بندی خطاهای پزشکی بدین قرار است:

خطاهای عمده (وقایع ناگوار مهم) ۵:

عبارتست از خطای که متعاقب آن، مرگ، یا آسیب بیمار و یا اختلال در عملکرد او پدید آورده باشد. این خطا جزو آن دسته از خطاهاست که اعلان گزارش آن، در قالب نظام گزارش دهی خطا، اجباری است.

۱- وقایع بدون عارضه ۶: وقایعی است که میتواند بالقوه زیان رسان باشد ولی منجر به هیچگونه زیان واقعی نشده است. این امر، میتواند به دلیل جبران فیزیولوژیک بدن بیمار و یا رفع خطا بطور اتفاقی باشد. این نوع

Reporting System ^۴

Misadventures , Sentinel events , Major events ^۵

No Harm event ^۶

خطا، از آن گروهی است که گزارش در آن غیر اجباری است؛ اما، این نوع خطا فرصت بالقوه خوبی برای شناسایی و رفع عیوب نظام است.

۲- موارد نزدیک به خطا (لغزش ها) ۷: مواردی است که خطا، به موقع شناسایی و سپس اصلاح گردیده است. این تشخیص و سپس اصلاح فعل خطا ممکن است اتفاقی و یا همراه با برنامه ریزی های قبلی باشد؛ ولی بهر حال هیچگونه عارضه و یا آسیب یا صدمه ای بیمار را تهدید نکرده است و حتی احتمال بالقوه آسیب دیدن به بیمار نیز از بین رفته است.

نحوه طبقه بندی دیگر خطاها از نظر علت پایه می باشد شامل:

۱. خطای انسانی Human Error

اگر فعالیت یا تصمیم اشخاص باعث ایجاد حادثه شود و یا بشکل مستقیم و فوری در سلامتی بیمار تاثیر گذار است.

۲. خطای علمی knowledge-based

وقوع اشتباهات در موقعیت های جدید که اشخاص هیچگونه سابقه قبلی آموزش یا نقشی در آن نداشته اند و یا بعلت عدم یا کمبود تجربه کافی، شخص عملکرد ناقص داشته که منجر به خطا می شود

۳. خطای قوانین: Role-based

✓ اگر اشخاص در مواجهه با مشکل مشابه، راه حل های مشابه اشتباه قبلی را اجرا کنند

✓ اعمال مقررات و دستورالعملهای اشتباه

۴. خطای مهارت: Skill-base

✓ انحراف و تخلف غیر معمولی در اجرای یک برنامه کامل و خوب

✓ وقتی اتفاق می افتد که پرسنل فکر می کند که پروتکل اصلی در این وضعیت پاسخگو نبوده و لذا از مهارت خود در کار استفاده می کند.

سایر روشهای طبقه بندی خطاها شامل:

۱. خطای حاصل از انجام اشتباه یک دستور یا اقدام Error of commision

(تجویز پنی سیلین برای بیماری با سابقه آلرژی)

۲. خطای حاصل از عدم انجام یک دستور یا اقدام صحیح Error of omision

• عدم تجویز یک آنتی بیوتیک مناسب جهت بیمار

• تجویز ناکافی هپارین (پروفیلاکسی ترومبوآمبولی وریدی) بعد از عمل جراحی (Hip

Replacement)

معمولا تشخیص خطاهای omision مشکل تر از نوع commision می باشد ولی مشکل بیشتری ایجاد می کند و تعداد بیشتری از خطاها را دربر می گیرد.

انواع خطاهای دارویی

✓ تجویز غلط دارو

اولین گام ارتکاب خطا، اشتباه پزشک در تشخیص بیماری یا تجویز داروی مناسب است. در میان گزارش های ارسالی به مرکز ADR ایران، تجویز آمپول دیکلوفناک در مواردی مانند درد اپی گاستر یا در کودکان زیر ۱۳ سال مشاهده می گردد که به عنوان اشتباه در نسخه نویسی طبقه بندی می شود.

✓ تجویز دوز نامناسب دارو

دریافت بیش از حد یا کمتر از مقدار معین شده دارو. خانم ۷۰ ساله برای دریافت اسپرین به داروخانه مراجعه کرده و داروی خود را در پاکت تبلیغاتی کلسیم دریافت کرده و از طرفی روزانه اسپرین هم جداگانه مصرف می کرده

✓ زمان و دفعات نامناسب مصرف

این اشتباه زمانی اتفاق افتاده است که :

الف : ظرف ۶۰ دقیقه پس از تجویز دارو، دارو برای بیمار تهیه ولی به مصرف نرسیده باشد .

ب : از نظر زمانی، تداخل دارو با وعده‌های غذایی بیمار رعایت نشده باشد.

✓ تجویز شکل دارویی نامناسب

این اشتباه زمانی رخ می‌دهد که راه مصرف درست انتخاب شده ولی شکل دارویی به اشتباه تحویل و برای بیمار استفاده شود پرسنل داروخانه به جای قرص پنتوپرازول ویال پنتوپرازول تحویل بخش دادند.

✓ دستور غلط برای آماده سازی دارو

به عنوان مثال می‌توان به رقیق کردن نادرست داروها، عدم رعایت استریلیتی، مصرف سوسپانسیون‌ها بدون تکان دادن آنها، عدم حفاظت داروازنور، ناسازگاری های فیزیکی و شیمیایی و عدم تمیز کردن درپوش ویال‌ها با الکل قبل از ورود نیدل به آنها اشاره کرد . در میان گزارش های مرکز ADR مواردی مانند رقیق سازی سفتریاکسون با سرم رینگر که منجر به رسوب دارو می شود به چشم می خورد.

✓ خطا در پایش دارو- درمانی

تمامی خطاهای که درارتباط با پایش یک دارو درحین ویا پس از مصرف دارو توسط کادرپزشکی رخ می‌دهد . به عنوان مثال عدم اندازه گیری غلظت سرمی یک دارو یا عدم ارزیابی تاثیر یک داروبرکراتینین یا عملکرد آنزیمهای کبدی بعضی داروها مانند سایمتیدین می‌توانند علی‌رغم وجود عملکرد نرمال کلیه، باعث کاهش ترشح توبولی و افزایش کراتینین سرم شوند.

✓ تجویز دو یا چند دارو که با هم تداخلات مهم و خطرناکی دارند

✓ از قلم افتادن یک داروی مهم و حیاتی در تجویز پزشک

تحلیل خطاهای پزشکی

خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد:

الف) دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی به خطا (Person Approach)

به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است. رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطا کار) کاملاً مشخص است. در این دیدگاه، تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است، بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیماران تنها کسی که مؤاخذه می شود، پرستار خواهد بود. برای بهبود عملکرد افراد از روش هایی ذیل برای فرد خطا کار، استفاده می شود: آموزش اجباری، هشدار، وضع قوانین و مقررات و تعیین مجازات.

استفاده از رویکرد فردی دارای مشکلات متعددی می باشد از جمله: این واقعیت که مراقبت سلامت ارائه شده نه توسط یک فرد (پزشک، پرستار و ...) بلکه توسط گروهی از افراد و در یک نظام مراقبت سلامت پیچیده صورت می گیرد، نادیده گرفته می شود. همچنین در این رویکرد، تنها یک بررسی ساده بر روی الگوی خطاهای پیش آمده، مؤید این مطلب است که می توان با ارزیابی خطاهای موجود در نظام سلامت، راهبردهای مؤثرتری جهت کاهش میزان خطا و ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت ارائه داد. اغلب اینطور تصور می شود که با سرزنش و توبیخ فرد خاطی و در نهایت با کنار گذاشتن وی، دیگر اشتباهی رخ نمی دهد. در حالیکه این گونه نبوده و همان خطا بارها تکرار خواهد شد. زیرا خطاهای صورت گرفته، متأثر از چندین عامل می باشند و سرزنش افراد خاطی و حتی کنار گذاشتن آنان، هیچگونه تغییری در این عوامل نمی دهد.

ب) دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی به خطا (System Approach)

در یک سیستم علاوه بر افراد، عوامل متعددی وجود دارند که بر یکدیگر تأثیر می گذارند. طبق تعریف، سیستم مجموعه ای از عناصر مستقل است که برای رسیدن به یک هدف مشترک با یکدیگر تعامل دارند.

این عناصر می توانند انسانی و یا غیر انسانی (تجهیزات، تکنولوژی، زیر ساخت ها و ...) باشند. در این میان انسان به عنوان جزئی از یک سیستم، معمولاً در آخرین سطح چرخه قرار گرفته و در واقع عملکرد نهایی سیستم است، نه علت ریشه ای خطا. بدین ترتیب، تا هنگامی که علل ریشه ای خطا شناسایی نشده و بر طرف نشوند، آن خطا مکرراً توسط یک فرد خاص و یا هر فرد دیگری که جایگزین وی شود، تکرار خواهد شد.

در رویکرد سیستمی به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود. بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود. برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت. درون هر سیستم، نواقص متعددی وجود دارد ولی این نواقص همیشه منجر به بروز خطا نمی شوند. بلکه خطا تنها زمانی روی می دهد که: نقص های موجود در قسمت های مختلف سیستم، به صورت پیش بینی نشده و هم زمان با یکدیگر رخ دهند و زنجیره ای از این نواقص منجر به پیدایش یک حادثه شوند.

در این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند:

نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا

نحوه مدیریت خطا

در واقع، حوادث بزرگ غالباً نتیجه تجمع زنجیره ای از نواقص کوچک ولی متعدد موجود در سیستم می باشند که توانسته اند از سدهای دفاعی و تمهیدات امنیتی در نظر گرفته شده، عبور نمایند. توالی رویدادهای فوق را که بیانگر اثر تجمعی نواقص موجود در سیستم (نقص در عوامل سازمانی، تکنیکی و انسانی) در ایجاد انواع خطا می باشد به مدل پنیر سوئیسی تشبیه کرده اند.

مدل پنیر سوئیسی

این مدل نشان می دهد چگونه تجزیه و تحلیل وقایع بزرگ و مهم و نارسائی های سیستم های فاجعه بار و مصیبت زا باعث آشکارشدن نارسائی های متعدد کوچکتر منجر به خطرات واقعی در سیستم می شود . هرلایه از این پنیر نماینده ای از یک احتیاط و مانع ایمنی وابسته به موارد ذیل است :

۱- مرور سوابق پزشکی

۲- چک کردن پروتکل درمانی (محل علامت گذاری شده عمل جراحی در اتاق عمل)

در این مدل، هیچ سد و مانع منفردی به تنهایی موفق نیست همچنین هر کدام از آنها منافذ و سوراخهائی (نقصهائی) دارند . جهت برخی وقایع جدی (عمل جراحی روی محل اشتباه یا افراد اشتباه) این منافذ بشکل غیر معمول و نادر به یک خط و در یک ردیف قرار می گیرند . براساس این مدل، هرلایه بشکل مستقل عمل می کند (با مهار یکی از لایه ها مانع از ایجاد حادثه میشویم) برای مثال در موقعیت اورژانسی تمام مراحل شناسائی بیمار و موضع عمل توسط جراح و کادر پزشکی ممکن است دچار اختلال شده و یا دور زده شود :

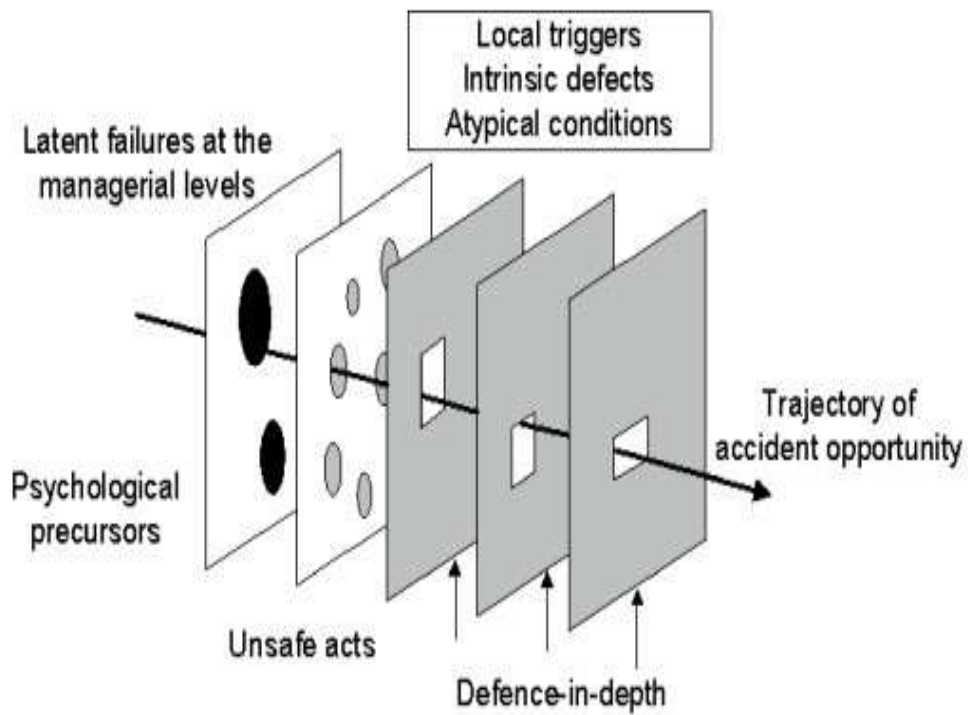
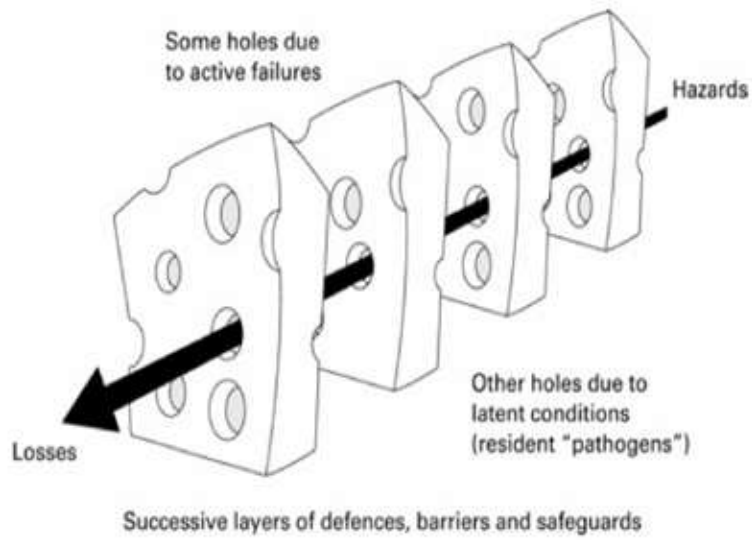
۱- جراح برای اولین بار بیمار را در اتاق عمل ملاقات می کند .

۲- عجله تکنسین رادیولوژی ممکن است باعث علامتگذاری اشتباه فیلم رادیولوژی شود .

۳- آویزان کردن اشتباه و برعکس فیلم رادیولوژی وعدم توجه جراح (عجله) Hang it Backward

۴- علامت نزدن محل عمل جراحی از قبل (خصوصاً در بیمار غیر هوشیار)

۵- یا علامت گذاری اشتباه محل جراحی



تحلیل علل ریشه ای خطاهای پزشکی

Root Cause Analysis

تحلیل علل ریشه ای خطاهای پزشکی فرآیندی است که طی آن عوامل اصلی که منجر به وقوع یک رخداد هشدار دهنده یا حادثه ای ناگوار (اعم از مرگ، واکنش دارویی و ...) شده اند، شناسایی می شوند. در این تحلیل به جای پرداختن به عملکرد افراد، در درجه اول بر سیستم ها و فرآیندهای موجود در آنها تأکید می شود. بدین صورت که از برخی علل خاص در فرآیندهای بالینی که منجر به ایجاد خطا شده اند به سوی علل مشترک در فرآیندهای سازمانی پیش رفته، اصلاحات بالقوه در این فرآیندها و سیستم ها را که می توان برای کاهش احتمال چنین خطاهایی در آینده اعمال نمود، شناسایی می کند. تحلیل علل ریشه ای خطا تکنیکی است که به ما اجازه می دهد تا علل اصلی یا اولیه خطاهای پزشکی را پیدا کنیم با حذف و اصلاح آنها، احتمال وقوع مجدد خطا را کاهش دهیم. با کمک این تکنیک می توان عواملی را که بیمار را در معرض خطر قرار می دهند، شناسایی کرد. این عوامل را می توان در سه گروه عوامل سازمانی، عوامل تکنیکی و عوامل انسانی طبقه بندی کرد.

الف) عوامل سازمانی

در بخش های مختلف یک سازمان، عوامل متعددی را می توان یافت که به عنوان علل ریشه ای در ایجاد خطا نقش دارند. این مشکلات را می توان در هر یک از اجزای سازمان مانند: استانداردها، روش های اجرایی، تصمیمات و اولویت های سازمانی، فرهنگ سازمانی و نحوه انتقال دانش به کارکنان جستجو کرد.

ب) عوامل تکنیکی

اجزای فیزیکی یک سیستم مانند: تجهیزات و تأسیسات به کار رفته در سیستم، نرم افزارهای مورد استفاده، مواد مورد نیاز و حتی بر چسب روی وسایل، به عنوان عوامل تکنیکی می توانند در ایجاد خطا مؤثر باشند.

ج) عوامل انسانی

پژوهشگران، مشخص نمودن عوامل انسانی ایجاد کننده خطا را مستلزم مطالعه بر روی تعاملات موجود میان انسان ها با ابزار و لوازم مورد استفاده ایشان و با محیطی که در آن به کار و فعالیت مشغولند، می دانند. روان شناسان شناختی Cognitive پس از سالها مطالعه بر روی این موضوع که انسان ها چرا و چگونه خطا می کنند، تئوری شناختی را مطرح کردند. در این تئوری برای عملکرد ذهنی انسان، دو جنبه اصلی در نظر گرفته می شود. جنبه خودکار Automatic و جنبه حل مسأله ای Solving Problem.

مدیریت خطاهای پزشکی نیز از دو جنبه قابل مطالعه، تحلیل و مداخله می باشد. اول از دیدگاه فرایندی که در این دیدگاه، شناخت خطا، تحلیل ریشه ای و طراحی و اجرای مداخلات مدنظر قرار گرفته و این بعد بیشتر از مدل اطفای حریق استفاده می کند. رویکرد دوم نگاه پیشگیرانه داشته و نسبت به تحلیل سیستم اقدام و تمام گلوگاه های خطا شناسایی و نسبت به طراحی سیستمهای پیشگیرانه اقدام می کند. این سیستم معمولا از مدل ارزیابی پرونده های مجازی استفاده می کند که از طریق طراحی فرآیندهای خدمت و شناسایی خطر و خطا پذیری و تحلیل نوع خطای محتمل، سیستم های تضمین کیفیت و زنگ خطر را فعال می سازد.

علل خطاهای پزشکی

علل بسیار پیچیده بوده و هنوز کاملاً شناخته نشده است ولی برخی از آنها شامل :

- ۱- خطاهای ارتباطی (عدم ارتباط زبانی ، دست خط های بد ، اسامی مشابه)
- ۲- افزایش مراقبت های تخصصی Specialization و بی نظم و گسیخته Fragmentation: هر چه تعداد افراد درگیر در مراقبت درمانی بیشتر باشد و خدمات قسمت ها و به تکه های کوچکتری تقسیم شده باشد احتمال خطا بیشتر است و احتمال اینکه بخشی از خدمات انجام نشود خیلی زیاد است .
- ۳- خطاهای ناشی از فعالیت های زیاد و افزایش شیفت کاری over work و خستگی زیاد burnout
- ۴- خطاهای ناشی از محصولات تولیدی مثلاً (علامت های اشتباه بر روی تولیدات خونی)
- ۵ - نارسائی های تجهیزات مثلاً اختلال عملکرد سوپاپ و دریچه پمپ Intravenous Pump) افزایش میزان دریافت دارو در زمان کم)
- ۶- خطاهای تشخیصی : باعث تجویز اشتباه دارو و درمان نامناسب می شود . خواندن اشتباه گرافی ها باعث اعمال جراحی غلط در موضع اشتباه می شود .
- ۷- تسهیلات و ساختمان های با طرح های ضعیف : مسیرهای عبور و مرور که دارای گردش با زاویه تند و یا شیب زیاد می باشد باعث افتادن و تصادف بین مردم و بیماران ویلچری شده و باعث افزایش تعداد جراحی میشود .
۸. عملکرد پزشکان و پرستاران بدون تجربه: احتمال بروز خطا در عملکرد پزشکان و پرستاران مجرب و با سابقه به طور کلی بسار کمتر می باشد و افراد تازه کار و دانشجویان رشته های بالینی، در صدد انجام خطاهای پزشکی و دارویی می باشند.
۹. پروتکل های جدید: مسلط نبود افراد تازه کار در زمینه پروتکل های درمانی می تواند یکی از عواملی بروز خطاهای درمانی باشد در این راستا آموزش های ضمن خدمت و دوره های بازآموزی می تواند کمک کننده باشد.
۱۰. افزایش سن: مسلماً با افزایش سن میزان دقت و توانایی فرد در ارائه خدمات دقیق و حساس پزشکی و پرستاری خواهش خواهد یافت.
۱۱. مراقبت های درمانی پیچیده (تکنولوژی های پیچیده ، داروهای بسیار قوی و وسیع الطیف ، مراقبت های ویژه و اقامت های طولانی مدت در بیمارستان)

۱۲. مراقبت های درمانی ویژه و فوری: در مواردی که نیاز به ارائه خدمات ویژه و فوری ضرورت می یابد عواملی مثل زمان کوتاه برای ارایه خدمت، استرس موقعیتهای اورژانسی می تواند بروز خطاهای پزشکی و پرستاری را افزایش دهد.

راهکار های کاهش و جلوگیری از بروز خطاهای پزشکی

به منظور کاهش خطاهای پزشکی، مجموعه ی مقالات و پژوهش ها، دو نوع فناوری مهم را برای کاهش و جلوگیری از خطاهای پزشکی به ویژه خطاهای دارویی معرفی کرده اند.

الف) ثبت کامپیوتری دستورات پزشکان و ارائه دهندگان خدمات سلامت (COPE)

(Computerized physician/ provider order entry)

روشی است که پزشکان دستورات خود را به صورت آنلاین در آن می نویسند و در واقع یک سیستم کامپیوتر محور با امکان متنوع می باشد که با روش رایج ماشینی کردن، فرایند تجویز دارو را توزیع و تقسیم نموده و باعث ایجاد دستورات خوانا، استاندارد و کامل می شود. این روش بیشترین تاثیر را در کاهش مشکلات دارویی داشته است به طوری که تا ۸۳ درصد خطاها کاهش یافته است. این روش باعث بهبود دستوردهی با تضمین دستورات خوانا، واضح و کامل گردیده و دارای قابلیت همکاری پزشک در زمان دستوردهی با پیشنهاد دوزها و توالی مناسب داروها، نشان دادن اطلاعات آزمایشگاهی و انتخاب و تمایز دستورات برای آلرژی ها و داروها و مداخلات آزمایشگاهی می باشد.

اهم مزایای ثبت کامپیوتری دستورات پزشکان و ارائه دهندگان خدمات سلامت عبارتند از:

- یادآوری ها باعث افزایش میزان نظم و ترتیب در مصرف آسپرین پیشگیری کننده برای بیماران عروق کرونری، واکسن انفلوانزا و هپارین زیرپوستی است.
- دو برابر شدن کیفیت پایش سطوح برچسب داروها
- کاهش مصرف بی رویه ی انتی بیوتیکها، خارج از دستور و تشخیص پزشک
- ساماندهی تستهای رادیولوژی و آزمایشگاهی
- استفاده ی مطمئن از داروها با پیشنهاد دوزهای خاص برای هر بیمار، یادآوری هایی به پایش سطوح دارو، کنترل آلرژی دارو و مداخلات دارویی، افزایش خوانایی، ارتباط با بخش های مربوط،

اعم از پرستاری، رادیولوژی، آزمایشگاه، تغذیه و داروخانه و دسترسی آسان به وضعیت بیمار و
رفرانس دارویی.

- کاهش متوسط اقامت بیمار از ۱۲/۹ روز به ۱۰ روز در بخش مراقبتهای ویژه
- کاهش ۱۲/۷ درصد هزینه ها در بیماران بستری
- یاری رساندن به پزشک در طرح رژیم درمانی مناسب
- تمام دستورات ضابطه مند شده و مقدار تجویز شده دارو، مسیر و دفعات تکرار مصرف دارو مشخص می شود.
- دستورات خوانا بوده و دستور دهنده در تمام موارد قابل شناسایی است
- اطلاعات در هر مرحله که باشد، به صادر کننده دستور ارائه می شود.
- تمام دستورات برای هرگونه عارضه و بیماری کنترل می شوند، مواردی از قبیل آلرژی ها، مداخلات دارویی، مقدارهای بالای تجویز شده دارو و عوارض دارویی

(ب) سیستم پشتیبان تصمیم گیری بالینی (CDSS)

(Clinical decision support system)

تقریباً نیمی از خطاهای پزشکی به اطلاعات ناقص در مورد بیماران و داروها مربوط می باشد. این سیستم حمایت از تصمیم بالینی، برای بیماران یا پزشکان و اطلاعات مربوط به بیمار را فراهم می کند. اطلاعات به صورت هوشمندانه ای انتخاب شده و در زمان های مناسب نمایش داده می شوند به نحوی که با اجرای پرونده ی کامپیوتری بیمار و هم با انبوهی از داده های دقیق و کامل ادغام و یک پارچه می شود. افزایش کیفی عملکرد موسسات مراقبت سلامت به وسیله ی سیستم های تصمیم گیری بالینی کامپیوتر محور، نتیجه ی استفاده ی رایج و معمول فن آوری اطلاعات در حوزه ی سلامت می باشد که اگر به نحو مناسبی

به کار گرفته شوند مزایای عمده ای مثل برنامه ریزی بهتر، کاهش هزینه ها، کاهش خطاهای پزشکی و افزایش کیفی خدمات را نصیب سازمان می نماید.

اهم مزایای سیستم پشتیبان تصمیم گیری بالینی عبارتند از:

- حدود ۵۵ درصد از خطاهای دارویی شدید و ۸۳ درصد از کل خطاهای دارویی با استفاده از CDSS کاهش می یابد.
- بهبود اثرات عوارض جانبی داروها در ارتباط با آنتی بیوتیک ها و کاهش هزینه
- کاهش میزان عفونت های بیمارستانی
- هشدار به پزشکان در مورد مشکلاتی که در یک زمان اتفاق نیفتاده اند.
- کاهش خطاهای دارویی
- بهبود خدمات اختصاصی برای مراقبت از بیماران خاص
- آموزش موثر و تخصصی درباره ی مصرف دارو
- همکاری و ارتباط درباره ی مدیریت دارویی
- گزارش دهی و پیگیری بهتر اثرات مضر دارو
- استفاده از فرم های الکترونیکی استاندارد

ج) مدیریت دارویی از طریق بارکد (BCMA)

(Bar Code Medication Administration)

فن آوری بارکد، کامپیوتر و شبکه را به هم پیوند می دهد. مکانسیم کار بدین صورت می باشد که بعد از پذیرش، هر بیمار یک مچ بند بارکد می گیرد، دستورات داروهای جدید به صورت الکترونیکی به سیستم وارد می شود، پرستاران و داروخانه بلافاصله اطلاعات را می بینند. داروساز تمام دستورات را برای آلرژی ها،

مداخلات دارویی و خطاهای دوز دارو و..... چک می کند، سپس دوز داروهای تجویزی را آماده کرده و بسته ی بارکد شده را برای پرستار ارسال می نماید. کارت دارویی هر بیمار به گونه ای است که مقدار تجویز شده دارو در آن ذخیره شده و قابل دسترسی است. داروی بارکدشده را برای تایید مقدار تجویز شده و نوع دارو اسکن نموده و همچنین مچ بند بیمار را برای مدیریت دارو اسکن می کند. کاهش خطاهای دارویی با تضمین هرپنج مرحله از فرآیند مدیریت دارویی: بیمار واقعی، دارو و مقدار درست تجویز شده آن، مسیر و زمان درست در این سیستم امکان پذیر می باشد.

اهم مزایای بارکد عبارتند از:

- ۷۵/۴۷ درصد بهبود در خطاهایی که از تجویز نادرست دارو ناشی می شوند.
- ۷۰/۳۴ درصد بهبود در اشتباهات مربوط به زمان مصرف داروها
- ۹۳/۴۸ درصد بهبود در اشتباهات بیمار
- ۶۱/۹۷ درصد بهبود در مقدار تجویز شده نادرست دارو برای بیمار

(د) پرونده ی الکترونیک سلامت (HER)

Electronic Health Record

پرونده الکترونیک سلامت در مکان های مختلف برای افراد مختلف در زمان یکسانی قابل دسترس بوده و بازیابی اطلاعات نیز به صورت آنی صورت پذیرد. در این پرونده الکترونیکی، اطلاعات مربوط به تمام دوران حیات یک فرد که به وسیله ی مراقبین سلامت ثبت و تایید شده، بر روی سایتهای مختلف توزیع گردیده و در پرونده ها به صورت امن منتقل و نگه داری می شوند و بدین ترتیب تمام اطلاعات سلامت مربوط به زندگی یک فرد اعم از معاینات، تفاسیر، برنامه ها، اقدامات، بیماری و آسیبها، ارزیابی ها، سوابق واکسیناسیون، داده های رفتاری، محیطی، دموگرافیک، مدیریتی و همچنین داده های قانونی مانند رضایت نامه ها را نیز شامل می شود.

اهم مزایای پرونده الکترونیک سلامت عبارتند از:

- یادآوری و هشدارهای پزشکی را ارائه می دهد.
 - پزشکان به پروتکل ها، طرح های مراقبت، مسیرهای بحرانی، پایگاه داده ای، اطلاعات دارویی و سایر پایگاه های دانش مراقبت سلامت مرتبط می شوند.
 - شناسایی نتایج آزمایشات غیرطبیعی و تداخلات دارویی تهدید کننده
 - بررسی پرونده ی کامپیوتری بیمار، با یک پارچه شدن چند منبع اطلاعات (آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی و....) منجر به بهبود شناسایی خطاها و اثرات مضر خواهد شد
- سیستم های کامپیوتری دستورات پزشکی این اجازه را به پزشکان میدهد تا دستور تست های تشخیصی، داروها و پروسه های دیگر را با استفاده از سیستم های کامپیوتری انجام دهند. برخی از بیمارستان ها از سیستم کامپیوتری دستورات پزشکی به منظور کاهش نرخ خطاهای پزشکی اجرا کرده اند در میان تکنولوژی های موجود، سیستم کامپیوتری ثبت دستورات پزشکی از جایگاه ویژه ای برای کاهش خطاهای پزشکی برخوردار است. مطالعات منتشر شده نشان می دهد که ثبت کامپیوتری دستورات ارایه دهندگان خدمات سلامت تا ۸۱٪ باعث کاهش خطاهای دارویی می شود.

افراد صاحب نقش

به طور کلی در بررسی خطاهای انسانی که عمده ترین خطاهای بیمارستان می باشند، دو نگرش وجود دارد: نگرش شخصی و نگرش سیستمی. در نگرش شخصی، کانون توجه بر روی خطاهای افراد است و همواره افراد برای فراموشکاری، عدم توجه، انگیزه کم، بی احتیاطی، غفلت، بی باکی و ضعف های اخلاقی سرزنش می شوند. چرا که طبق فرضیه این نگرش، همیشه افراد بد عامل اتفاقات ناگوار هستند. این در حالی است که تمرکز نگرش سیستمی بر روی شرایطی است که افراد تحت آن شرایط کار می کنند. طبق فرضیه نگرش سیستمیک افراد ممکن الخطا هستند و خطاها حتی در بهترین سازمانها نیز اجتناب ناپذیرند. بنابراین در این نگرش به منظور درمان خطاها به جای تغییر دادن اشخاص که عملی نیست، شرایط کاری افراد را تغییر می دهند. ارائه دهندگان خدمت در خط مقدم بیمارستان ها پرستاران می باشند که نقش ویژه ای را در ارائه خدمت به بیماران و تعامل با سایر کارکنان بالینی دارند. ترس از سرزنش و توبیخ توسط مدیران، واکنشهای همکاران و ترس از شکایت و اقدامات قانونی بیماران می تواند نقش موثری در عدم گزارش دهی خطاها توسط پرستاران داشته باشد. با توجه به اینکه سرپرستاران و سوپروایزران در راس کادر پرستاری قرار دارند، دیدگاه آنان نسبت به گزارش خطا می تواند بر رفتار زیرمجموعه آنان اثر گذارد.

گزارش بسیاری از خطاها نیاز به داشتن حداقل هائی از دانش پزشکی است. فلذا این گزارش ها باید توسط پزشکان، کادر پرستاری، پرسنل اتاق عمل و یا کارشناسان پاراکلینیک انجام پذیرد و داشتن آگاهی و دانش پزشکی در شناسائی و گزارش بسیاری از خطاها یک ضرورت است. این بدان معنا نیست که افراد خارج از این حیطه همانند منشی بخش، کمک بهیار، پرسنل خدمات و خود بیمار یا همراهان وی متوجه هیچ گونه خطائی نشوند. برخی از خطاها، همانند سوختگی، صدمات فیزیکی، سقوط از تخت، تأخیر در درمان می تواند مستقیماً توسط این افراد گزارش شود. گزارش کننده در درجه اول می تواند خطای مربوط به خود را گزارش نماید، یا گزارش مربوط به سایر همکاران باشد. یک پرستار می تواند خطای یک پزشک

یا یک واحد پاراکلینیک را گزارش نماید و برعکس، یک پزشک یا تکنسین می تواند خطای سایر قسمت ها یا سایر همکاران خود را گزارش نماید.

افشای صادقانه خطا باید به گونه ای باشد که به اعتماد بیمار به پزشک خدشه وارد نکند. به علت اینکه امروزه بیماران در مورد اینکه آیا در معرض خطاهای پزشکی هستند یا نه سوالی نمی پرسند بسیاری از خطاها توسط پزشکان افشا نمیشود که علل آن عبارتند از : ۱ - ترس ازدادخواهی بیمار از پزشک ۲ - خدشه و ضربه ای که از افشای خطا به شخصیت و عزت نفس پزشک وارد میشود.

نتایج بررسیها حاکی از آن است که اوج اشتباهات کاری و بیشترین خطاها بر اثر کاهش عملکرد CNS در ساعات ۴ تا ۶ بعد از ظهر و ۴ تا ۶ صبح است.

سیستم گزارش دهی خطا

در سازمانهای ارایه کننده مراقبت بهداشتی بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و انتقال از فرهنگ که باور بر آن است که هیچ خطا و آسیبی اتفاق نمی افتد به فرهنگی که مشوق گزارش دهی حتی گزارش خطاهای است که در آن به بیمار آسیبی نرسیده است می تواند نقش مهمی در پیشگیری از خطاها و ارتقای کیفیت داشته باشد. هدف اولیه از سیستم های گزارش دهی خطاهای پزشکی یادگیری از خطاهای گزارش شده و راه کارهای پیشنهادی است آنچه اهمیت دارد توجه به این نکته است که این سیستم به تنهای سبب بهبود ایمنی بیماران نمی شود بلکه بازخورد مناسب به گزارشات است که منجر به تغییر و ارتقای سیستم های موجود می گردد. نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی به دو طریق صورت می گیرد الف) گزارش دهی اختیاری ب) گزارش دهی اجباری. در حال حاضر در سیستم بهداشت و درمان ایران، سیستم گزارش دهی بصورت یک نظام وجود ندارد بطور یقین در سیستم بهداشت و درمان ایران بخصوص بیمارستان ها، خطاهای پزشکی مختلفی روی می دهد اما ترس از تنبیه و وجود سایر موارد گزارش دهی در بیمارستان ها موجب عدم گزارش و اطلاع رسانی این خطاها می شود. اصولا توجه سازمانها به مقوله گزارش انواع خطا، اطلاعات فوق العاده گرانبهای را برای پیشگیری از بروز خطاهای بعدی فراهم می کند.

طراحی ایده آل برای یک سیستم گزارش دهی خطا میتواند شامل موارد زیر باشد:

۱. کلیات طرح :

- هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود. ، گزارش شود.
- تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا
- از توصیه هایی که برای اصلاح داده میشود، فیدبک گرفته شود .

۲. جمع آوری 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 گزارش دهنده 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 گزارش دهی، استفاده کنید .

۳. مرحله تحلیلی :

- داده ها را از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر هستند، جمع آوری کنید .
- در موقع رخداد یک حادثه واحد، تمام سیستم را در نظر بگیرید.
- حوادث را براساس محلی که اتفاق می افتند، طبقه بندی کنید.
- حوادث را بر حسب رویکرد قابل قبول تقسیم خطا، طبقه بندی کنید .
- مشکلات شایع در یک بخش را شناسایی کنید

- 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 اثر بخشی آنها، پیگیری کنید .
- استراتژی مداخلات را به وسیله یک تیم چند منظوره، مشخص کنید .
- برای تصمیم گیران و سیاستگذاران توصیه هایی داشته باشید.

محدودیت‌های یک سیستم گزارش دهی وقایع عمدتاً به شرح ذیل هستند:

- خطاها هنگامی که رخ میدهند، همیشه قابل تشخیص نیستند.
 - گاه ترس از عکس‌العمل‌های تنبیهی مانع گزارش دهی میشود .
 - سیستم‌های گزارش دهی گاه دست و پاگیر و دسترسی یا استفاده از آنها مشکل است.
- با توجه به اینکه امروزه الویت اصلی نظام بهداشت و درمان، تمرکز روی سیستم گزارش دهی خطاهاست، بایستی سیستمی مناسب که در نظام های خاص کاربرد داشته باشد و خطاهای گزارش شده را طبقه بندی می کند و از لحاظ کمی، آنها را به دقت بررسی و توصیف می کند، راه اندازی شود؛ در این خصوص باید نظریه، ارائه و اجرا شود و هرچه اعتبار این نظریه بالاتر رود، پزشکان، اطلاعاتی بهتر و بیشتر برای کار دارند. در کشورمان ایران، سیستم گزارش دهی خطاها به طور مدون و مشخص وجود نداشته، تنها با تکیه بر روشهای دیگر از جمله: شاخص های فراوانی بیمار از طریق فراوانی کدهای تشخیصی و اقدام های درمانی محاسبه می شود که البته این کدها در مواردی خاص وجود دارند و از طرفی، صحت کدهای مزبور هم بررسی نمی شود و موارد موجود بر اساس کدهای مزبور هم گزارش می شوند و درکل، ساختارهای گزارش دهی در بیمارستان های ایران یا وجود نداشته یا اگر وجود دارند، بسیار ضعیف اند.

گزارش دهی اختیاری

گزارش اختیاری خطا که به صورت داوطلبانه توسط پزشکان و کارکنان شاغل در مراکز درمانی یا بیمار و همراهان آنان که در مورد حادثه ناخواسته اطلاعاتی دارند با استفاده از روشهای متنوع در این مکانیسم تهیه می گردد. در حال حاضر در اسکاتند گزارش همه خطاها داوطلبانه بوده و به اشتراک گذاری اطلاعات بین انجمن بهداشت اتفاق می افتد از آوریل ۲۰۱۰ نظام داوطلبانه گزارش خطاهای پزشکی به یک تعهد اجباری تبدیل شده است بطوری که عدم گزارش دهی ممکن است به یک جریمه چهار هزار پوندی منجر شود.

هرچند این شیوه در بهترین وضعیت و با فرهنگ سازی و گزارش دهی بالا تنها می تواند در شناسایی ۱۰- ۱۵ درصد خطاهای رخ داده موثر باشد ولی سبب افزایش دقت افراد و توجه به این نکته می شود که امکان شناسایی خطای پنهان بوسیله سایر افراد سیستم وجود دارد.

گزارش دهی اجباری

گزارش اجباری خطا با توجه به مأموریت و شرح وظایف افراد، در سیستم بهداشتی و درمانی تهیه و ارائه می گردد.

طرفداران روش اجباری معتقدند که اعتبار گزارش، بدون مشخصات گزارش دهنده زیر سؤال رفته و قابل اعتماد و استناد نمی باشد. از طرف دیگر، در صورت نیاز به بررسی بیشتر و کسب اطلاعات دقیق تر موضوع، نیازمند دسترسی به گزارش دهنده می باشیم. از سوی دیگر، با وجود تأکید بر غیر حقوقی بودن این گزارش ها و اینکه این گزارش ها نباید برای مچ گیری و زیر سؤال بردن اشخاص و تنبیه و مؤاخذه آنان مورد استفاده قرار گیرد، خواه ناخواه یک نوع احتیاط کاری و پرهیز از درگیر شدن با مسائل حقوقی در پرسنل درمان، مانع از گزارش همه خطاها خواهد بود. با توجه به موارد ذکر شده توصیه این است که همکاران و پرسنل درمان تا حد امکان مشخصات خود را به طور کامل ذکر نمایند، تا ضمن معتبر و مستند بودن گزارش ها، امکان پیگیری و بررسی کامل نیز فراهم گردد، اما اگر به هر دلیلی، تمایلی به ارائه این مشخصات نداشته باشند، به شکل اختیاری این گزارش را ارائه نمایند. هیچ نیازی به درج مشخصات فردی که خطا توسط او صورت گرفته نیست. البته ناگفته پیداست باید گزارش کامل بوده و اینکه خطا توسط کادر

درمان، پزشک یا پرستار صورت گرفته مشخص گردد. و به طور مثال اگر دارو اشتباه تزریق شده است، آیا به دلیل ناخوانا بودن نسخه بوده و ناخوانا بودن مربوط به دستور پزشک بوده و یا در انتقال به کاردکس این اتفاق افتاده است؟

آشنایی با فرم گزارش دهی

به منظور یکسان سازی، فرم های جمع آوری خطاهای پزشکی در مراکز آموزشی و درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز، با همکاری اساتید و کارشناسان حوزه معاونت درمان، فرم جمع آوری خطاهای پزشکی طراحی گردید. در این فرم سعی شده است که بصورت جامع و کامل، اطلاعات مربوط به خطاهای رخ داده در محیط های بالینی، جمع آوری گردد و در راستای بهره گیری از اطلاعات موجود به منظور ارتقای کیفیت خدمات بالینی، برنامه ریزی های لازم صورت پذیرد.

به منظور سهولت در تکمیل فرم مذکور، راهنمای تکمیل فرم در ادامه مطالب آورده شده است.

تاریخ گزارش:

تاریخ بروز خطا:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

زمان لازم برای تکمیل فرم: ۴

مرکز آموزشی و درمانی / بیمارستان:

فرم ثبت گزارش خطای پزشکی

نوع بیمارستان: دولتی (آموزشی، نظامی)/خصوصی/تامین اجتماعی/خیریه/سایر
مشخصات بیمار: بخش: اتاق: تخت: تاریخ پذیرش: تاریخ ترخیص: (در صورت ترخیص) کد ملی بیمار: (اختیاری) شماره پرونده: سایر:
مشخصات گزارش: بخش:
عامل خطای پزشکی: پزشک <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> داروساز <input type="checkbox"/> دانشجو(رشته) <input type="checkbox"/> کارکنان پاراکلینیک <input type="checkbox"/> سایر
سمت گزارش دهنده: پزشک <input type="checkbox"/> سرپرستار <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> کارکنان پاراکلینیک <input type="checkbox"/> دانشجو(رشته) <input type="checkbox"/> خدمات <input type="checkbox"/> سایر
پیامد خطا: نقض عضو <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> تاخیر در درمان <input type="checkbox"/> سایر

شیفت بروز واقعه: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>
آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
احتمال تکرار واقعه: کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/>
عامل اصلی بروز واقعه: اشتباه بالینی (عملکردی) <input type="checkbox"/> نقص سازمانی <input type="checkbox"/> ارتباط نادرست <input type="checkbox"/>
سایر

نوع خطا
۱. جراحی : توضیح:
انجام عمل در موضع اشتباه <input type="checkbox"/> انجام عمل غیرضروری <input type="checkbox"/> انجام عمل روی بیمار دیگر <input type="checkbox"/> انجام

پروسیجر اشتباه در جراحی

عوارض بعد از عمل (آبسه، عفونت، ترومبوز، آمبولی، CVA، سوختگی، MI، خونریزی، سوختگی کوتر، عوارض بیهوشی، بیحسی نخاعی، Intubation و ...)

سایر موارد مرتبط

۲. دارویی: توضیح:

واکنش دارویی داروی اشتباه (شباهت ظاهری در بسته بندی، تلفظ، نوشتار) دوز اشتباه (استفاده بیش از حد، استفاده کمتر از حد، دوز فراموش شده) حذف دارو تاخیر در دادن دارو بیمار بیمار اشتباه زمان اشتباه مسیر اشتباه خطای پایش (بیمار سابقه آلرژی شناخته شده دارد.) حساسیت و واکنش به تزریق خون، نمونه گیری اشتباه، رگ گیری مکرر سایر موارد مرتبط

۳. فراورده های خونی: توضیح:

خطا در شناسایی بیمار در زمان تهیه نمونه قبل از تزریق و در زمان تزریق خون و فراورده خون خطا در انجام آزمایش های مربوطه خطا در تحویل و دریافت کیسه خون یا فرآورده خطا در مرحله تزریق به بیمار حساسیت و واکنش به تزریق خون سایر موارد مرتبط

۴. عفونت بیمارستانی: توضیح:

عفونت ادراری عفونت تنفسی عفونت خونی عفونت محل جراحی فلبیت سایر موارد مرتبط

۵. زخم: توضیح:

زخم بستر باز شدن زخم جراحی سوختگی سایر موارد مرتبط

۶. سقوط بیمار: توضیح:

افتادن بیمار از تخت سر خوردن انتقال و جابجایی بیمار سایر موارد مرتبط

۷. مشکل در درمان: توضیح:

عدم درمان تاخیر درمان درمان اشتباه سایر موارد مرتبط

۸. خطای ثبت: توضیح:

به صورت چک نادرست دستورات ناخوانا بودن دستور عدم ثبت کامل گزارش پزشکی عدم ثبت کامل گزارش پرستاری (عملکرد، مراقبت و درمان)
تقدم و تأخر در ثبت سایر موارد مرتبط

۹. CPR: توضیح:

عوارض اینتوباسیون عوارض دارویی سوختگی به دنبال شوک الکتریکی عوارض ماساژ قلبی (شکستگی دنده و...) پنوموتوراکس ناشی از شکستگی دنده سایر موارد مرتبط

۱۰. بروز عوارض ناخواسته اقدامات درمانی و مراقبتی: توضیح

.....:

سونداژ ناموفق پارگی مجرای ادرار تعبیه نادرست سوند معده تعبیه کاتتر در محل نادرست سایر موارد مرتبط

۱۱. سایر موارد: توضیح:

توصیف نحوه وقوع واقعه:

پیشنهاد:

امضاء: (اختیاری)

نتیجه بررسی کارشناس مدیریت خطر:

- نوع خطا : در این قسمت نوع خطا از نظر شدت، اورژانسی و غیراورژانسی بودن، خطا یا نزدیک به خطا و.... مشخص می شود.
- عامل خطا : در این قسمت، کارشناس مدیریت خطر عامل و علت خطا را بررسی و نظر خود را ثبت می کند.
- پیامد خطا : در این قسمت، کارشناس مدیریت خطر نظر خود را در مورد اینکه خطای مزبور منجر به چه آسیبی در بیمار شده یا احتمال داشت چه آسیبی در بیمار ایجاد کند، می نویسد.

راهنمای تکمیل فرم گزارش خطای پزشکی در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان های تابعه
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فرم مذکور برای گزارش خطاها یا اشتباهاتی است که در مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستانها رخ میدهد و می توانند منجر به آسیب و صدمه به بیمار گردد (۱) و شامل حوادث ناشی از

کار که به اتفاق یا پیامدی که در جریان انجام کار پدید می آید (۲) نمی باشد. خطاهای پزشکی می تواند توسط کلیه گروه ها اعم از پزشک، گروه پرستاری، کارکنان واحدهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، رادیولوژی، ...)، داروخانه، دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی و.... گزارش گردد، بنابراین تمام این گروه ها می توانند فرم را تکمیل کنند.

فرم مذکور به منظور ساماندهی نظام گزارش دهی خطا که شامل مراحل جمع آوری، تجزیه و تحلیل، جمع بندی خطاهای پزشکی جهت برنامه ریزی مداخله ای طراحی شده است. هدف از نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی، پیشگیری از تکرار خطاهای مشابه از طریق برنامه ریزی مداخله ای و به اشتراک گذاری تجربیات می باشد.

۱. زمان لازم برای تکمیل فرم ۴ دقیقه پیش بینی شده است. (بالا فرم سمت چپ)

زمان لازم برای تکمیل فرم: ۴ دقیقه

۲. در ابتدای فرم نام بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی نوشته می شود سپس، تاریخ گزارش خطا و

تاریخ بروز خطا (بالا فرم سمت راست) ذکر می گردد.

تاریخ گزارش:

تاریخ بروز خطا:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

مرکز آموزشی و درمانی / بیمارستان:

فرم ثبت گزارش خطای پزشکی

۳. قسمت دوم شامل مشخصات مرکز (دولتی/آموزشی، نظامی)/خصوصی/تامین اجتماعی/خیریه/سایر)

می باشد. در قسمت مشخصات بیمار به موارد بخش، اتاق، تخت، تاریخ پذیرش، تاریخ ترخیص (در صورت ترخیص)، شماره پرونده و سایر موارد در صورت احساس نیاز گزارش می گردد. ثبت کدملی بیمار اختیاری می باشد.

در مورد مشخصات گزارش، بخشی که گزارش را انجام می دهد ثبت می گردد سپس عامل خطاهای پزشکی مشخص می گردد و همچنین سمت فرد گزارش کننده نیز مشخص می گردد.

در ادامه، پیامد خطا که میتواند نقص عضو، فوت، تاخیر در درمان یا مواردی دیگر باشد مشخص می گردد.

<p>نوع بیمارستان: دولتی (آموزشی، نظامی)/خصوصی/تامین اجتماعی/خیریه/سایر </p>
<p>مشخصات بیمار:</p> <p>بخش: اتاق: تخت: تاریخ پذیرش: تاریخ ترخیص: (در صورت ترخیص) کد ملی بیمار: (اختیاری) شماره پرونده: سایر:</p>
<p>مشخصات گزارش: بخش:</p> <p>عامل خطای پزشکی: پزشک <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> داروساز <input type="checkbox"/> دانشجو(رشته) <input type="checkbox"/> کارکنان پاراکلینیک <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>سمت گزارش دهنده: پزشک <input type="checkbox"/> سرپرستار <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> کارکنان پاراکلینیک <input type="checkbox"/> دانشجو(رشته) <input type="checkbox"/> خدمات <input type="checkbox"/> سایر</p>
<p>پیامد خطا: نقص عضو <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> تاخیر در درمان <input type="checkbox"/> سایر</p>

۴. در قسمت بعدی به تکمیل شیفت کاری که خطا بروز داده است.

در این قسمت به سوال "آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟" به صورت بله یا خیر جواب داده می شود.

احتمال تکرار خطا که بصورت کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد طبقه بندی شده است مشخص می گردد. منظور از احتمال تکرار خطا در واقع احتمال بروز دوباره خطا می باشد.

در قسمت بعدی عامل اصلی بروز واقعه مدنظر می باشد. منظور از اشتباه بالینی (عملکردی) اشتباهات ناشی از عملکرد و فعالیتهای درمانی گروه پزشکی می باشد و همچنین نقص سازمانی به نقص سیستمی و

سازمانی اشاره دارد. ارتباط نادرست به ارتباط گروه درمانی با بیمار اشاره دارد که منجر به شناسایی نادرست هویت بیمار و مشکلات بالینی وی می شود.

مثال اشتباه بالینی (عملکردی): تشخیص ندادن یک بیماری، ارزیابی با تأخیر، عدم تجویز یک داروی لازم برای درمان بیماری و...

مثال نقص سازمانی: برنامه ریزی در خرید انواع متفاوت پمپ انفوزیون دارویی و عدم آموزش به پرسنل مربوطه جهت برنامه ریزی انفوزیون دارو

مثال ارتباط نادرست: تجویز یک داروی غلط برای یک بیمار اشتباه در زمان نادرست.

<input type="checkbox"/> شب	<input type="checkbox"/> عصر	<input type="checkbox"/> صبح	شیفت بروز واقعه:
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟
<input type="checkbox"/> زیاد	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> کم	احتمال تکرار واقعه:
			<input type="checkbox"/> خیلی زیاد
<input type="checkbox"/> ارتباط نادرست	<input type="checkbox"/> نقص سازمانی	<input type="checkbox"/> اشتباه بالینی (عملکردی)	عامل اصلی بروز واقعه:
			سایر

۵. در قسمت نوع خطا که به دسته بندی خطاها پرداخته ایم و به چند مورد از خطاهای هر دسته اشاره نموده ایم در این راستا به منظور تکمیل پرسشنامه ابتدا نوع خطا را با گذاشتن تیک مشخص و سپس در قسمت توضیح به شرح خطا اشاره خواهد کرد. در زیر به صورت نمونه تکمیل گردیده است.

موارد نوشته شده به منظور کمک در تکمیل فرم می باشد و می توان به موارد غیر از موارد ذکر شده نیز اشاره نمود.

دارویی:

توضیح: تزریق اشتباه داروی آتروپین Atropine به جای آترواستاتین Atorvastatin بخاطر تشابه در نوشتار

واکنش دارویی داروی اشتباه (شباهت ظاهری در بسته بندی، تلفظ، نوشتار) ✓ دوز اشتباه (استفاده بیش از حد، استفاده کمتر از حد، دوز فراموش شده) حذف دارو تاخیر در دادن دارو بیمار بیمار اشتباه زمان اشتباه مسیر اشتباه خطای پایش (بیمار سابقه آلرژی شناخته شده دارد) حساسیت و واکنش به تزریق خون، نمونه گیری اشتباه، رگ گیری مکرر سایر موارد مرتبط

۶. در قسمت آخر به توصیف واقعه پرداخته تا با استفاده از جزئیات واقعه و ارائه راهکارها و تدابیر مناسب گامی موثر در راستای ارتقا و بهبود وضعیت موجود و با هدف کاهش خطاها در بیمارستان برداشته شود. امضای گزارش خطا اختیاری می باشد.

۷. در ادامه نتیجه بررسی کارشناس مدیریت خطر که واحد مربوطه انجام میدهد نوشته می شود. این قسمت برای بررسی بیشتر خطاها تکمیل می گردد و در راستای ارتقای و بهبود می باشد. بهتر است نوع، عامل و پیامد خطا بررسی و گزارش گردد.

نتیجه بررسی کارشناس مدیریت خطر:

- نوع خطا : در این قسمت نوع خطا از نظر شدت، اورژانسی و غیراورژانسی بودن، خطا یا نزدیک به خطا و.... مشخص می شود.
- عامل خطا : در این قسمت، کارشناس مدیریت خطر عامل و علت خطا را بررسی و نظر خود را ثبت می کند.
- پیامد خطا : در این قسمت، کارشناس مدیریت خطر نظر خود را در مورد اینکه خطای مزبور منجر به چه آسیبی در بیمار شده یا احتمال داشت چه آسیبی در بیمار ایجاد کند، می نویسد.

مطالب پیشنهادی برای مطالعه بیشتر

- کتاب خطاهای پزشکی و پیشگیری از آن نوشته شهرام شفیعیان ، چاپ جهاد دانشگاهی واحد تهران ، ۱۳۸۹
- کتاب خطاهای پزشکی در قانون مجازات اسلامی نوشته دکتر حسین سکوت و دکتر مهدی مصری، مرکز تحقیقات طب، ۱۳۸۹
- کتاب حقوق کیفی و تخلفات پزشکی نوشته محمد رضا الهی منش، چاپ مجد سال ۱۳۹۳
- کتاب مقدمه ای بر افشای خطاهای پزشکی نوشته دکتر حسین سکوت و دکتر مهدی مصری، ناشر رسانه تخصصی، سال ۱۳۹۰

منابع و نمایه

1) Tabibi JA, Ebadi Azar F, Sogand T, Khalesi N. Total Quality Management in .Computer World Publication; 2001:Health Care Services. Tehran

2) Mohammadi MR, Jaefari Mojarad E, Bagheri Nejad S, Hossein Pour AR. Scientific Application Council Report of ,Criteria for Design Research Priorities WHO. Tehran: National Center of Medical Sciences; 2002.

۳) دکتر دباغ علی، دکتر اکبری محمداسماعیل، دکتر فتحی محمد. بررسی الگوهای خطاهای پزشکی در نظام سلامت، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، مقاله مروری، پاییز ۱۳۸۵، شماره ۳، سال چهارم، صفحات ۹۵۷ تا ۹۶۶

۴) طرسکی مهدی، حجازی علی، صادقی احمد، قلی زاده عبدالمجید. بررسی علل بروز خطاهای پزشکی و راهکارهای موجود برای کاهش آن در نظام سلامت، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳۹۱

۵) دارابی فاطمه، آملایی خاور، عصاره زادگان مزده، سیفی فرح، رزلانسری حشمت، دارستانی کبری، عزیزی فتنه. بررسی فراوانی خطاهای پرستاری، مامایی در پرونده های ارجاعی به سازمان نظام پزشکی و بیمارستان امام رضا(ع) کرمانشاه(۱۳۸۰-۸۵)، بهبود، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال سیزدهم، پاییز ۱۳۸۸، شماره سوم.

6) Cohen MR. Medication Errors: Causes, Prevention & Risk Management. American: Pharmaceutical Association Joes & Bartlett Publishers, 2000: 8.1-8.23.

) Medical Errors, Eighth Causes Of Death In The World. Tehran: Iran Salamat y Comprehensive Medical Informatics Base, 2007.

) Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press,2000.

) Allard J, et al. Medication Errors: Causes, Prevention & Reduction. BR J Haematol 2002, 116(2):255-65.

10) Anderson JG, Et Al. Evaluating The Impact Of Information Technology On Medication errors: A Simulation. Journal Of The American Medical Informatics Association 2003, 10(3):292.

۱۱) جعفریان علی، پارساپور علیرضا، حاج ترخانی امیرحسین، اصغری فریبا، امامی رضوی سیدحسین، یلدا علیرضا. بررسی پرونده ی شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵، ۱۳۸۰، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی.

12) Akhlaghi M, Tofighi Zavare H, Samadi F. The Sues Of Gynecoobstetrics Referred To The Commission Of National Legal Medicine Center At 2001-2002, Reasons & Methods Of Prevention From These. Forensic Mwdicine 2009, 10(34):70-4.

13) Nobakht Haghghi A, Zali MR, Mahdavi MS, Noruzi A. The Study On Reasons Of Patient Claims From Physicians In Referral Sue To Tehran Medical Council Of Islamic Republic Of Iran 2001, 18(4):295-303.

14) Sheikh Azadi A, Ghadyani MH, Kiani M. The Investigation Methods to Dentistry Malpractices in Iran. Forensic Mwdicine 2007; 13(3): 171-80.

15) Traina F. Medical malpractice: the experience in Italy. Clin Orthop Relat Res 2009; 467(2): 434-42.

16) Rafiezade Tabatabei Zavare SM, Haj Manuchehrei R, Nasaji Zavare M. Survey on General Practice Errors in Referred Sues to the Commission of Tehran Legal Medicine Center from 2003-2004. Forensic Mwdicine 2007; 13(3): 152-7.

۱۷) دباغ علی و همکاران. بازنگری جایگاه حرفه ای داروسازان در نظام سلامت کشور و بررسی دیدگاه های پزشکان و داروسازان در قبال تاثیر آن بر ارتباط حرفه ای دو رشته، مجله حکیم، تهران، ۱۳۸۴

۱۸) عقیقی نگار، نجف پور شهینی ژیلا، کشاورز مینا، یاری فرد خدیجه، اکبری پاکرو محمد. بررسی علل وقوع خطاهای پزشکی و ارایه راهکارهایی جهت کاهش آنها یک مطالعه مروری، مجله تصویر سلامت، ۱۳۹۰، دوره ۱، شماره ۴، ص ۱۵۸.