

مبانی حاکمیت بالینی

مقدمه:

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

حاکمیت بالینی چارچوبی 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 می پردازد. حاکمیت بالینی به طور همزمان توجهش را روی مسئولیتپذیری جهت حفظ سطح مراقبتهای کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبتهای آتی مبدول میدارد. همچنین مفهومی است که میکوشد روشها و ابزارهای گذشته در سنجش و ارتقاء کیفیت مراقبتهای 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 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 که به حفظ و ارتقای استاندارد های مراقبت از بیمار کمک می کند، را پوشش می دهد. این امر دربرگیرنده تمامی فعالیتهای ارتقاء کیفی است که کادر بالینی آنها را روزانه در انجام مراقبت های درمانی لحاظ میدارند. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی فراهم میکند که در قالب آن، فعالیتهای بهبود کیفیت بصورتی 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. هم چنین 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 خدمات 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 خدمات بالینی با مفاهیمی که در ادامه این کتاب راهنما می بینید برای غلبه بر مشکلات فوق و اعتمادسازی مجدد مردم، متولد شده است.

حاکمیت خدمات بالینی چیست؟

در تعریف حاکمیت خدمات 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 خدمات 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 پیاده سازی طبابت مبتنی بر شواهد است (۳).

حاکمیت خدمات 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 خدمات 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).

هدف از استقرار حاکمیت خدمات بالینی چیست؟

هدف حاکمیت بالینی تعیین استانداردهای روشن و کاربردی، نظارت بر نحوه عملکرد سازمانهای ارائه دهنده 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 خدمات بالینی ارتقاء مستمر کیفیت خدمات است و چارچوبی را فراهم مینماید که در قالب آن سازمانهای ارائه دهنده 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 برنامه‌های 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 حرفه‌های
 - مدیریت شکایات و یادگیری از نقاط منفی آنها
 - استفاده از اطلاعات بالینی بدست آمده از بیماران
- بهم‌نظور پیاده‌سازی حاکمیت خدمات 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):

- تاکید حاکمیت خدمات بالینی بر ارتقاء کیفیت مراقبتهای بالینی ارائه شده به بیماران
- اشاعه حاکمیت خدمات 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 خدمات بالینی و درک ارتباط آن با شغل خود
- ایجاد تغییراتی در فرهنگ سازمانی، شیوه فعالیت، تفکر و رفتار به‌نحویکه 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
- 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 خدمات بالینی اثربخش چیست؟

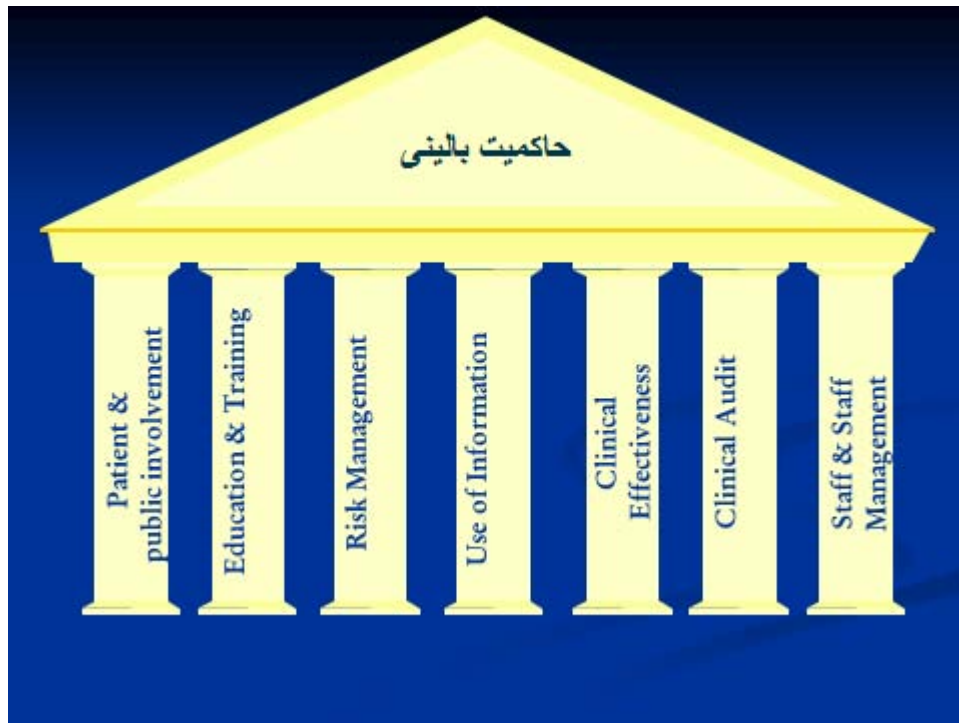
- ایجاد محیطی باز و مشارکتی که در آن آموزش، تحقیق و انجام فعالیتهای موثر و مفید ارج نهاده میشود
- ایجاد تعهد به کیفیت از سوی متخصصان حرفهای و مدیران
- اعمال رهبری قوی از راس سازمان
- استفاده مناسب از اطلاعات برای برنامه ریزی و پایش ارایه خدمات بالینی
- اهمیت یافتن موضوعات مرتبط با کیفیت و لزوم توجه و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

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

- ❖ موضوعات کیفیتی را بعنوان هسته و پایه ای کلیدی در کار خود قلمداد میکنند
 - ❖ با یکدیگر مشارکت می کنند 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
 - ❖ بطور فعال استانداردهای مراقبت را به اجرا در میآورند
- به عبارت دیگر حاکمیت خدمات بالینی بکارگیری 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 خدمات بالینی چیست؟

مدل ها و الگوهای مختلفی جهت تعریف و توضیح حاکمیت بالینی در پیشینه تحقیق می توان 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 هر گونه 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 خط مشی‌های 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. برنامه ریزی 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 بعنوان شریک سیستم‌های درمانی و تعمیم فرهنگ استقبال و انعطاف نسبت به نظرات و انتقادهای بیماران در سطح بیمارستانها اهرم رشد بیمارستانهای تعالی جو بوده و در سطح ملی در تدوین و تنظیم خط مشی‌ها، طرح‌ها و خدمات و سیاستگذارانهای 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 تاکید 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 اساسی ترین اصول و سیاست های نظام جدید سلامت در این کشور ها، ارزش گذاری بر حقوق بیمار و قلمداد کردن آن بعنوان محور ارائه خدمات و تاکید ویژه بر مفهوم مشارکت بیمار و عموم مردم به مفهوم ایجاد فرصت برای عامه برای تعیین چگونگی دریافت خدمات سلامت است.

گر چه مفهوم مشارکت استفاده کنندگان در خدمات همگانی جدید نیست. اما ایجاد فرصت برای بیماران و عموم مردم به منظور مشارکت در اتخاذ تصمیمات مؤثر بر سلامت و سیاست های مرتبط به آن، نسبتاً جدید است.

Kelson مشارکت بیمار و جامعه را در سطوح فردی و جمعی تبیین می نماید. از دیدگاه وی مشارکت فردی اشاره به مشارکت فرد در اتخاذ تصمیمات درمانی در خصوص جوانب سلامتی خود دارد و مشارکت جمعی به مشارکت فعال گروهی افراد یا یک فرد بعنوان نماینده گروه در تعیین خط مشی ها، سیاست ها و برنامه ریزی های نظام سلامت گفته می شود. PPI در سالهای اخیر ارتقاء یافته و در قالب واژه Engagement یا درگیر نمودن بیماران و عموم مردم ابعاد وسیع تری 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 مشی ها و سیاست ها و درک متقابل مردم و جامعه از برنامه ها و طرح های نظام سلامت، از اصول درگیر نمودن و جلب مشارکت فعال مردم محسوب می شود 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 می شود. در صورت تحقق مشارکت بیماران و تلقی آنان بعنوان شریک درمانی با حقوق مساوی، بیماران در فرآیند درمان خود بطور فعال شرکت می نمایند و با دقت بیشتری طرح درمانی خود را پی گیری خواهند نمود و در نتیجهی توانمند سازی آنان، حفظ سلامت بیمار بهتر تامین می شود. 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 می آورند. (۷)

ارزش افزوده ناشی از مشارکت بیماران و عموم مردم در برنامه ریزی و ارائه خدمات سلامت سبب دریافت نقطه نظرات متفاوت مشتریان در ارتباط با یک موضوع یکسان، بهبود خدمات، تصمیم گیری بهتر ناشی از دسترسی به دیدگاههای متفاوت و ارتقاء شغلی بیشتر کارکنان ناشی از باز خورد مثبت می شود. عواقب عدم مشارکت بیماران و جامعه، منجر به ارائه خدماتی می شود 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 تصمیم گیری بمنظور دستیابی به هدف مشخص و معین است، لذا هر گونه فعالیتی در حیطه مشارکت جامعه و بیمار بایستی دارای هدف شفاف و واضح باشد. (۶)

چه کسی/ کسانی را مشارکت دهیم ؟

ضروریست که سازمانهای ارائه کننده خدمات دقیقاً افرادی را که تحت تأثیر برنامه ها و طرحهای آنان قرار می گیرند را شناسایی نمایند. این فرآیند بنام « تجزیه و تحلیل ذینفعان» یا Stakeholder Analysis شناخته می شود، در طی این فرآیند به چهار سؤال حیاتی ذیل پاسخ داده می شود:

- چه افرادی تحت تأثیر برنامه یا طرح مورد نظر قرار می گیرند؟
- چه افرادی به لحاظ زمانی، مالی، منابع و یا علایق در این برنامه یا طرح، سرمایه گذاری نموده اند؟
- در صورتی که فرآیند اطلاع رسانی و آگاه سازی برای جلب مشارکت مردم برای انجام این برنامه یا طرح به خوبی انجام نشود، سازمان از نظرات چه گروه هایی بی بهره می ماند؟
- 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 فرصت ها، انتخاب ابزار و روشهای مناسب و متناسب حائز اهمیت بسیار است.
- روشهای کمی نظیر مطالعات پیمایشی گر چه بسیار ارزشمند است ولی تصاویر مقطعی از عقاید بیماران بدست می دهد و نیازمند طراحی و مدیریت دقیق اجرایی جهت دستیابی به نتایج است.
 - روشهای کیفی شامل گروههای متمرکز و مصاحبه نیز می تواند داده های بسیار مناسبی را در خصوص ارزشها، عقاید و باور بیماران بدست دهد.
 - ترکیبی از روشهای فوق که بنا به نظر محققین بر حسب نیاز در بسیاری موارد می تواند کاربرد داشته باشد.
 - Experience Based Design (EBD)، طراحی مبتنی بر تجربه است و ابزار جامعی جهت حمایت از بیماران و کارکنانی که تمایل به مشارکت در تامین ایمنی، کیفیت و بهبود ارائه خدمات دارند، بشمار می رود. (۶)

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

National Consumer Council اصولی را تحت عنوان رؤوس "نه گانه" ذیل جهت فرایندهایی که می توان 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 بحث های شرکت کنندگان در مشارکت، اولویت دهد.
۸. فرآیند بمنظور بهبود خدمت، بازبینی و ارزشیابی شده باشد.

۹. جامعه مشارکت کننده به خوبی از هدف برقراری تعامل، آگاه شده باشند. (۶)

ابداعات نظام سلامت یکی از کشور های پیشرفته بمنظور تضمین مشارکت فعال بیماران و جامعه :

در جوامع پیشرفته، تشکیل شوراهای سلامت، شکل گیری دیدگاه برنامه ریزی خدمات اجتماعی و سلامتی مبتنی بر نیاز های بیماران، افزایش انتظارات در مورد حقوق و مسئولیت های 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 جزئی از وظایف مراکز بهداشتی درمانی، در شکل گیری و تثبیت مشارکت بیماران و جامعه، نقش اساسی داشته است. (۸)

Patient Information تضمین اطلاع رسانی به بیماران متناسب با تشخیص و درمان آنان از ضروریات ارائه خدمات ایمن و کیفی است. آگاه سازی مناسب به بیماران گرچه فرآیند طاقت فرسایی است لیکن با توجه به پیامدهای ارزشمند آن در راستای توانمند سازی بیماران در اتخاذ تصمیمات لازم پس از کسب اطلاعات ضروری، الزام ترویج آن را بدیهی نموده است.

بررسی تجربیات بیماران و اندازه گیری نتایج ارائه خدمات از دیدگاه بیماران (Patient Reported Outcome Measures & Patient Experience Surveys) اطلاعاتی را فراهم می نماید که عملکرد ارائه دهندگان 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 جنبه هایی نظیر میزان درد، سلامت روانی و توان و قدرت حرکت، سووال می شود. بدین ترتیب اثربخشی پروسیجر انجام شده از دیدگاه بیماران از نظر این سه جنبه از سلامت، مشخص می شود.

PALS) Patient Advice and Liaison Services (به معنای خدمات مشاوره و ارتباط با بیمار 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 نگرانی ها و ملاحظات بیماران و گیرندگان خدمت و حل مشکل آنان با حداقل بوروکراسی است. این فرآیند که خود می تواند منجر به شناسایی خطرات و معضلات ایمنی شود، جزئی از مدیریت خطر اثربخش و حاکمیت بالینی محسوب می شود. (۶)

در خاتمه فرهنگ سازی و تقویت باور کارکنان و مدیران در ارتباط با موارد ذیل بر تحکیم مبانی مشارکت بیمار و جامعه می افزاید :

- ❖ بیمارستان تاسیس 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 اوشرافتمندانه رفتار کنیم
- ❖ بیماران شرکای اصلی و همراه ما در اعتلای سازمانی هستند
- ❖ خروجیهای سلامتی و سازمانی مرتبط با بیمار، مهمترین دستاورد کار ما هستند
- ❖ عالی ترین هدف ما سلامت و رضایت بیمار است
- ❖ نظریات بیماران در حیطه کیفیت خدمات، آینه ای صاف از نقاط ضعف وقوت عملکرد ماست

- ❖ تحلیل ایده ها و انتقادات بیماران و بکار بستن راهکارهای بهبود مبتنی بر آن، می تواند ضمن ارتقاء کیفی خدمات ، جلوی هزینه های اضافی بیمارستان را بگیرد
- ❖ همانقدر که رضایت و آرامش بیمار مهم است تامین 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)

- روشی پایا و موثر برای شنیدن صدای بیمار بصورت فعال حین بستری و پس از آن
- فرآیندی مستمر و تاثیرگذار بر روشهای بیمارستان برای اندازه گیری و تحلیل رضایت بیمار و شکایات وی
- انتقال اطلاعات مورد نیاز به بیماران برای آگاهی از حقوق، امکانات، توانمندی تیم بالینی و طرح درمان
- گمردن واحدهای متولی و افراد مسئول برای پاسخگویی به نیازهای آموزشی، اجتماعی، حقوقی و فردی بیمار حین بستری و دوره مورد نیاز پس از آن
- نظر سنجی های اجتماعی و فردی از بیماران برای بهبود روال مدیریت بیمارستان در منطقه تحت پوشش
- برگزاری نشستهای هم اندیشی و ارزیابی از موفقیتها و چالشهای بیمارستان با جمعیت تحت پوشش

آموزش و مهارت آموزی (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 می داند، پایه ریزی شود» (۱۰)

سازمانی می تواند 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، مهارت آموزی و توسعه دانش پرسنلی یک فرایند ادغام یافته در حاکمیت بالینی است. این امر نه فقط به پرسنل برای ارتقای مهارت هایشان کمک می کند بلکه باعث کمک و حمایت از آن ها برای انجام کار به شیوه های مختلف می شود. (۴) هدف کلیه برنامه های 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 برنامه های مختلف آموزشی داخل و یا خارج سازمانی

۳ - برگزاری برنامه های آموزشی مورد نیاز با توجه به نیازسنجی های انجام شده. (۱۱)

توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی یا CPD (continuing professional development) لازمه هر سازمانی است که می خواهد حاکمیت بالینی را به اجرا در آورد. توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی (CPD) عبارت است از فرایند یادگیری مداوم برای تمام افراد و تیم های حرفه ای، که بتوانند توانایی های خود در مواجهه با نیاز های بیماران، گسترش داده و به ارائه خدمات سلامت بپردازند. (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 برنامه های آموزشی ، نشان می دهد. ، برای آموزش افراد، تدریس صرف دستورالعمل ها کافی نیست بلکه فعالیت هایی که آنان را تشویق به مشارکت، بحث و کار عملی کند، موثرتر است. (۱۰)

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

- دانش پذیر، آشنایی قبلی با مطلب داشته باشد.
- براساس نیاز سنجی انجام شده از فرد ، برنامه ریزی شود.
- بر محور مشکلات او، بنا شود. (problem-centered)
- مشارکت فعال فرد را در طی آموزش در برداشته باشد.
- از منابع خود دانش پذیر، استفاده کرده و براساس تجربیات او ارائه شود.
- شامل بازخورد های 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 ابزار های توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی (CPD) برنامه توسعه فردی یا (PDP) (personnel development plan) است. برنامه توسعه فردی (PDP) به پزشکان و پرستاران و کارکنان سلامت این امکان را می دهد که قدم هایی را که برای رسیدن به اهداف و موفقیت های شغلی برداشته اند، ثبت نمایند.

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

برنامه توسعه فردی ، فرایندی مستمر برای ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای دست یافتن به آن نیاز ها است. این فرایند توسط سیستمی که به طور منظم این فرایند یادگیری را ارزیابی می کند، پشتیبانی شده و میزان پیشرفت و برنامه های آینده را طرح ریزی می کند. مستند سازی این فرایند همان تدوین PDP است که به کارکنان در اولویت بندی اهداف و تعیین میزان پیشرفت خودشان کمک می کند. (۱۳)

بنابراین برنامه توسعه فردی (PDP) در واقع فرایندی است که به شما کمک می کند که به دانسته ها، عملکردها و موفقیت های خود فکر کنید و برای توسعه و پیشرفت فردی، آموزشی و شغلی خود برنامه ریزی کنید. (۱۴)

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

اجزای «برنامه توسعه فردی» چیست؟

برنامه توسعه فردی دارای اجزای زیر است :

- ۱ - نیاز سنجی و ارزیابی نیاز های 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 (۱۰و۱۴)

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

- ۱ - **Specific** اختصاصی و مشخص باشد. به طور مثال « من می خواهم روش های مدیریت زمان را فراگیرم تا پروژه هایم را در وقت مقرر و بدون اضطراب به پایان برسانم» به جای آن که بگوییم « من می خواهم یاد بگیرم که چگونه زمان را مدیریت کنم».
 - ۲ - **Measurable** قابل اندازه گیری باشد. مانند «من می خواهم قادر باشم خودم را با توجه به برنامه های هفتگی که برایم مشخص شده، تنظیم کرده و برنامه ها را به موقع به پایان ببرم»
 - ۳ - **Achievable** قابل دستیابی باشد. مانند « من می دانم که کارگاه ها و کتاب هایی در خصوص مدیریت زمان وجود دارد که می توانم از آن ها استفاده کنم».
 - ۴ - **Realistic** واقع گرایانه باشد. مانند «من صبح های پنج شنبه وقت آزاد دارم و این زمان را صرف یادگیری روش های مدیریت زمان خواهم کرد»
 - ۵ - **Time-bound** با تعیین زمان باشد. مانند « من پروژه را انجام می دهم و براساس تاریخ های 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 آن ها می شود، 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 تدوین کننده «برنامه توسعه فردی» دارند و به خصوص مشورت با افرادی که مرشد و مربی فرد هستند، می تواند در انتخاب اهداف مناسب، موثر واقع شود. (۱۰)

انجام پرسشی ها و طی مراحل زیر به فرد در تدوین اهداف با خصوصیات بالا، کمک می کند:

- ۱ - در حال حاضر من کجا هستیم؟ (تعیین نقاط قوت و ضعف- گرفتن بازخورد از دیگران- توجه به شاخص های عملکردی خود- توجه به اولویت هایی که اثر فوری تری بر آینده ما دارند)
- ۲ - می خواهم به کجا برسم؟ (تعیین جایگاهی که می خواهیم به آن برسیم- روشن کردن دلایل رسیدن به این جایگاه)
- ۳ - چگونه می توانم به جایی که می خواهم برسم؟ (تعیین دقیق راه رسیدن به هدف و تعیین استراتژی با صرف وقت کافی برای آن)
- ۴ - چه منابعی (دولتی، فردی، فرصت های آموزشی و غیره) می تواند به من کمک کند؟
- ۵ - چه چیزی می تواند مانع رسیدن و یا باعث کند شدن من برای رسیدن به هدفم شود؟
- ۶ - چه زمانی می خواهم به موقعیت مورد نظرم دست یابم؟ (برنامه ریزی و زمان بندی برای رسیدن به هدف)
- ۷ - مستند سازی و ثبت (ثبت و نوشتن کلیه مراحل بالا)
- ۸ - تعیین شاخص هایی برای ارزیابی پیشرفت برنامه. (۱۰ و ۱۴ و ۱۵)

نوشتن و مستند سازی «برنامه توسعه فردی» به شما کمک می کند که میزان پیشرفت خود را بسنجید، از این اطلاعات برای کاربایی استفاده کنید و آن را می توانید 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)

با توجه به شرایط کنونی که در ابتدای مسیر استقرار و اجرای حاکمیت بالینی هستیم و با توجه به آن که هنوز مهارت کافی برای تدوین «برنامه توسعه فردی» یا PDP را به تنهایی نداریم، می توان هر یک از کارکنان با کمک مسوول مافوق خود، تدوین برنامه توسعه فردی را انجام داده و نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت های خود را شناسایی (swot analysis) نموده و اهداف خود را براساس نیازهای سازمانی تعیین و مسیر حرکت بعدی خود را مشخص نموده و برای آن برنامه ریزی نمایند. هم چنین در فواصلی که با یکدیگر به توافق رسیده اند که می تواند هر سه ماهه یا شش ماهه باشد اجرای برنامه را مورد ارزیابی قرار داده و خط مشی بعدی را مشخص نمایند.

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

مراقبت های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار همراه است. (۱)

بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آن ها مطابق با بهترین شرایط و استاندارد ها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد (۴)

احتمال بروز خطر به معنای امکان بروز یک حادثه ناخوشایند و یا از دست دادن (loss) است و قسمتی از زندگی طبیعی ما به شمار می رود. ما همیشه در معرض دامنه وسیعی از موارد خطر زا هستیم و قسمت زیادی از وقتمان را در تلاش برای اجتناب از تصادف، جراحات و یا حوادث ناخوشایند بسر می بریم. پیش بینی حوادث و خطرات و کاهش احتمال بروز آن ها در واقع همان مدیریت خطر است. (۱۷)

با توجه به رویکرد سیستمیک و عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد (جایز الخطا است)، نحوه طراحی سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکست ها، تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار، است. لازم به ذکر است که خطا لزوما منجر به آسیب و صدمه نمی شود. ارزیابی حوادث نه به عنوان 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، نشان می دهد. (۱۸)

انواع خطاها:

خطا ها به صور مختلف تقسیم بندی می شوند. 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 - زمانی که اقدامات و فعالیت های انجام شده بر طبق انتظار و به شکلی صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد.

۲ - 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 برنامه ریزی و دیگری در مرحله اجرا. (۱۸)

خطاهای مرحله برنامه ریزی (Planning Error):

این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیت های مرتبط با حل مسئله رخ می دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می سازند که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق نشود. این دسته از خطاها بعلت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روشهای درمان و تجویز دارو هستند. استراتژی کاهش خطاهای مرحله برنامه ریزی، انجام پژوهش، تحقیق، مطالعه و انجام رویههای پزشکی مبتنی بر شواهد است که در این مسیر، تدوین برنامه های مراقبتی اثربخش به منظور کاهش خطر و بهبود پیامدهای بالینی بیماران از جمله روش هایی است که توصیه می شود. (۱۸)

خطاهای مرحله برنامه ریزی 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 بمنظور درمان MI سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور خواهد شد. همچنین تجویز آنتی بیوتیک برای بیمارانی که آلرژی دارند یک خطای پزشکی در مرحله برنامه ریزی بحساب می آید. دیگر مثال هایی که در آن برنامه ریزی مراقبت های درمانی سبب ارتقاء ایمنی خدمات برای بیماران میشود شامل: پروفیلاکسی مناسب آنتی بیوتیک و استفاده موثر از پروفیلاکسی به منظور پیشگیری از ترومبوآمبولی است. همچنین تخلیه مداوم ترشحات حلق و حنجره بمنظور 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 می شود. (۱۸)

خطاهای مرحله اجرا (Execution Error):

نوع دوم خطاها، به صورت غیر عمد حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند. زمانی که این نوع از خطاها اتفاق می افتد، خود را در ارتباط میان بیمار و ارائه کننده مراقبت نشان میدهد. خطاهای اجرایی ممکن است به علت (lapse) یا (slip) رخ می دهد. Slip: این خطای وقتی رخ می دهد که در طی انجام روتین وظایف وقفه ای ایجاد می شود. مثلاً وقتی هنگام آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا حواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده شود. (۱۸)

Lapse: وقتی اتفاق می افتد که از یک گاید لاین پیروی نمی شود. به طور مثال وقتی یک فرد مراقب سلامت با یک وضعیت پیچیده بالینی مواجه شده و از گاید لاین به علت آن که برای مشکل پیش رو به راحتی قابل استفاده نیست، پیروی نمی کند. در نتیجه خطای نوع Lapse اتفاق می افتد. Slip و Lapse روزانه رخ می دهند و معمولاً مشکلات زیادی را باعث نمی شوند. خطاهای نوع Slip مسئول ۹۰٪ خطاهایی است که در حوزه مراقبت های سلامت رخ میدهد و علت آن شرایط و موقعیتی است که ارائه کننده خدمات درمانی در آن قرار دارد. این نوع خطاها (Slip و lapse) در حوزه مراقبتهای سلامت میتوانند نتایج مهم یا بی اهمیتی 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 عملکرد های روتین، قطع ارتباط، استرس و فراموشی. این عوامل نیز دلایلی دارند مانند:

۱. عدم حمایت کافی قوانین، سیاست ها و رویه ها 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 مراقبت های پزشکی ناشی از وضعیت یا موقعیتی ناآشنا و نامانوس که ارائه کنندگان خدمات سلامت با آن روبرو می شوند. کمبود اطلاعات سبب رخداد خطا در حوزه مراقبت سلامت می شود. برای مثال زمانی که پرستاری مشغول به فعالیت در واحدی جدید با فعالیت های غیر تکراری و نا آشنا که آموزش کافی برای آن ندیده است، می شود، متعاقب آن با مشکلات متعددی مواجه میشود. این دلیل از جمله دلایلی است که سبب بالا بردن احتمال رخداد خطا حین ارائه خدمت می شود. علاوه بر آن، نداشتن دانش و آگاهی پرسنل در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی نیز سبب حدوث خطا در بالین بیمار می شود.
۳. زمانی است که ارائه کننده خدمات سلامت، مهارت موردنیاز برای اعمال یک مداخله مشخص درمانی را به علت نداشتن تحصیلات و تجربه در آن زمینه خاص، نداشته باشد و نتیجتاً خطایی که رخ می دهد، سبب انجام نادرست عملکرد می شود. (۱۸)

انواع خطاها (۱۸)

مرحله بروز خطا	تعریف	قابلیت تشخیص خطا	نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرد	مثال
خطا در برنامه ریزی	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 برنامه ریزی محسوب می شود.
خطا در اجرا	شکست در تکمیل برنامه‌ی از قبل طراحی شده	قابل مشاهده است	اعتماد به عملکردهایی که به صورت روتین انجام می شود. حواس پرتی، استرس و فراموشی پرسنل	پرستار، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است، را تزریق می کند. در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا، اشتباه صورت گرفته است. دلایل خطا می تواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد.

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

- طبقه بندی دیگری که برای خطاها میتوان ذکر کرد تقسیم بندی انواع خطاها به دو گروه فعال و مخفی است. افراد از خطاهای فعال آگاهی بیشتری دارند زیرا که این دسته خطاها بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند. خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت بوقوع می پیوندند. 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. مثال هایی از خطاهای مخفی در ارائه دارو را می توان به شرح ذیل بیان داشت:
۱. عملکرد بی ثبات و متغیر داروخانه ها در انبارداری دارو هایی که اسامی مشابه یا اشکال مشابه دارند.
 ۲. نبود سیاستهایی برای برچسب زدن دارو ها با نام های ژنریک و تجارتي.
 ۳. عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوزاژ دارو برای داروهای پرخطر یا بیماران آسیب پذیر.

۴. استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده.

لیست خطاهای فوق الذکر زمانی که تمامی جوانب مربوط به ایمنی بیمار لحاظ شود حتی از این هم گسترده تر خواهد بود. گفتنی است خطاهای مخفی می توانند تحت شرایط مقتضی به خطاهای فعال تبدیل شوند. به عبارت دیگر خطاهای مخفی با عنوان اتفاقاتی شناخته می شوند که منتظر وقوع هستند، درحالیکه خطاهای فعال نقطه توجهی برای شروع تحلیل ریشه ای بوده و اغلب با تجزیه و تحلیل عوامل موثر در وقوع خطا به روش تحلیل ریشه ای و قایع (Root Cause Analysis)، مجموعه ای 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 شیوه های 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 میماند	عدم جداسازی داروهای با اشکال مشابه. نبود سیاست یا رویه خاصی در ارتباط با تعیین محل صحیح جراحی.

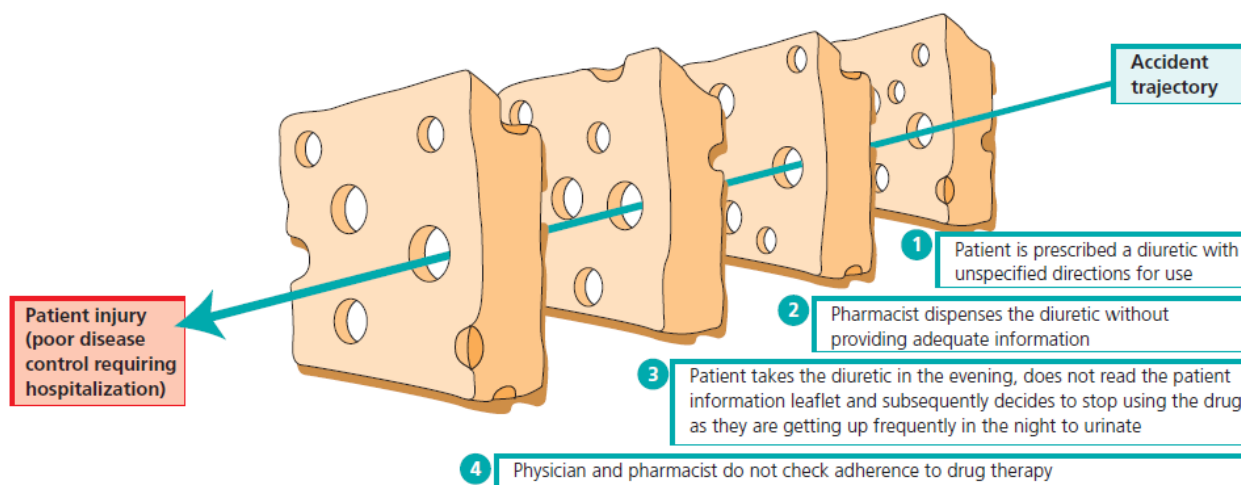
خطاهای عمدی (Intentional) / سهوی (Unintentional):

طبقه بندی دیگری که در ارتباط با خطاها مطرح است، خطاهای برنامه ریزی و اجرایی است که خطا در آن میتواند عمدی یا سهوی در حیطه برنامه ریزی و اجرا باشد. خطاهای عمدی اغلب ناشی از روحیه و عوامل انگیزشی کارکنان است که با سیستمهای مدیریتی / رهبری یا فرهنگ سازمانی در ارتباط است. تخلفات ممکن است در نتیجه بار کاری زیاد و مدت زمان محدود برای انجام کار بوده و سبب نقض قوانین، مقررات و رویه های اجرایی می شود. نقض قانون امکان دارد بعلت قانون شکنی، انجام اقدامات غیر ایمن و عمدی، استفاده از الکل و مواد مخدر، بکارگیری پرسنل غیر آموزش دیده یا حوادثی باشد که سوء استفاده از بیماران را سبب شود. این گونه خطاها، بجای استفاده معمول از روش RCA (تحلیل ریشه ای وقایع) برای بررسی و تحلیل خطا، از طریق مدیریت و مسئولان قانونی مجاز، اداره و کنترل می شوند. تمامی خطاها به صدمه / آسیب منجر نمیشوند. خطاهایی که به صدمه، آسیب یا جراحت منجر می شوند گاهی اوقات از آنها با عنوان وقایع ناخواسته قابل پیشگیری یاد می شود. وقایع ناخواسته آسیبی است که در نتیجه مداخله پزشکی رخ می دهد و وابسته به وضعیت بیمار در زمان بستری نیست. در حوزه مراقبت های بالینی، آسیب های قابل پیشگیری در حدود ۳ تا ۴٪ از بیماران بیمارستان را در بر میگیرد. از جمله این آسیب ها، تجویز دارو به بیمارانی است که نسبت به دارو آلرژی و حساسیت دارند. آسیب دیگر زمانی است که پیش از انجام عمل جراحی، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به فرد مربوطه تزریق نشود. هر دوی این موارد را جزو خطاهای پزشکی بشمار میآورند. آسیب غیر قابل پیشگیری میتواند شامل

تجویز یک داروی جدید به بیماری باشد که آن دارو را قبل از این دریافت نکرده است ولی بعد از مصرف آن دارو بدن وی واکنش نشان می دهد. (۱۸)

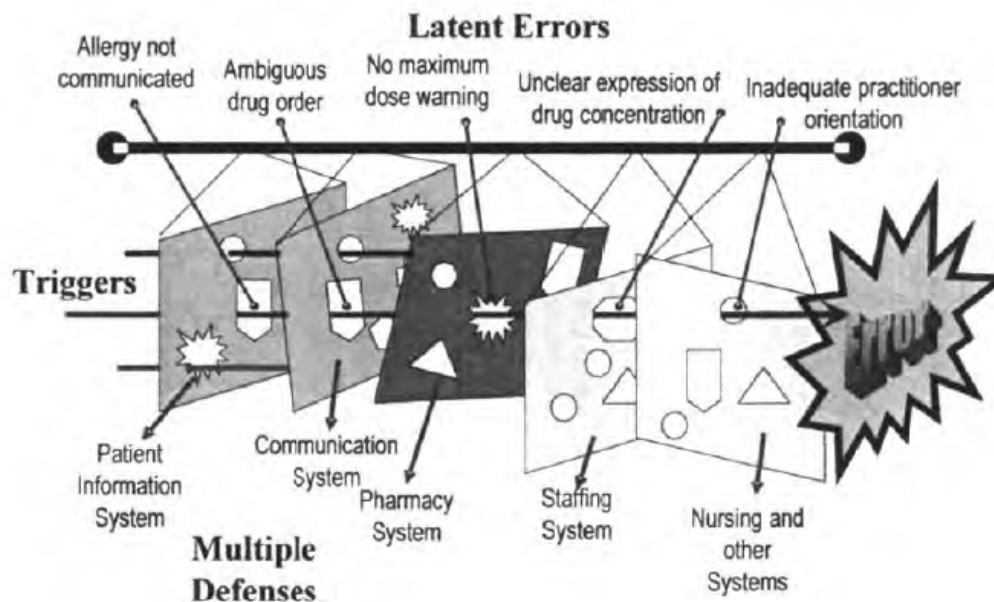
چرا خطاها اتفاق می افتند؟

به طور مرسوم، خطاها به صورت یک حادثه منفرد (خطای فعال) دیده شده و در سطح ارتباط مستقیم بین بیمار و ارایه دهنده خدمت رخ داده و بعد از وقوع آن آنالیز می شوند. در حالی که در رویکرد جدید براساس مدل‌هایی که در سیستم های نیروی هوایی و نیروگاه های اتمی وجود دارد استفاده 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 و یا Multiple Defense را مطرح می کند که به منظور جلوگیری یا کاهش بروز خطاها، طراحی شده است و به مدل پنیر سویسی (Swiss Cheese Model) معروف است. هر لایه از این مدل مانند یک لایه محافظ و دفاعی تلقی می شود. (۱۸) این مدل لایه های دفاعی سیستم را به لایه های پنیر تشبیه می کند که هر کدام از این لایه ها سوراخهایی دارند که نشان دهنده نقص در ایمنی هستند. حضور یک سوراخ در یک لایه ممکن است باعث حادثه ناگواری نشود چون لایه های دیگر به عنوان محافظ عمل می کنند. ولی اگر سوراخ های هر لایه در امتداد هم قرار گیرند، خطا به وقوع می پیوندد که نشان از نبود لایه های دفاعی برای پیشگیری از بروز خطا بوده است. در این مفهوم از دیدگاه وجود عوامل کمکی متعدد در بروز خطا حمایت می شود. شکل زیر وقوع یک خطا را با استفاده از مدل پنیر سویسی مشاهده میکنید. پزشک و داروساز به بیمار داروی دیورتیک تجویز می کنند 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 برای ادرار کردن در طول شب، خودسرانه دارو را قطع می کند و پزشک نیز بیمار را پیگیری نمی کند و این مسئله منجر به بستری شدن بیمار می شود. (۱۷)



مثال دیگر در خصوص خطای «انجام عمل جراحی در محل اشتباه» عوامل کمک کننده متعددی شامل محدود بودن وقت، وجود جراحان متعدد، انجام روش های جراحی متعدد روی یک بیمار، تجهیزات غیر معمول و وضعیت فیزیکی بیمار می تواند منجر به بروز خطا در محل عمل جراحی بیمار شود. (۱۸)

مفهوم دیگر در نحوه قضاوت در خطاها مفهوم «قابل مشاهده بودن» و یا **Visibility** است. این مفهوم در رابطه با مشهود بودن خطا است. مراقبت کننده سلامت به وسیله دیگران تنها فرد مقصر در نظر گرفته می شود، بدون آن که بیش از ۹۰٪ موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر فرهنگ غالب بر سازمان، رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و نحوه هماهنگی های درون بیمارستان است و کمتر از ۱۰٪ با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد. بنابر این جا دارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمیک بپردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم. (۱۸)



مدیریت خطر و مراحل آن :

وجود خطر یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمیتوان آن را حذف کرد ولی میتوان آنرا به حداقل رساند. همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است.

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه **reactive** یا واکنشی، بررسی می شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا **proactive** بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود.

در واقع خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و و ما پیوسته تلاش میکنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل می شود. (۱۷)

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می توانند با یکدیگر هم پوشانی 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 فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آن ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم. 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. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد. (۱۷)

❖ مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است 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. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می شود 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)
- در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه حل های موجود کاهش خطر (مادی و غیره) (۱۷)

❖ مرحله چهارم: برخورد با خطر:

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری 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)

شیوه های 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، پروتکل ها و سیر مراقبت (care pathways) برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین 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 باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه 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 خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان 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 .

ه- 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 ، می توان 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 وارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش "low blame" ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهادهای را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند. (۱۷)

در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده، شود.

نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق:

- رهبری همراه بالتزام 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 نمی بخشد. بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود. (۱۷)

جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود.

طراحی ایده ال برای یک سیستم گزارش دهی خطا می تواند شامل موارد زیر باشد: (۱۷)

۱ - کلیات طرح:

- هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود.
- تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا (near miss)، گزارش شود.
- از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود، 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 می کنید.
- 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 می باشند، 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.

۴ - مداخله:

- نقص های زمینه ای سیستم را به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیداکنید.

- محیط های 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 سیاست گزاران توصیه هایی داشته باشید. (۱۷)

تحلیل ریشه ای وقایع: (root cause analysis)

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ میدهد را نیز در برمیگیرد. تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب برمی گردد و اجازه می دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شود. بنابراین سازمانها می توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیریهایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند. (۱۷)

برای مدیریت خطاهای پزشکی گامهای زیر پیشنهاد میگردد: (۹)

- برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگسازی نمایید و عوامل مشوق سازمانی برای گزارشدهی و رفع خطاها در نظر بگیرید.
- به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها (Sentinel Event) ها بویژه در بخشهای پرخطر نظیر اورژانس بپردازید.
- موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرآیند رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) طراحی کنید .
- از پرسنل بخواهید خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارشدهی داوطلبانه یا اجباری نمایند .
- گزارشات خطا را بطور مقطعی بخوانید، طبقه بندی و تحلیل کنید و عوامل کلیدی مسبب آنها را بویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی کنید.
- درصد رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و ایجاد آسیب برآید.
- میزان تاثیر راه حل های خود را بر کاهش آسیبها اندازه بگیرید.

استفاده از اطلاعات (Use of Information):

«اطلاعات زیر بنای هر سیستم دارای استاندارد و کیفیت است»

با معرفی حاکمیت بالینی جهت اجرا به نظام سلامت انگلیس در سال ۱۹۹۸، کیفیت، بعنوان محور اصلاحات قلمداد شد. هدف اصلی حاکمیت بالینی، یکپارچه نمودن کلیه فعالیتهای مؤثر بر مراقبت بیمار در یک استرژژی واحد و یگانه بوده که مشتمل بر ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، کار گروهی و یکسان سازی 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 برنامه ریزی، اجرا، مدیریت و ارزیابی خدمات ضروری است (۴).

زمانی که اطلاعات از صحت کافی برخوردار نبوده و نیز تلاشی برای بهبود اطلاعات انجام نمی شود، استفاده و بکارگیری آنها نیز با مشکل مواجه شده و نارسایی عمده ای در سیستم ایجاد می نماید که همانا عدم تمایل کادر بالینی به جمع آوری اطلاعات است.

Greighton & Nichollos (۲۰۰۱) در خصوص کار با اطلاعات بالینی موارد ذیل را متذکر می شوند :

- کل کادر بالینی را در اتخاذ تصمیم مرتبط به نوع داده ای که قرار است جمع آوری شود، مشارکت دهید .
- از آگاهی مناسب کادر بالینی در ارتباط با دلایل جمع آوری اطلاعات مطمئن شوید .
- کادر بالینی را در خصوص فواید اطلاعات جمع آوری شده در جهت ارتقاء خدماتشان آگاه نمایید .
- اطلاعات را در فواصل زمانی طولانی جمع آوری نمایید تا تغییر آن در طی زمان (روند) مشخص شود .
- در تفسیر تفاوتها و درک روند مهارت لازم را کسب نمایید (۱۹)

لذا بدیهی است که به منظور راه اندازی و استقرار مطلوب برنامه حاکمیت بالینی نیز ، نیاز مند اطلاعات به روز ، صحیح و با کیفیت مناسب جهت ایجاد زیر ساخت ها و امکان پایش مستمر وضعیت بر اساس استانداردها و ارزیابی و الگو گیری از بهترین خدمات هستیم . بخش کلیدی حاکمیت بالینی استفاده از اطلاعات بالینی است که شامل مراحل جمع آوری ، ذخیره ، تجزیه و تحلیل و استفاده از آن است . به زعم ما، داده ها (data) بیشتر به مفهوم اعداد و ارقامی است که مستقیماً مرتبط به خدمات بالینی می شود و اطلاعات (information) ، داده هایی هستند که تفسیر شده و در هنگامی که از کیفیت ارائه خدمات بحث می شود 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. (۲۰)

کیفیت داده ها بر اثربخشی اطلاعات تأثیر گذار است . منظور از داده های با کیفیت بالا ، داده هایی است که کامل ، صحیح ، مرتبط ، قابل دسترس و به روز باشد . بهبود در نحوه جمع آوری اطلاعات ، مدیریت و استفاده از اطلاعات در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران و پایش مستمر و ارزشیابی خدمات، مؤثر است . (۲۱)

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 می نماید، بعنوان نظامی محسوب می شود 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 برنامه ریزی ، اجرا ، مدیریت و ارزیابی خدمات سلامت ضروری است . نظام اطلاعاتی خوب و مطلوب، به کارکنان جهت شناسایی منابعی که به آن نیازمندان و فرآیند های مؤثر و تعیین پیامدها و نتایج، کمک می نماید . نظام اطلاعاتی خوب همچنین به متخصصان سلامت در تعیین اطلاعات برای پژوهش ها ، ممیزی ، اثربخشی بالینی و تدوین راهنماهای بالینی کمک می نماید. (۴)

به طور مثال ، محوریت بیمار و ایمن بودن او از خطرات احتمالی یکی از محور های حاکمیت بالینی است. اطلاعات مرتبط با این محور چه می تواند باشد و چگونه جمع آوری و ثبت می شود؟
موارد زیر می تواند به سوالات ما پاسخ دهد:

- ۱ - تعریف و طبقه بندی 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 گزارش دهی 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 شاخص های ایمنی بیمار در واحدها .

- ۷ - قابلیت استخراج اطلاعات ایمنی بیمار از داده های HIS بیمارستان.
- ۸ - وجود فرم رضایت سنجی از بیمار حین بستری و پس از آن که توسط خود بیمار تکمیل می شود .
- ۹ - امکان دسترسی آنلاین یا کتبی بیماران برای انتقال تجربیات خود از سیر درمان بیماری و رخداد های دوره بستریشان.(۹)

اثربخشی بالینی (Clinical Effectiveness):

تعریف اثر بخشی 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 اطلاع رسانی، تغییر و پایش تشکیل می دهد. 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 می شود، 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 دامنه ای از فعالیتهای ارتقا کیفیت است و شامل:

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

اثر بخشی 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 می کند. (۲۲)

اصطلاح طبابت مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine (EBM) در سال ۱۹۹۲ توسط Guyatt .G و همکارانش از دانشگاه مک مستر کانادا مطرح شد و آوازه آن بطور فزاینده ای به دانشکده های پزشکی در سرتاسر جهان رسیده است. بطوریکه به مقاله ای که در سال ۱۹۹۲ به معرفی پزشکی مبتنی بر شواهد پرداخت، تا سال ۲۰۰۴، ۱۳۰۰۰ بار رفرنس داده شده است. پزشکی مبتنی بر شواهد ادغام بهترین شواهد از پژوهش های 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 می آید و کارآمدی و بی خطری رژیم های درمانی، پیشگیری، ... و ارزش تستهای تشخیصی یا ... را در تغییر مورتالیتی، موربیدیتی یا کیفیت زندگی بیمار در بر می گیرد. در حقیقت پزشکی مبتنی بر شواهد می آموزد که چگونه استفاده کنندگان 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. دوما پزشکان زمان کمی را می توانند به مطالعه اختصاص دهند. در حالیکه تجدید اطلاعات به سرعت صورت می گیرد، هم چنین پزشکان نمی توانند همان روشهای تشخیصی و درمانی زمان فارغ التحصیلی خود را ادامه دهند. چه بسا درمان انتخابی برای یک بیماری با مطالعات جدیدتر ثابت می شود که بی اثر یا حتی مضر بوده است. مطالعات نشان داد ه اند که برای دریافت حدود ۹۵٪

¹Promoting Clinical Effectiveness, DOH 1996

اطلاعات باید هفتگی ۲۰ ژورنال مطالعه نماییم که مسلماً به انجام رساندن آن غیر ممکن است. ضمن اینکه مطالعات نشان می‌دهد دوره های بازآموزی رایج، کارایی کافی ندارند، پس نیازمند آموختن روشهایی برای آموزش مداوم در تمام عمر 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 اصطلاحات 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 بین ورود نتایج تحقیقات و گنجاندن آن در کتاب وجود دارد. نتیجه اینکه قسمت قابل توجهی از کتاب‌های ما بخصوص در زمینه درمان عقب‌تر نتایج تحقیقات هستند. پزشکی مبتنی بر شواهد ابزارهایی ارائه می‌دهد که می‌تواند با مسائل ذکر شده مقابله نماید، EBM نشان می‌دهد که چطور می‌توان در حداقل زمان، اطلاعات ارزشمند بالینی را یافت، نقد نمود و چطور می‌توان آن را در شرایط منحصر به فرد هر بیمار بکار برد. با این روش مداخلات تشخیصی و درمانی معمولاً زمانی بکار 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 کار گیری اطلاعات

۵. ارزیابی نهایی (۲۳)

EBM ادعا می‌کند که می‌تواند خطاهای باورهای ما را پیدا کند و نتیجه آخرین تلاشهای معرفت بشری یعنی بهترین و به روز ترین شواهد را در حیطه های پزشکی در اختیار ما قرار دهد. زمانی که سه جزء بهترین دانش موجود، مهارت بالینی پزشک و ارزش‌ها و ترجیحات بیمار به یکدیگر بپیوندند، 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، نه تنها 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 نمود. (۲۳)

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 (۲۳)

شواهد بالینی را می توان از طرق مختلفی به دست آورد. این روش ها به ترتیب قوت و قابلیت اعتماد از بالا به پایین عبارتند از :

- راهنمای طبابت بالینی
- مرور نظام مند شواهد - گزارش ارزیابی فن آوری سلامت
- کارآزماییهای بالینی تصادفی
- کارآزماییهای بالینی غیر تصادفی
- مطالعات نیمه تجربی
- مطالعات موردی - مطالعات همبستگی - مطالعات غیر تجربی (۹)

راهنماهای بالینی (Guidelines): توصیه های ساختار مندی که به پزشک و بیمار در تصمیم گیری مناسب برای مواجهه با یک شرایط بالینی خاص کمک می کنند. در صورتیکه صحیح، علمی و متناسب با جامعه هدف تدوین شوند، منجر به ارتقا کیفیت و حتی کمیت خدمات سلامت می شوند. تدوین راهنماهای بالینی معمولاً در دو قالب نگارش راهنماهای بالینی اصیل (original) و یا بومی سازی (adaptation) راهنماهای بالینی صورت می گیرد. اکثر راهنماهای بالینی موجود که در نتیجه جستجوهای معمول به دست می آیند، در دسته راهنمای بالینی اصیل هستند ولی اعتقاد بر این است که در کشورهای در حال توسعه مانند کشور ما بومی سازی راهنماهای بالینی در کوتاه مدت و میان مدت می تواند راه کار مناسبی باشد تا این که مهارت های 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 تدوین کنندگان به دانش و علوم متدولوژیک وسیع و متنوعی مجهز باشند و از آن مهمتر تدوین یک راهنمای بالینی اصیل نیاز مند پشتوانه ای غنی از مطالعات اپیدمیولوژیک، کار آزماییهای بالینی، مطالعات مروری و متاآنالیزهایی است که لازم است از قبل انجام شده باشد. بنابراین در حال حاضر بومی سازی راهنماهای بالینی می تواند کار ساز باشد. مفهوم بومی سازی راهنمای بالینی از این تفکر سرچشمه گرفته است که در اکثریت حیطه های مورد نظر، راهنمای بالینی مختلف و متنوعی در نقاط مختلف دنیا تدوین شده است و کافی است که از این میان، 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 بومی سازی شود. در این زمینه بهتر است که حداکثر تعداد ممکن از راهنمای بالینی مناسب مورد استفاده قرار گیرد تا نکته ای حذف نشود. هم چنین مجدداً تأکید می شود که نزدیکی و شباهت راهنمای بالینی انتخاب شده با شرایطی که قرار است برای آن بومی سازی شود بسیار حائز اهمیت است. این شباهت به خصوص در زمینه کاربران راهنمای بالینی (ارائه دهندگان خدمات سلامت که قرار است از راهنمای بالینی استفاده کنند مثلاً پزشکان عمومی شاغل در اورژانسها)، جامعه هدف راهنمای بالینی (افرادیکه راهنمای بالینی با هدف ارتقا سلامت آنها نگارش شده است) از نظر جغرافیایی، اقتصادی و... باید مورد توجه ویژه قرار گیرد. نکته بسیار مهم دیگری که در تدوین راهنمای بالینی و به خصوص بومی سازی آنها از اهمیت بسیاری برخوردار است، بحث به اجماع رسانی است. مطلوب است که در مورد تک تک توصیه های یک راهنمای بالینی میان صاحب نظران آن حیطه، اجماع و اتفاق نظر وجود داشته باشد و این امر در بومی سازی راهنمای بالینی و به ویژه در شرایطی که شواهد کافی برای یک توصیه وجود ندارد، اهمیت دوچندان می یابد. در تدوین تک تک توصیه های یک راهنمای بالینی باید به هزینه ها توجه نمود سعی در کاهش هزینه ها (بدون وارد آوردن آسیب به کیفیت خدمات ارائه شده) داشت. در واقع یکی از

دلایل بومی سازی راهنمای بالینی، تطابق توصیه های 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 نکته ای است که نباید از نظر دور نگهداشته 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 می تواند به عنوان ابزاری برای این منظور نیز مورد استفاده قرار گیرد. تدوین استانداردها معمولاً براساس راهنمای بالینی علمی و مورد توافق صورت می گیرد و درواقع راهنمای بالینی نقش بسیار مهمی در چرخه های ممیزی بالینی دارند. از سوی دیگر در حین انجام فرایند تدوین استانداردها و انجام ممیزی براساس آنها، تا حدود زیادی می توان تناسب و اثربخشی یک راهنمای بالینی را نیز بررسی و ارزیابی نمود. (ممیزی بالینی در بخش بعد توضیح داده می شود). (۲۴)

برای کمک به تصمیم گیریهای 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 جایگزین 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/بودجه ای 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 "تایید راهنماهای طبابت بالینی" را برای به اشتراک گذاری نتایج این فعالیت در سطح بیمارستانهای دانشگاه و اعتبار بخشی علمی 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 در بهنگام مورد استفاده کادر بالینی قرار گیرند.
- دوز و شیوه مصرف داروهای رایج بخش و تعریفی از اختصارات مورد استفاده کلینیکی و پاراکلینیکی را بصورت کارت در محلی در دسترس و دید پزشکان قرار دهید.

ممیزی بالینی (Clinical Audit):

ممیزی بالینی بخشی از پاسخگویی حرفه ای در حاکمیت بالینی محسوب می شود. یعنی ارائه دهندگان 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 می شود. 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 می شود، چرا که ممیزی بالینی با ارتقاء کیفیت خدمات بالینی موجب کاهش خطر و خطاهای سیستم می شود. 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 می شود:

یک فرایند ارتقا کیفیت، که با هدف ارتقای کیفیت خدمات و مراقبتهای ارائه شده به بیماران و بهبود نتایج حاصل از آن صورت می گیرد و این عمل را از طریق مرور نظام مند وضعیت موجود و تطابق آنها با استانداردهای صریح و روشن و انجام مداخله و ایجاد تغییر به انجام می رساند. یک تفاوت مهم میان ممیزی بالینی و سایر انواع ممیزی این است که ارائه دهندگان خدمات سلامت، ممیزی بالینی را از آن خود می دانند (در حالت ایده ال)، آنها خودشان فرایند ممیزی را انجام می دهند، خودشان در مورد یافته های حاصل از آن بحث می کنند و به نتیجه می رسند، خودشان تغییرات را اعمال نموده و منجر به ارتقا کیفیت می شوند. در **حالی که در سایر انواع ممیزی، شخصی از بیرون می آید و سازمان را ممیزی می کند**. توجه داشته باشید که انجام فرایند ممیزی داخل یک مجموعه بالینی، الزاما به معنای انجام یک پروژه ممیزی بالینی نیست. (۲۵)

چرخه انجام ممیزی بالینی:

در منابع مختلف اجزا و مراحل مختلف و بعضا متفاوتی برای انجام یک فرایند ممیزی بالینی ترسیم شده است. چرخه ممیزی بالینی می تواند این گونه 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

همان طور 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 نهایتا 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

پروژه های ممیزی معمولا باید بر روی موضوعاتی متمرکز شوند که بیشترین نتیجه را برای بیماران به همراه داشته باشند. مثلا 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 معمولا از شکایات یا عوارض درمان منتج شده اند).
- تواتر زیاد داشته باشند، خطرناک باشند یا هزینه زیادی به سیستم تحمیل کنند.
- راهنمای بالینی آنها در دسترس باشد (۲۵)

۲- تشکیل تیم ممیزی

ممیزی ها می توانند تک رشته ای (در حیطه کاری فقط پرستاران یا فقط پزشکان یا) یا چند رشته ای (با مشارکت بیش از یک رشته یا حرفه) باشند. اگر فرایندی که شما قصد ارتقای کیفیت آن را دارید اثراتی بر رشته ها یا حرفه های خارج از حیطه کاری شما دارد، حتما با صاحبان آن حرفه ها مشورت نمایید و مطمئن شوید که آنها در مراحل اولیه از فرایند شما درگیر شده اند. به طور مثال اگر پروژه شما در مورد ارجاعات بیماران در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات درمانی است، مثلا ارجاع از مطب پزشک به بیمارستان، سعی کنید تمام این افراد را، حتی اگر از سازمانهای مختلفی هستند در تیم ممیزی تان وارد نمایید. در نظر داشته باشید که ترجیحا تعدادی از بیمارانی که این مراحل را طی نموده اند (یا همراهان آنها) نیز در فعالیتهای تیم درگیر شوند یا حداقل نظرات آنها از طرق دیگری دریافت شده و در اصلاح فرایندها لحاظ شود. (۲۵)

۳- تعیین اهداف عینی و استانداردها

در مورد اینکه هدف کلی تان از انجام پروژه چیست، تصمیم گیری نمایید و آن را در قالب یک عبارت که به بهترین شکل هدف و نتیجه مورد نظر شما از انجام این فرایند را بیان می دارد بنویسید یا سوالی مطرح نمایید که انجام پروژه به شما پاسخ دهد، سپس مرحله ای 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. (۲۵)

استانداردهای ممیزی سطح قابل قبول کیفیت ارائه خدمت را مشخص نموده و با اهداف عینی پروژه مرتبط است. در تعریف هر استاندارد معمولا دو جز هدف (به معنای درصدی از افراد جمعیت مورد بررسی، که حتما باید خدمت مورد نظر را با کیفیت استاندارد دریافت کنند) و استثنا (مواردی که با دلایل موجه ممکن است خدمت استاندارد را دریافت ننمایند) تعریف می شود. استانداردها همیشه باید بر مبنای در دسترس ترین 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 پروتوکولها 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 ناحیه ای وجود دارد. (۲۵)

۴- انتخاب نمونه و نمونه گیری

نمونه باید به قدری کوچک باشد که بتوان به سرعت اطلاعات آن را جمع آوری نمود و باید به اندازه ای بزرگ باشد که نتایج آن قابلیت تعمیم به جمعیت هدف را داشته باشد. (۲۵)

۵- طراحی روش جمع آوری داده ها و اجرای آن

فقط آن دسته از اطلاعات را جمع آوری نمایید که برای بررسی وضعیت موجود و مقایسه با استاندارد، مورد نیاز است. جمع آوری 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. (۲۵)

۶- تجزیه و تحلیل اطلاعات

همه داده هایی را که به دست آورده اید 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؟ (۲۵)

۷- گزارش یافته ها و تهیه گزارش

نتایج حاصل از بررسی تان 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 به روز سازی 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. (۲۵)

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 می کند مطابق با بهترین استانداردها باشد. توجه داشته باشید که هر تغییری منجر به ارتقا کیفیت نمی شود. تغییر را فقط برای اینکه تغییری داده باشید اعمال نکنید. (۲۵)

۹- انتشار نتایج

معمولا پروژه های ممیزی کارهای خوبی هستند که دیگران از دانستن آن بهره می برند. پس ماحصل کارتان را در قالب یک مقاله، پوستر یا سخنرانی در یک کنفرانس ارائه نمایید. (۲۵)

۱۰- در نظر داشتن اخلاقیات

بر خلاف طرحهای تحقیقاتی، در پروژه های ممیزی بالینی نیازی به تصویب طرح در کمیته های اخلاق در پژوهش و کسب تاییدیه اخلاقی وجود ندارد. ولی پروژه های ممیزی بالینی نیز باید از ابتدا تا انتها در یک قالب کاملا اخلاقی، انجام و هدایت شوند. (۲۵)

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

❖ در بیماران ترومایی با معرفی پروتوکل برای لوله گذاری نای، ۷۵٪ افزایش در لوله گذاری مناسب در بیماران که GCS کمتر از ۸ دارند، ملاحظه شد.

- ❖ با بازبینی ترمیم فتق ها و انجام روش **lichtenstien**، ۶٪ کاهش در عود اتفاق افتاد.
- ❖ با آموزش دادن به ماماها به منظور بهبود آموزش به مادران در خصوص تغذیه با شیر مادر، طی ۶ هفته ۱۲٪ افزایش در تعداد مادرانی که نوزادشان را با شیر خود تغذیه می کردند، اتفاق افتاد. (۲۶)

مدیریت کارکنان (Staff & staff management):

«بیماران حق دارند که توسط کارکنانی حرفه ای با مهارت ها و تخصص های مرتبط و به روز، تحت مراقبت قرار گیرند» (۴)
یکی از حیطه های مدیریت منابع، مدیریت کارکنان است. با انتخاب صحیح نیروهای انسانی، می توان بنیان صحیحی برای سازمان تدارک دید.

مدیریت کارکنان چیست؟

مدیریت کارکنان شامل به کار گیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت های فردی و شغلی و تامین رفاه ایشان است. با توجه به تعریف بالا، مدیریت کارکنان شامل موارد زیر است:

- ۱ - جای گذاری 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 می شود، آماده شوند .
- ۳ - اطمینان از رضایت شغلی کارکنان

با منطبق کردن بهترین عملکرد (Best Practice) درمدیریت منابع انسانی، با بهبود مستمر رضایت شغلی کارکنان و توسعه مهارت های فردی و شغلی آنان، می توان باعث افزایش کیفیت ارائه خدمات به بیماران شد . این امر اهمیت مدیریت کارکنان در اجرای حاکمیت خدمات بالینی را نشان می دهد.

ممیزی بالینی می تواند به عنوان مکانیسمی برای یادگیری، به مدیریت کارکنان کمک کند. ممیزی بالینی می تواند تغییراتی را که برای بهبود ارائه خدمات به بیماران نیاز است نشان دهد و این نیاز ها شامل نیازهای آموزشی کارکنان نیز می شود. هم چنین ممیزی بالینی می تواند نشان دهد که آیا در یک مرکز ارائه خدمات سلامت ، تلفیق مناسبی از دانش و مهارت کارکنان برای انجام امور محوله وجود دارد.

هم چنین مشارکت بیماران و مردم نیز می تواند به عنوان ابزاری برای یادگیری به مدیریت کارکنان کمک کند. به عنوان مثال بازخورد هایی که از شکایات مردم گرفته می شود می تواند برای آموزش و مهارت آموزی کارکنان نیز مورد استفاده قرار گیرد.

مدیریت کارکنان هم چنین شامل مدیریت اطلاعات فردی و مهارت آموزی های کارکنان نیز می شود. استفاده صحیح از اطلاعات فردی و حفاظت از آن ها امری حیاتی است. (۲۷)

تشخیص مناسب بودن کارکنان با توجه به شرح وظایفشان :

مناسب بودن کارکنان به این معنا است که تامین کنندگان 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 نیاز های آموزشی کارکنان و برخورداری از حمایت‌هایی که برای ایفای نقش مناسب مورد نیاز آنان است، توجه داشت . هم چنین به طول مدتی که کارکنان نیاز دارند تا برای یادگیری و استفاده از فرصت های پیشرفت شغلی، از محیط کار خود دور شوند، باید توجه نمود. (۲۷)

هر چه روشن تر بدانید که به چه چیزی نیاز دارید ، بهتر می توانید شخص مناسب را انتخاب کنید. ابتدا باید شرایط احراز یک شغل را با توجه به وظایف و مسوولیت های آن شغل و حداقل تحصیلات و مهارت ها 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 می تواند در سازمان شما انجام دهد؟
- چگونه می تواند خود را با تیمی که وجود دارد، مطابقت دهد؟
- چه زمانی می تواند کار خود را شروع کند؟
- آیا با این حقوقی که شما می دهید، می تواند کار کند؟

قبل از شروع به کار ، پرسنل باید از وظیفه ای 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 برنامه هایی 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 آن ها برقرار کنید.
- امکان آشنایی با مقررات و ضوابط اداری و روش های بیان شکایات را برایشان فراهم کنید.
- پرونده های پرسنلی را به صورت محرمانه نگه داشته و دسترسی به آن ها 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 می دهد. برای آن که بتوانید ارزیابی درستی از کار یک پرسنل داشته باشید باید دقیقاً بدانید که چه کاری انجام می دهد. 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 می شود فکر کند که به او اعتماد ندارید. ساده ترین راه آن است که به همه پاداش یکسان دهید ولی آیا با این روش می توانید باعث افزایش انگیزه می شوید؟!!!

بهترین راه برای افزایش انگیزه پرسنل، آن است که از خود او بپرسید که چه پاداشی می خواهد. بعضی ها پول ، بعضی ها وقت بیشتر، بعضی ها کار پرهیجان و چالش برانگیز تر و بعضی ها ممکن است انعطاف در ساعت کاریشان را به عنوان پاداش ذکر کنند. **باید ببینید که هر کسی چه پاسخی به پاداشی که شما داده اید، می دهد.**

قدردانی از پرسنل باید از دل موارد زیر برآید:

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

پاداش هایی که می تواند 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 بازخورد های متناوب و مشخص (در ابتدا بازخورد های 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 رهبر در یک تیم است. هر تیم با مدد یک رهبری خوب و موفق می تواند 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 می دهند. اعضای تیم باید به طور روشن، از نقش و وظیفه خود در تیم مطلع باشند. کار تیمی نیازمند یک رهبری و یک کانال ارتباطی خوب است. هم چنین نیازمند شناسایی مشکلات و رفع آن ها 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 می کند:

- 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 می کند و دارای سطحی از مسوولیت و قدرت است که می تواند نحوه عملکرد را هدایت، پایش، نظارت و مرور کند. هم چنین 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 می دهد.

رهبری در سطح فردی و شغلی:

هم چنین هر فردی مسوول توسعه و ارتقای مهارت ها و توانایی های خود به عنوان عضو یک تیم است و آن را به منظور پیشرفت و به کار گیری شیوه های تازه و نو در حیطه شغلی خود انجام می دهد.

رهبر در هر سطحی که باشد، مسوول تصمیم گیری، یادگیری و بهبود است. وجود رهبران موثر و اثر بخش در همه سطوح سازمان ها 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:

- پایه ریزی 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. (۲۸)

باید توجه داشت که استقرار حاکمیت بالینی و تفکر ارتقای کیفیت نیازمند یک تغییر بزرگ سازمانی است پس باید بدانیم که چگونه می توانیم 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 مقاومت هایی که در برابرمان وجود دارد، غلبه کنیم. با وجود هیچانی که تغییر می تواند 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 تصمیم گیری در مورد آن که بدانیم، چه چیزی نیاز به تغییر دارد باید اطلاعات و شواهد لازم جمع آوری کنیم.
- برای پیدا کردن مشکلات و راه حل آن ها، مسوولیت ها 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 آن ها مهم بوده و مورد توجه قرار می گیرد.
- تغییرات را با برداشتن قدم های 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 آن ها 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 محور های حاکمیت بالینی به شمار می رود ، در خصوص نحوه برقراری روابط حرفه ای تیم بالینی با بیمار و همراهان در حین ارائه خدمت ، مواردی رخ می دهد که می تواند منجر به شکایت ، دادخواهی و نارضایتی بیماران از پزشک معالج و یا کادر درمانی شود.

ان امر از یکسو ریشه در عدم موفقیت در برقراری ارتباط صحیح و مناسب با بیمار و همراهانش و از سوی دیگر متاثر از عوامل مختلفی نظیر سطح سواد و دانش و توقع بیمار، رسانه های جمعی، شرکت های بیمه، وکلا، تنزل موقعیت اجتماعی پزشکان، افزایش تعداد دانش آموختگان رشته های گروه پزشکی و روی آوردن گروهی از پزشکان و وابستگان به حرف پزشکی به انجام اعمال خلاف قانون در جهت افزایش درآمد است.

آشنایی پزشکان و صاحبان حرف پزشکی به قانون به ویژه قانون مجازات اسلامی ، می تواند در کاهش بروز این شکایات و نارضایتی های 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 می شود:»

- ۱ - صدور گواهی های 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 می شود باید دانست که: «راز پزشکی عبارت است از آن چه خود بیمار به پزشک در مورد خودش می گوید 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 می کند. اسرار خانوادگی نیز جز اسرار پزشکی محسوب می شود. 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 حرفه ای هستند، خودشان پاسخگو بوده ، اما مسوولیت سایر افراد با پزشکی است که آن ها را به کار گمارده است»

در رویه های 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 می شود.

مسئله رضایت و براءت:

این مقوله از دو جنبه «رضایت» و «برائت» تشکیل شده است. در کشور ما پزشکان بیشتر به گرفتن «رضایت» بسنده می کنند و در نتیجه دچار مشکلاتی که ناشی از عدم گرفتن «برائت» است، می شوند. زیرا گرفتن «رضایت» ممکن است مسوولیت کیفی را منتفی سازد ولی اگر «برائت» حاصل نشود می تواند منجر به بروز مسوولیت مدنی شود.

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 ...»

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.»

شرایط برائت دهنده:

برای اینکه برائت حاصل شده از نظر قانون مورد قبول بوده و در دادگاه پذیرفته شده باشد، لازم است برائت دهنده 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.

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 یا بیمار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برائت حاصل نماید عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود.

البته باید توجه داشت که پزشک موظف به رعایت قوانین و مقررات دولتی و شغلی و پرهیز از بی احتیاطی و بی مبالانی است و صرف گرفتن رضایت و برائت نمی تواند این مسوولیت خطیر را از دوش او بردارد. این برائت 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.

قصور پزشکی چیست؟

قصور پزشکی عبارت است از:

« کوتاهی در اجرای استاندارد مراقبت های 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 می توان 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 رضایت بخشی را برای بیماران تضمین کنند. زیرا دخالت عوامل بیولوژیکی می‌تواند در نتیجه نهایی قابل پیش بینی 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 بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی تعریف می‌شود.

بی احتیاطی:

این تعریف در قانون مجازات اسلامی معادل تعریف commission در بحث خطاهای پزشکی است و به معنی عملی است که نیابستی از نظر اصول علمی و پزشکی انجام پذیرد ولی در اثر سهل انگاری انجام می‌یابد 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 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 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، 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 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. (۲۹)