



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استان چهارمحال و بختیاری

معاونت درمان

راهنمای بررسی موارد مرگ در کمیته مرگ و میر

دفتر تعالی خدمات بالینی

مقدمه

تامین ، صیانت و ارتقاء سلامت افراد از طریق ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب ، تاثیر بسزایی در تمامی فعالیت های اقتصادی ، سیاسی و اجتماعی جامعه دارد . لذا مجموعه عوامل فوق ، پرداختن به کیفیت در مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را امری مهم و ضروری می سازد .

در دنیای کنونی کیفیت مراقبت های درمانی و بهبود عملکرد بیمارستانها یک موضوع جهانی بوده و جزء اصلی ترین دستور کارهای نظام سلامت کشورهاست . گرچه در دهه گذشته پیشرفت قابل ملاحظه ای در راستای ارتقای ایمنی بیمار رخ داده است اما هنوز کاستی های متعددی وجود دارد و میزان آسیبهای تحمیل شده به بیماران از ناحیه عوارض ناخواسته به طور غیر قابل قبولی بالاست . مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط در حدود ۱۰٪ از تمام موارد بستری ، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و برآورد می گردد که تا ۷۵٪ از این خطاها قابل پیشگیری باشند . مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان ها هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند . در واقع چنین تخمین زده می شود که بین ۵٪ تا ۱۰٪ هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمنی می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردند و در این میان سهم نارسائی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است .

با هر سطحی از آموزش ، مهارت ، تجربه و انگیزه و با توجه به ماهیت رفتار انسان امکان خطا وجود دارد .

تعریف خطا : عدم موفقیت اقدامات برنامه ریزی شده برای دستیابی به اهداف مورد انتظار ناشی از عدم پیشرفت اقدامات مطابق برنامه و یا نقص در خود برنامه

تعریف خطای پزشکی : هر نوع خطایی که در فرایند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد . چه باعث صدمه و آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد .

رویکرد به خطاهای پزشکی

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

- (۱) دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی Person Approach به خطا
- (۲) دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی System Approach به خطا .

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند:

۱. نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا

۲. نحوه مدیریت خطا،

رویکرد فردی

Personal Approach

- ۱) به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است.
 - ۲) رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطا کار) کاملاً مشخص است.
 - ۳) با تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است،
 - ۴) دارای سابقه ای طولانی در دنیای طبابت می باشد.
- 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.
- ۵) تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است.
 - ۶) برای بهبود عملکرد افراد از روش هایی مانند ذیل برای فرد خطا کار، استفاده می شود.

آموزش اجباری، هشدار، وضع قوانین و تعیین مجازات

رویکرد فردی دارای مشکلات متعددی می باشد:

- 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.
 - 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.
- آیا نتیجه رویکرد فردی در جلوگیری از تکرار مجدد خطا نیز رضایت بخش و مطلوب است؟
- 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.

رویکرد سیستمی:

System Approach

۱- در این رویکرد 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.

۲- 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. 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. عناصر درون یک سیستم همانند یک چرخه به هم متصلند.

۳- 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.

علل دخیل در وقوع یک حادثه :

عوامل تأثیرگذار :

فاکتورهایی که در وقوع یک رویداد یا حادثه دخیلند اما حذف ممکن است منجر به جلوگیری از حادثه مورد نظر نشود هر چند حذف آنها به طور کلی باعث افزایش ایمنی ارائه خدمات می گردد.

عوامل سببی یا علی :

مهمترین عامل بروز حادثه (عوامل سببی یا علی) می باشد که اصلاح یا حذف آن از بروز مجدد یک موقعیت ، مثلاً بروز یک خطا در یک فرایند جلوگیری خواهد کرد. علت ریشه ای علتی است که اگر برطرف گردد ، مسأله شناسایی شده یا به طور کامل حذف می شود یا این که میزان وقوع آن تا حد چشمگیری کاهش می یابد.

تحلیل علل ریشه ای چیست ؟

تحلیل علل ریشه ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت و علل واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راههایی جهت حذف این علت و علل می باشد.

چرا تحلیل ریشه ای انجام می دهیم؟

- نقایص و ضعف های سیستم می تواند منجر به بروز خطاهای انسانی گردد.
- شواهد موجود نشان می دهد که بررسی سیستماتیک خطاها می تواند نقایص سیستمی را آشکار نماید.
- ضرورت یادگیری از حوادث و خطاهایی که در گذشته رخ داده اند (تأکید بر فرایند یادگیری)
- وجود یک بیماری در سازمان می تواند سبب اختلال در سیستمهای مختلف کاری شود.

بنابراین در این تحلیل ما به دنبال پاسخ این سؤالات هستیم؟

* رویداد ناگوار دقیقاً چه بوده است؟(what happened) چه اتفاقی افتاده است)

* زنجیره حوادثی که منجر به بروز این رویداد ناگوار شده اند ، کدامند؟

چگونه اتفاق افتاده است؟ (How it happened)

* آیا این رویداد ناگوار قابل پیشگیری بود؟

* آیا خطایی منجر به بروز این رویداد ناگوار شده است؟

* علت (علل) ریشه ای (مستقیم یا غیر مستقیم) رویداد ناگوار و هر یک از خطاها چه بوده است؟

چرا اتفاق افتاده است؟ (why it happened)

* آیا خطا یا علت ریشه ای شامل نقص در یک سیستم یا عدم کفایت یک سیستم بوده است؟

* آیا لازم است که سیستم طرح ریزی مجدد گردد؟

* آیا اقدام یا اقداماتی که توسط کارکنان در برخورد با رویداد ناگوار صورت گرفته ، کمک کننده بوده است؟

* آیا لازمست که اقدامی مرتبط به کارکنان شروع شود؟

از این رویداد چه درسی می توان گرفت؟

لذا با توجه به مباحث فوق الذکر و نیز ارزیابی وضعیت فعلی بررسی موارد مرگ و میر در بازدیدهای انجام شده، دفتر تعالی خدمات بالینی در جهت بررسی موارد مرگ و میر با تمرکز بر بهبود عملکرد سیستمها و فرایندها، نه افراد و با هدف درس آموزی و اینکه چه کاری می توانیم بکنیم که این اتفاق در آینده مجدداً روی ندهد. راهنمای بررسی موارد مرگ و میر در کمیته های مرگ و میر بیمارستانی را تدوین نموده است لازم به ذکر است همانگونه که قبلاً اعلام شده است در خصوص موارد **sentinel event** الزاماً فرایند تحلیل ریشه ای به صورت کامل باید انجام گردد و راهنمای تدوین شده جهت بررسی سایر موارد مرگ و میر میباشد. ضمناً فرم فعلی مطرح در موارد مرگ و میر (نظریه کارشناس پرونده) به قوت خود باقی است. لازم به ذکر است نحوه انجام فرایند در ارزیابیهای این معاونت از آن بیمارستان مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۴- why it happend (چرا اتفاق افتاد؟)نقایص موجود در روند ارائه خدمت به بیمار با توجه به بررسی واقعه

عوامل دخیل در وقوع حادثه	
	عوامل مرتبط با بیمار
	عوامل فردی (مربوط به کارکنان)
	عوامل مرتبط با وظیفه
	عوامل مرتبط با ارتباطات
	عوامل مرتبط با تیم
	عوامل مرتبط با تحصیلات و آموزش
	عوامل مرتبط با تجهیزات
	عوامل سازمانی
	عوامل مرتبط با محیط کار

نقایص و مشکلات مربوط به اسناد و مدارک (DOCUMENTATION):

