

به کارگیری روش آینده‌نگر «تحلیل حالات و اثرات خطا» برای بهبود فرآیند تریاز در بخش اورژانس

دکتر شهرام توفیقی* - دکتر محمدرضا ملکی** - معصومه خوشگام*** - فرناز عطار جان‌نثار نوبری****

*پزشک، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (ع)
**دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی
ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران
***کارشناس ارشد آمار زیستی، مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران
****کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه و هدف: تریاز و ارزیابی اولیه بیماران، به عنوان ریشه بسیاری از مسایل مدیریت ریسک (خطر) در بخش اورژانس مطرح شده است. هدف این پژوهش شناسایی و ارزیابی خطاهای فرآیند تریاز در بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و ارائه اقدامات پیشنهادی به منظور بهبود این فرآیند است.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی، خطاها به روش کیفی-کمی «تحلیل حالات و اثرات خطا» یا FMEA شناسایی و تحلیل شدند. FMEA روشی تیم‌محور، سیستماتیک و آینده‌نگر است که برای پیشگیری از مشکلات مربوط به فرآیندهای تولیدی یا خدماتی قبل از وقوع خطا و اشتباه بکار می‌رود. گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه گروهی با تشکیل جلسات هفتگی تیم FMEA بود که نتایج آن در کاربرگ نهایی FMEA ثبت گردید.

یافته‌ها: به کمک متدولوژی FMEA، ۲۹ حالت خطا در ۱۱ فعالیت فهرست شده تریاز شناسایی و ثبت گردید. با قابلیت اطمینان ۸۵٪ (یعنی کاهش ریسک خطاهایی با عدد اولویت ریسک بالاتر از ۱۵۰ به کمتر از ۱۵۰)، به ترتیب چهار خطای «ورود با تأخیر بیمار/همراه بیمار به اتاق تریاز» با عدد اولویت ریسک ۲۵۲، «بررسی بسیار کوتاه مدت جهت اولویت‌بندی اولیه بیمار» و «ثبت نادرست میزان اکسیژن خون بیمار» هر دو با عدد ۲۶۵ و «تأخیر در گرفتن نوار قلب بیمار» با عدد ۱۶۰، به عنوان خطاهایی با ریسک بالا در فرآیند مورد مطالعه شناسایی شدند. برای کم کردن عدد ریسک خطای «ورود با تأخیر بیمار/همراه بیمار به اتاق تریاز»، اقداماتی در جهت کاهش احتمال وقوع یکی از علل آن صورت گرفت که موجب کاهش عدد ریسک آن از ۲۵۲ به ۱۱۲ گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن بود که متدولوژی FMEA برای شناسایی و اولویت‌بندی نقاط قابل بهبود فرآیند تریاز جاری در بخش پرمشغله و پیچیده‌ای نظیر بخش اورژانس (بدون در نظر گرفتن قابلیت دسترسی به داده‌های کمی)، و نیز پیش‌بینی اقدام‌های مؤثر برای کاهش ریسک، از کارایی و اثربخشی بالایی برخوردار است.

واژگان کلیدی: مدیریت ریسک، تحلیل حالات و اثرات خطا یا FMEA، بخش اورژانس، تریاز

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲۱

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۳

نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از خیابان ظفر، نبش کوچه شهید بهرامی، پلاک ۱، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ایران
f.jannesar@gmail.com

مقدمه

زبان می‌رسانند، که این زبان می‌تواند به صورت‌های گوناگون از بالا بردن طول اقامت تا مرگ متغیر باشد (۱).

به طور کلی در بررسی خطاهای انسانی که عمده خطاهای سیستم‌های خدماتی از جمله بیمارستان است، دو نگرش وجود دارد: نگرش شخصی و نگرش سیستمی. در نگرش شخصی کانون توجه روی خطاهای انسان‌ها است و همواره افراد به دلیل فراموشی، عدم توجه، انگیزه کم، بی‌احتیاطی، غفلت، بی‌باکی و ضعف‌های اخلاقی سرزنش

آمارهای متفاوتی از بروز و شیوع خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های مختلف منتشر شده است. طبق برآوردهای انجام شده، تقریباً از هر ۱۰ نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر رویداد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آن‌ها قابل پیشگیری هستند. همچنین حدود یک سوم از این رویدادها به بیمار

فرآیند تریاژ بخش اورژانس مجتمع آموزشی-درمانی حضرت رسول اکرم (ص) انجام پذیرفت که اطلاعات آن، از طریق انجام مصاحبه گروهی^۲ به صورت تشکیل جلسات هفتگی تیم FMEA (شامل یک نفر استادیار طب اورژانس، دو نفر دستیار طب اورژانس، یک پرستار، یک منشی، یک نفر کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، یک نفر مسئول آزمایشگاه، یک نفر مسئول پذیرش و یک نفر مسئول ترخیص و حسابداری و با حضور تیم محقق) گردآوری شد و نتایج هر مرحله در کاربرگ نهایی FMEA ثبت گردید. همچنین از تکنیک‌های بارش افکار^۳، استخوان ماهی^۴ و تصمیم‌گیری گروهی نیز در مراحل FMEA استفاده شد.

متدولوژی به کار رفته FMEA، یک ابزار نظام یافته بر پایه کار تیمی است که در تعریف، برای شناسایی، ارزیابی، پیشگیری، حذف یا کنترل حالات، علل و اثرات خطاهای بالقوه در یک سیستم، فرآیند، طرح یا خدمت، پیش از آن که محصول یا خدمت نهایی به دست مشتری برسد، بکار گرفته می‌شود (۹)؛ به بیان دیگر، یک تکنیک بهبود سیستمی از طریق افزایش ایمنی سیستم است (۸). از سوی دیگر، «خطا»^۵ طبق تعریف IEC50(191) عبارت است از: «اتمام توانایی یک قسمت از سیستم برای انجام دادن یک فعالیت مشخص» (۱۰).

مراحل طی شده پژوهش، بر اساس ۴ مرحله تبیین شده متدولوژی FMEA از سوی کمیته مشترک ارزیابی سازمان‌های مراقبت از سلامت (JCAHO)^۶ به شرح زیر صورت پذیرفت:

۱ - **ترسیم نمودار جریان^۷ فرآیند:** در این مرحله فرآیند تریاژ مورد مطالعه (از ورود بیمار به بخش اورژانس تا خروج او از اتاق تریاژ به منظور پذیرش الکترونیکی) از نمودار بازبینی شده جریان کلی بیمار در اورژانس حضرت رسول اکرم (ص) استخراج و فعالیت‌های آن به ترتیب فهرست گردید. این در حالی بود که درستی نمودار کلی جریان بیمار و فعالیت‌های فهرست شده تریاژ از سوی افراد تیم در ۳ مرحله با تصمیم‌گیری گروهی تصحیح و مورد تأیید قرار گرفت.

۲ - **تحلیل حالات و اثرات خطا:** در این مرحله خطاهای بالقوه یا خطاهای ممکن الوقوع به روش چارچوبی و با توجه به فعالیت‌های فهرست شده در فرآیند تریاژ شناسایی شدند. چارچوب فهرست نمودن این خطاها «عدم انجام»، «انجام ناقص»، «انجام با تأخیر» و «انجام اشتباه» هر فعالیت بود که پس از بررسی عینی بودن این خطاها با توجه به محیط مورد مطالعه و حذف خطاهایی که عملاً امکان وقوع آن وجود نداشت، هر یک از خطاها به همراه اثرات، علل و کنترل‌های آن، با اجماع نظرات اعضای تیم در کاربرگ نهایی ثبت گردید.

می‌شوند؛ چون طبق مفروضات این نگرش، همیشه خطاهای انسانی عامل اتفاقات ناگوار هستند. اما تمرکز نگرش سیستمی روی شرایطی است که انسان‌ها تحت آن شرایط کار می‌کنند. طبق مفروضات این نگرش انسان‌ها جایز الخطا هستند، و بروز خطا حتی در بهترین سازمان‌ها نیز اجتناب ناپذیر است. بدین ترتیب برای درمان خطاها طبق این نگرش، بیشتر از این که به تغییر دادن اشخاص پرداخته شود، تلاش می‌شود تا شرایط کاری افراد بهینه‌سازی شود (۲). در واقع همزمان با ورود تفکر سیستمی در شناسایی و بهبود خطاهای بخش بهداشت و درمان، استفاده از روش‌های مختلف مدیریت ریسک در این بخش متداول شده است.

با توجه به این که مدیریت و کنترل ریسک از دیدگاه سیستمی در دو مرحله ارزیابی و مدیریت ریسک انجام می‌گردد (۳)، در این پژوهش از روش «تحلیل حالات و اثرات خطا»^۱ یا FMEA به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی و مدیریت ریسک که نگرش سیستمی به خطاها دارد، برای شناسایی و پیشگیری از خطاها استفاده شده است. این روش با رویکردی پیشگیرانه و آینده‌نگر به سازمان کمک می‌کند تا مشکلات بالقوه را شناسایی و قبل از آن که این مشکلات بر سیستم، خدمات و مشتریان تأثیر بگذارند، آن‌ها را برطرف کند (۴). در واقع با به کارگیری فرآیند FMEA در نظام بهداشت و درمان نوعی تفکر سیستماتیک جهت ایمنی فرآیند مراقبت بیمار پایه‌ریزی می‌شود (۵).

همچنین با توجه به طبقه‌بندی بخش اورژانس جزء مناطق با ریسک بالا در بیمارستان به دلیل وجود شرایط بحرانی در اکثر بیماران اعزام شده به این بخش (۶)، وجود محدودیت‌های ارتباطاتی بین بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات فوری درمانی در بخش اورژانس، دسترسی کم به پیشینه پزشکی بیمار و در نتیجه حساسیت فرآیند ارزیابی بیمار به عنوان منشاء بسیاری از مسایل مدیریت ریسک در این بخش (۷)، فرآیند تریاژ به عنوان فرآیند با ریسک بالا در بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، برای شناسایی و تحلیل خطاها و بررسی نقاط قوت و قابل بهبود آن انتخاب گردید. این در حالی است که طبق مشخصه‌های فرآیندهای با میزان ریسک بالا نظیر ورودی‌های متنوع، پیچیدگی، امکان کم استانداردسازی، پیوستگی و وابستگی زیاد مراحل فرآیند به یکدیگر، وابستگی به مداخلات انسانی و سرانجام محدودیت زمانی (۸) نیز، ضرورت کاهش خطاهای فرآیند تریاژ جهت بهینه‌سازی اکثر فرآیندهای بخش اورژانس، نمایان می‌شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی است که به صورت ترکیب کیفی- کمی، حالات و اثرات خطا را با متدولوژی FMEA مورد ارزیابی و تحلیل قرار می‌دهد. منطق انجام پژوهش از نوع استقرایی است که بر اساس نتایج در طبقه کاربردی قرار می‌گیرد. مطالعات این پژوهش در مقطع زمانی اردیبهشت تا آخر آبان سال ۱۳۸۷ بر روی

- 1- Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)
- 2- Focus Groups
- 3- Brainstorming
- 4- Fishbone Diagram
- 5- Failure
- 6- Joint Commission on Accreditation of Health Organizatins(JCAHO)
- 7- Flow Diagram

جدول ۲ - جدول امتیازدهی به شاخص میزان وقوع خطا (O)

امتیاز	میزان وقوع
۱۰	بیش از یکبار در ۸ ساعت
۹	یکبار در روز
۸	یکبار در ۳ روز
۷	یکبار در هفته
۶	یکبار در ماه
۵	یکبار در ۳ ماه
۴	یکبار در ۸ ماه
۳	یکبار در ۲ سال
۲	یکبار در ۶ سال
۱	یکبار در بیش از ۶ سال

به صورت جداگانه مطابق با جدول ۲، امتیازدهی شد و میانگین گرد شده این امتیازات با احتساب ضریب ۳ برای امتیاز پرستار تریاژ (به عنوان صاحب فرآیند تریاژ)، ضریب ۲ برای امتیاز دستیار و منشی (به عنوان صاحبان فرآیند بعدی تریاژ) و بدون ضریب برای سایر افراد، به عنوان امتیاز نهایی میزان وقوع هر علت خطا محاسبه شد. سرانجام، میانگین امتیازات نهایی همه علل یک حالت خطا محاسبه و در ستون O کاربرگ نهایی ثبت گردید.

قابلیت کشف هر حالت خطا نیز با توجه به دستورالعمل‌ها یا روش‌های کنترلی موجود در بخش اورژانس مورد مطالعه برای پیشگیری از بروز خطاها یا اثرات آن بر بیمار که در ستون «روش‌های کنترلی» کاربرگ نهایی ذکر شده بود، طبق جدول ۳ توسط تک تک افراد تیم به صورت جداگانه امتیازدهی شد و میانگین گرد شده این امتیازات در ستون D کاربرگ نهایی وارد گردید.

۳- تعیین عدد اولویت ریسک (RPN)^{۱۵}: در این پژوهش، با توجه به متغیر بودن شدت اثر خطا روی سه دسته از بیماران برای هر حالت خطا، ۳ نوع RPN محاسبه گردید. به این ترتیب که حاصل ضرب امتیاز شاخص میزان وقوع (O) در قابلیت کشف (D)، به صورت جداگانه در امتیاز شاخص شدت اثر خطا (S) بر بیمار بحرانی، اورژانسی و یا فوری، و غیر فوری ضرب گردید. سرانجام میانگین ۳ نوع RPN برای هر حالت خطا (برای سه وضعیت بیمار) محاسبه شد. سپس به

8- Critical
9- Emergent
10- Urgent
11- Non-Urgent (Fast)
12- Severity (S)
13- Occurrence (O)
14- Detectability (D)
15- Risk Priority Number (RPN)

• تشریح اثرات برای هر حالت خطا: در ستون «اثرات» در کاربرگ نهایی، اثر بلافاصله و مستقیم خطا بر روی فرآیند درمان بیمار به تفکیک نوع بیمار اورژانسی در سه دسته بیماران بحرانی^۸، بیماران اورژانسی^۹ و فوری^{۱۰} و سرانجام بیماران سرپایی^{۱۱} یا غیر فوری ثبت گردید.

• تشریح علل برای هر حالت خطا با استفاده از نمودار استخوان ماهی: به طور کلی علل زمینه‌ساز بروز خطاهای مربوط به «تریاز با کیفیت پایین» که طی یک جلسه بارش افکار در قالب نمودار استخوان ماهی گردآوری شده بود، در ستون «علل» کاربرگ نهایی برای هر یک از خطاها، ثبت گردید.

• امتیازدهی شاخص‌های شدت اثر^{۱۲} (S)، میزان احتمال وقوع^{۱۳} (O)، قابلیت کشف^{۱۴} (D) هر حالت خطا با مقیاس ۱ تا ۱۰: در مورد شاخص شدت، شدت اثر بلافاصله هر حالت خطا به تفکیک نوع بیمار اورژانسی و طبق جدول ۱ با نظرات تخصصی ۳ نفر از افراد تیم (یک نفر استادیار طب اورژانس، یک نفر دستیار طب اورژانس و یک پرستار) به صورت جداگانه امتیازدهی شد و میانگین گرد شده این امتیازات در ستون S کاربرگ نهایی وارد گردید. در ضمن با توجه به تفاوت‌های بخش درمانی با سایر بخش‌های غیر درمانی، جدول شدت به صورت ماتریسی در سه ستون میزان «آسیب‌رسانی»، «رضایتمندی» و «هزینه» برای بیمار (به ترتیب اهمیت آن‌ها با ضرایب ۱، ۴/۰ و ۶/۰) در ۵ ردیف تنظیم گردید، به طوری که حداکثر امتیاز گرد شده این جدول، عدد ۱۰ به دست می‌آمد. طراحی این جدول به صورت ماتریسی که از ابتکارات این پژوهش است، این مزیت را دارد که برآورد همزمان شدت اثر خطا را از سه جنبه متفاوت امکان‌پذیر می‌نماید. این در حالی است که در پژوهش‌های پیشین مشابه در بخش بهداشت و درمان، جداول تعیین شدت اثر به صورت ماتریسی و وزنی طراحی نشده‌اند و همگی به صورت ستونی و طبقه‌ای هستند. احتمال وقوع هر یک از علل خطاها، توسط هر یک از افراد تیم

جدول ۱- جدول ماتریسی امتیازدهی به شاخص شدت اثر خطا (S)

هزینه	۶/۰	۴/۰	۱	ضریب
هزینه	رضایتمندی	آسیب‌رسانی	امتیاز	
هزینه جبران ناپذیر	شکایت به دادگاه	مرگ، آسیب دائمی جسمی و روانی	۵	
هزینه زیاد	شکایت کتبی به بیمارستان	آسیب بلند مدت، قابل توجه	۴	
هزینه متوسط	شکایت شفاهی	آسیب کوتاه مدت، متوسط	۳	
هزینه کم	نارضایتی	آسیب کم	۲	
بدون هزینه	عدم نارضایتی	عدم آسیب	۱	

جدول ۳- جدول امتیازدهی به شاخص قابلیت کشف خطا (D)

امتیاز	احتمال	قابلیت کشف
۱۰	۱۰٪ <	غیر قابل شناسایی
۹	۲۰٪ - ۱۰٪	احتمال بسیار بعید در شناسایی
۸	۳۰٪ - ۲۰٪	احتمال بعید در شناسایی
۷	۴۰٪ - ۳۰٪	احتمال ناچیز در شناسایی
۶	۵۰٪ - ۴۰٪	احتمال کم در شناسایی
۵	۶۰٪ - ۵۰٪	احتمال ۵۰-۵۰ در شناسایی
۴	۷۰٪ - ۶۰٪	معمولاً قابل شناسایی
۳	۸۰٪ - ۷۰٪	احتمال بالا در شناسایی
۲	۹۰٪ - ۸۰٪	احتمال بسیار بالا در شناسایی
۱	۹۰٪ >	حتماً قابل شناسایی

طور قراردادی با لحاظ کردن قابلیت اطمینان ۸۵٪ و با در نظر گرفتن دامنه $1000 < RPN < 1$ به واسطه مقیاس امتیازدهی ۱ تا ۱۰ در این مطالعه، خطاها با $RPN > 150$ به عنوان خطاهایی با ریسک بالا و غیر قابل قبول در فرآیند تریاژ مورد مطالعه، شناسایی شدند.

۴ - پیشنهاد و اجرای آن در جهت حذف علل به وجود آورنده حالات خطاهایی که عدد ریسک بالا دارند: در این مرحله اقدامات پیشنهادی با توجه به موارد ذکر شده در ستون «اثرات»، «علل» و «روش‌های کنترلی» (یا کشف)، به منظور حذف یا کاهش شدت اثر خطا بر بیمار، حذف یا کاهش علت به وجود آورنده خطا، و یا افزایش قابلیت کشف وقوع حالت خطا پیش از آن که اتفاق بیفتد، برای حالات خطایی که عدد اولویت ریسک آن‌ها بالای ۱۵۰ بود، ارایه گردید. در واقع خطاها با $RPN \leq 150$ قابل قبول بوده و وارد این مرحله نمی‌شدند.

همچنین به علت اهمیت ایمنی بیمار، اقدامات اصلاحی برای حالات خطایی که شدت اثر آن‌ها بر بیمار مساوی یا بیشتر از ۸ بود (صرفنظر از این که $RPN \leq 150$ داشتند)، نیز در این مرحله ارایه گردید.

یافته‌ها

طبق نمودار جریان فرآیند تریاژ اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) که در مرحله اول به دست آمد، بیماران اورژانس توسط پرستار حاضر در اتاق تریاژ به سه دسته طبقه‌بندی می‌شدند:

- بیماران بحرانی

- بیماران اورژانسی و فوری^{۱۶}
- بیماران سرپایی یا غیر فوری

این در حالی بود که آن دسته از بیمارانی که اورژانسی نبوده و حتی در طبقه بیماران سرپایی یا غیر فوری در اورژانس قرار نمی‌گرفتند، توسط پرستار اورژانس به درمانگاه یا مرکز درمانی مربوطه راهنمایی می‌شدند. نحوه تصمیم‌گیری در فرآیند تریاژ مورد مطالعه طبق سه مدل کلاسیک تریاژ، در مدل جامع یا فراگیر قرار می‌گیرد، چرا که پرستار تریاژ برحسب مورد، معاینات تعریف شده‌ای نظیر اندازه‌گیری فشار خون را در اتاق تریاژ، قبل از معاینه پزشک (۱۲) انجام می‌داد. در مرحله دوم، ۲۹ حالت خطا در طول ۱۱ فعالیت فرآیند تریاژ به روش چارچوبی شناسایی شد. از آنجا که طبق نمادهای نمودار جریان ترسیم شده تریاژ، جنس فعالیت‌های فهرست شده برحسب فراوانی از نوع تصمیم‌گیری (لوزی)، عملکرد (مستطیل) و سپس ثبت سند بود، خطاهای شناسایی شده نیز بر حسب فراوانی به ترتیب از نوع خطاهای تشخیصی (۱۱ مورد)، خطاهای عملکردی (۹ مورد) و خطاهای ثبت (۹ مورد) به دست آمد. لازم به ذکر است که بیشتر خطاهای عملکردی شناخته شده که از نوع ارزیابی و هماهنگی بودند، از نوع تأخیر در انجام کار بودند تا عدم انجام یا انجام آن به صورت اشتباه. سپس در یک جلسه بارش افکار، علل «تریاز با کیفیت پایین» در اورژانس، به ترتیب فراوانی در ۶ دسته زیر قرار گرفت: «نیروی انسانی» با ۱۳ علت، «بیماران و همراهان» با ۱۲ علت، «لوازم و تجهیزات» با ۱۰ علت، «محیط و تسهیلات» با ۹ علت، «فرآیند و روش کار» و «فرهنگ سازمانی» هر کدام با ۴ علت.

در مرحله سوم، پس از احتساب اعداد اولویت ریسک ۲۹ حالت خطا و با در نظر گرفتن قابلیت اطمینان ۸۵٪، به ترتیب ۴ خطای زیر با اعداد اولویت ریسک بالای ۱۵۰ به عنوان خطاهایی با ریسک بالا در فرآیند تریاژ شناسایی شدند:

«ورود با تأخیر بیمار/همراه بیمار به اتاق تریاژ» با عدد اولویت ریسک ۲۵۲، «بررسی بسیار کوتاه مدت برای اولویت‌بندی اولیه بیمار» و «ثبت نادرست میزان اکسیژن خون بیمار» هر دو با عدد اولویت ریسک ۲۴۵ و «تأخیر در گرفتن نوار قلب بیمار» با عدد اولویت ریسک ۱۶۰ (جدول ۴).

علاوه بر آن عدد اولویت ریسک خطاهای زیر تنها برای بیماران بحرانی، بالاتر از ۱۵۰ بود: «تأخیر در شروع فرآیند اولویت‌بندی اولیه بیمار تازه وارد به اتاق تریاژ» با ۱۸۹، «بررسی بسیار طولانی جهت اولویت‌بندی اولیه بیمار» با ۱۶۹، «عدم ثبت شرح حال» با ۱۶۸، «ناخوانا بودن شرح حال» و «تأخیر در گرفتن علائم بالینی بیمار» با

۱۶ - بیماران اورژانسی و بیماران فوری، طی فرآیند تریاژ از هم نیز تفکیک می‌شوند. اما از آنجا که توالی فعالیت‌های صورت گرفته بر روی این دو دسته از بیماران در اورژانس مورد مطالعه تفاوت چندانی نداشت، این دو دسته در یک دسته قرار گرفتند. این در حالی است که بیماران اورژانسی از لحاظ نیاز به خدمات فوری اورژانسی نسبت به بیماران فوری از اولویت بالاتری برخوردارند.

جدول ۴- خلاصه‌ای از کاربرد گ نهایی FMEA برای ۴ خطای با ریسک بالا در فرآیند تریاژ مورد مطالعه به همراه پیشنهادات

حالت خطا	اثرات	S	علل	O	روش‌های کنترلی	D	RPN	اقدامات پیشنهادی
۱/ ۲ ورود با تاخیر بیمار یا همراه بیمار به اتاق تریاژ	- تاخیر در لحاظ کردن وضعیت عمومی بیمار تازه وارد و برآورد میزان فوریت نیاز به اقدام درمانی (نسبت به بیماران دیگر) در مورد بیمار: - بحرانی - اورژانسی و یا فوری - غیر فوری	۱۰ ۷ ۴	- نبود تخت (برانکارد) - پیدا نکردن اتاق تریاژ - ناآشنایی با معنا و مفهوم تریاژ(علل فرهنگی)	۹	- انتقال مستقیم بیماران نیازمند به احیاء به اتاق CPR توسط مأموران اورژانس تهران - آشنایی مأموران اورژانس تهران با محل اتاق تریاژ برای بیماران اورژانس تهران - راهنمایی بیمار به اتاق تریاژ توسط نگهبانی یا پرسنل اورژانس	۴	۳۶۰ ۲۵۲ ۱۴۴ ۲۵۲	اختصاص و استقرار یک یا دو برانکارد نزدیک درب ورودی اورژانس، تأمین ویلچر، برنامه‌ریزی برای بیماران بستری اورژانس، تغییر مکان اتاق تریاژ به مکانی نزدیک به درب ورودی اورژانس، تعبیه درب اتاق تریاژ در ضلع مناسب آن و عرض حداقل ۳ متر، مدیریت مسیرهای ورود و خروج به اتاق تریاژ، نصب تابلو تریاژ در مکانی در معرض دید، راهنمایی همه مراجعین اورژانس در بدو ورود توسط نگهبانی به اتاق تریاژ و محل برانکارد
۳/۳ بررسی بسیار کوتاه مدت جهت اولویت بندی اولیه بیمار	- تصمیم گیری غلط در مورد سطح مراقبتی بیمار در مورد بیمار: - بحرانی - اورژانسی و یا فوری - غیر فوری	۹ ۸ ۴	- مراجعه همزمان چند بیمار به اتاق تریاژ - فشار کار و خستگی پرستار - اجرای دستورات دارویی بیماران Fast توسط پرستار تریاژ - تغییر شیفت پرستار و عجله او در تحویل پست - بی حاصل بودن اولویت بندی به جهت تکمیل شدن ظرفیت یکی از قسمت‌های اورژانس نظیر CPR، حاد ... - مراجعات مکرر بیماران غیر اورژانسی جهت پیگیری درمان قبلی خود	۷	- گرفتن شرح حال دوباره توسط اینترن یا دستیار تخصصی مربوطه در صورت پذیرش سرپایی یا بستری اورژانس	۵	۳۱۵ ۲۸۰ ۱۴۰ ۲۴۵	تعیین یک نفر به عنوان پرستار پشتیبان برای ساعات اوج مراجعه، جدا کردن مسیر ورود بیماران مرکز اورژانس تهران به اورژانس یا اتاق تریاژ از مسیر ورود بیماران سرپایی اورژانس، تعیین پرستاری با عنوان پرستار Fast برای بیماران سرپایی اورژانس، استفاده از تلفن یا ابزار دیگری جهت فراخواندن دستیار تخصصی مربوطه، دادن امتیاز بازآموزی به پرستار تریاژ، حضور یک اینترن در اتاق تریاژ، تقویت سیستم پذیرش درمانگاه‌های بیمارستان، جدا کردن مسیر ورودی درمانگاه‌ها از ورودی اورژانس، آموزش و تاکید بر گرفتن شرح حال دوباره توسط اینترن یا دستیار تخصصی مربوطه در صورت پذیرش سرپایی یا بستری اورژانس
۳-۱-۵ ثبت نادرست میزان اکسیژن خون بیمار	- استاندارد بر میزان O ₂ خون ثبت شده در طول ویزیت اولیه بیمار: - بحرانی - اورژانسی و یا فوری	۷ ۷	- عدم دقت در ثبت میزان اکسیژن خون بیمار در فرم تریاژ - کالیبره نبودن اکسیمتر	۵	موردی ذکر نگردد.	۷	۲۴۵ ۲۴۵ ۲۴۵	آموزش اهمیت ثبت اکسیژن خون بیمار در فرم به پرستاران تریاژ، عقد قرارداد با شرکت مربوطه جهت کالیبره نمودن مستمر ماهانه اکسی-متر
۱/ ۲-۵ تاخیر در گرفتن نوار قلب بیمار	- تاخیر در کسب اطلاع از نوار قلب بیمار: - بحرانی - اورژانسی و یا فوری	۹ ۷	- عدم حضور کمک بهیار و نبود دستگاه ECG خرابی دستگاه ECG - تمام شدن کاغذ دستگاه ECG	۵	- امکان پیچ کردن کمک بهیار از طریق ایستگاه پرستاری	۴	۱۸۰ ۱۴۰ ۱۶۰	استقرار دستگاه ECG در کنار اتاق تریاژ یا نزدیک به آن و حضور کمک بهیار در این اتاق، ذخیره یک بسته کاغذ نوار قلب در انبار اورژانس و سفارش بسته جدید به محض استفاده از بسته ذخیره، تهیه یک تابلو درخواست‌های نوار قلب و نصب آن بر روی دیوار و ثبت درخواست‌ها

۱۶۲، «ثبت نادرست علایم بالینی بیمار در فرم تریاژ» و «ثبت اطلاعات نادرست در برگه فرم تریاژ» با ۱۶۰.

در مرحله بعد، علل وقوع خطاها تحلیل و روش‌های کنترل و کاهش ریسک برای هر یک از خطاها بررسی شد. سرانجام، اقدامات اجرایی با توجه به علل و روش‌های کنترلی لیست شده برای ۴ خطا (با عدد اولویت ریسک ≥ 150) و همچنین خطاهایی با شدت ≤ 8 (علی رغم عدد اولویت ریسک ≥ 150) پیشنهاد گردید.

همچنین جهت کاهش میزان وقوع حالت خطای «ورود با تأخیر بیمار/همراه بیمار به اتاق تریاژ»:

۱) اتاق تریاژ به مکانی نزدیک به درب اورژانس با امکانات بهتر تغییر مکان داده شد،

۲) تابلوی تریاژ در محل مناسب نصب گردید؛ و

۳) محل استقرار نگهبانان به کنار درب اورژانس تغییر مکان یافت.

بنابراین با کاهش میزان وقوع علت «پیدا نکردن اتاق تریاژ» برای این حالت خطا از امتیاز ۹ به ۴، RPN کلی این خطا از ۲۵۲ به ۱۱۲ کاهش یافت.

بحث

با توجه به جنس فعالیت‌های فهرست شده تریاژ مورد مطالعه طبق نمادهای نمودار جریان، دور از انتظار نیست که نوع خطاهای شناخته شده نیز بر اساس جنس فعالیت‌ها از نوع تصمیم‌گیری، عملکرد و ثبت سند باشد. این در حالی است که به گفته Epstein، ریسک‌های عمده تریاژ شامل خطای تشخیص وجود شرایط اورژانسی، رده‌بندی نادرست وضعیت بیمار، تشخیص نادرست، و خطا در کسب اطلاعات از بیمار است (۶) بنابراین، به نظر می‌رسد که معمولاً عمده خطاهای تریاژ از نوع تصمیم‌گیری هستند. البته می‌توان علت اختلاف کم بین فراوانی خطاهای تصمیم‌گیری و خطاهای عملکردی در تریاژ مورد مطالعه را ناشی از نوع مدل به کارگرفته شده در این تریاژ دانست. به این ترتیب که پرستار تریاژ قبل از طبقه‌بندی بیمار در مدل جامع یا فراگیر (برخلاف مدل اول و دوم) به معاینه فیزیکی و آزمایشات محدود بیمار نیز می‌پردازد. بنابراین به نظر می‌رسد که هرچه مدل به کار رفته برای انجام تریاژ پیچیده‌تر باشد، چون سهم تصمیم‌گیری فرد تریاژ کننده بیشتر می‌شود، در نتیجه فراوانی خطاها از نوع تصمیم‌گیری و ارزیابی بیمار نیز بیشتر خواهد شد. این در حالی است که به علت اهمیت بسیار زیاد عامل زمان در تریاژ، بیشتر خطاهای عملکردی شناخته شده نیز از نوع تأخیر در انجام کار هستند تا عدم انجام یا انجام آن به صورت اشتباه. البته اینطور نیست که یک خطا فقط از نوع تصمیم‌گیری، یا عملکردی یا ثبت سند باشد، بلکه معمولاً به یکی از آن‌ها گرایش بیشتری دارد. بنابراین، می‌توان با بهره‌گیری از این الگوی ذهنی موجب سهولت شناسایی خطاها و راه‌حل‌ها در مراحل بعدی

روش FMEA گردید.

علاوه بر طبقه‌بندی خطاها طبق مدل بالا، با طبقه‌بندی دسته علل ذکر شده برای خطای کلی «تریاز با کیفیت پایین» طبق مدل زیر نیز مسیر شناسایی اقدامات اصلاحی در این مطالعه، هموار گردید:

۱ - بر اساس منشأ بروز خطا: «بیماران و همراهان» و «نیروی انسانی» به عنوان عوامل انسانی، «لوازم و تجهیزات» و «محیط و تسهیلات» به عنوان عوامل سخت‌افزاری، و «فرآیند و روش کار» و «فرهنگ سازمانی» به عنوان عوامل نرم‌افزاری طبقه‌بندی گردیدند. در زمان فهرست کردن علل و کنترل‌های موجود برای هر یک از خطاها در کاربرگ مربوطه، استفاده از این الگو به شناسایی دقیق‌تر اقدامات پیشنهادی کمک نمود.

۲ - بر اساس سهولت شناسایی: می‌توان «نیروی انسانی» و «بیماران و همراهان» را به عنوان علل آشکار، و سایر دسته‌ها را به عنوان علل نهفته طبقه‌بندی کرد. این در حالی است که اکثر افراد در جلسه بارش افکار بیشتر به علل آشکار اشاره کردند و این علل نسبت به علل نهفته در مدت زمان کوتاه‌تری فهرست گردید.

همچنین، می‌توان از دو طبقه‌بندی بالا برای دسته‌بندی خود خطا (علاوه بر علل آن) نیز استفاده نمود.

البته تاکنون طبقه‌بندی جامعی از انواع خطاهای بخش بهداشت و درمان از جمله اورژانس ارائه نشده است. Henneman و همکارانش در تحقیقی به ارزیابی قابلیت مدل طبقه‌بندی Eindhoven در طبقه‌بندی خطاهای گزارش شده بخش اورژانس ایالت ماساچوست آمریکا از تابستان ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ میلادی پرداختند. طبق نتایج این تحقیق بسیاری از خطاهای اورژانس در طبقات این مدل قرار نگرفت و به عنوان موارد طبقه‌بندی نشده ذکر گردید (۱۳). خطاها در این مدل به ۴ دسته در دو گروه کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

- گروه خطاهای نهفته^{۱۷}: (۱) خطاهای فنی (تجهیزات، طراحی، ساختمان، مواد، و عوامل بیرونی) (۲) خطاهای سازمانی (انتقال دانش، پروتکل‌ها، رویه‌ها، اولویت‌های مدیریتی، و موارد فرهنگی)
- گروه خطاهای آشکار^{۱۸}: (۳) خطاهای انسانی (دانش-محور، قانون-محور، مهارت-محور) (۴) سایر خطاها (مربوط به بیمار و موارد طبقه بندی نشده) (۱۴).

طبق نظر Reason، برخلاف خطاهای آشکار (بخصوص خطاهای انسانی)، که اغلب به سختی پیش‌بینی و اصلاح می‌شوند، می‌توان شرایط نهفته را که زمینه‌ساز بروز خطاها از سوی انسان‌ها هستند، قبل از وقوع رویداد ناگوار شناسایی و اصلاح کرد. درک این مطلب مسیر شناسایی خطاها را به سوی مدیریت ریسک آینده‌نگر به جای گذشته‌نگر رهنمون می‌سازد (۲). Watcher خطاهای پزشکی را در طبقات خطاهای دارویی، خطاهای جراحی، خطاهای تشخیصی، خطاهای انسان-ماشین، خطاهای انتقال و اعزام، خطاهای ارتباطات و کار تیمی و در آخر عفونت‌های بیمارستانی قرار داده است (۱). اما این

17- Latent Failures

18- Active Failures

۱۳۹۳۲ خطای گزارش شده از ۴۹۶ بخش اورژانس در آمریکا (یعنی ۷۸ گزارش خطا از هر ۱۰۰,۰۰۰ ویزیت) ۳٪ منجر به آسیب شده بود که متداولترین نوع خطا دوز/مقدار نامناسب دارو (۱۸٪) بود. همچنین علل عمده این خطاها به ترتیب عدم رعایت رویه/پروتکل (۱۷٪)، ارتباط ناکافی (۱۱٪)، لزوم همکاریهای متعدد و گیج کننده (۷/۵٪)، شرایط اورژانسی (۴/۱٪)، و افزایش بارکاری (۳/۴٪) گزارش گردید. به اعتقاد ایشان خطاهای دارویی بخش اورژانس ممکن است نتیجه شرایط مراقبتی حاد، پرازدحام و سریع الاجرای آن باشد که نیاز به شناسایی مداخلات برای کاهش این ریسکها و ارزشیابی اثربخشی این مداخلات می باشد (۱۷).

به نظر می رسد که در تریاژ مورد مطالعه نیز عدم وجود پروتکل معین تریاژ و ارتباط ناکافی یا نبود الگوی تعریف شده ارتباطی با بیمار و به ویژه همکاران در قسمت های دیگر اورژانس، از علل ریشه ای خطاهای تریاژ است. Benjamin نیز ارتباطات ناکافی کتبی یا شفاهی را علت بسیاری از خطاها به ویژه خطاهای دارویی معرفی می کند. او دستیابی به عملیات ایمن را منوط به پایه ریزی سیستم های ایمن بیان می کند و بکارگیری روش FMEA را برای جلوگیری از خطاهای سیستمی و شناسایی شبکه ایمن (دارای ارتباطات اثربخش) در سیستم های بهداشتی درمانی پیشنهاد می نماید (۱۸). از سوی دیگر، عبارت «فرهنگ ایمنی» برای محیطی بکارمی رود که در آن کار تیمی، ارتباطات شفاف، و پذیرش (هم از سوی ارایه کنندگان خدمات مراقبت سلامت و هم از سوی بیماران) وجود داشته باشد (۱). در این راستا، Hobgood افزایش ایمنی بیمار را در گرو توانایی ارایه کنندگان مراقبت سلامت در شناسایی، فاش کردن (به بیمار) و گزارش دادن صحیح خطاهای پزشکی بیان می کند. طی مطالعه او و همکارانش، با این که پزشکان اورژانس مورد مطالعه آن ها به نسبت پرستاران تمایل بیشتری را در طبقه بندی حوادث بیان شده در پرسشنامه به عنوان خطا داشتند، تمایل کمتری را در فاش کردن و همچنین گزارش کردن خطاها از خود نشان دادند (۱۹). به بیان دیگر، استقرار مدیریت ریسک اثربخش علاوه بر قابلیت شناسایی خطا، به استقرار فرهنگ گزارش دهی خطا بر پایه اعتماد نیز بستگی دارد (۲).

در حال حاضر در بیمارستان های ایران نه تنها سامانه ای برای گزارش دهی خطاها و حوادث، پیش بینی نشده و یا به طور جدی اجرا نمی شود، بلکه به علت حاکم نبودن نگرش سیستمی به مدیریت خطاها و عدم وجود فرهنگ ایمنی در بیمارستان ها به واژه خطا به عنوان یک تابو نگریسته می شود. به همین دلیل در اکثر موارد در طول مصاحبه های پژوهش به جای واژه «خطا» از واژه «مشکل» استفاده شد. لذا پیشنهاد می گردد تا بستر سازی فرهنگ ایمنی در بخش بهداشت و درمان کشور، از بیمارستان های آموزشی با آموزش کار تیمی، مشارکت در تصمیم گیری، نحوه برقراری ارتباطات بین صنفی و ارتباط با بیمار به همه کارآموزان در رشته های مختلف پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی آغاز گردد. زیرا ضرورت ایجاد زمینه لازم برای

تقسیم بندی نیز شامل همه خطاها به ویژه خطاهای نهفته نمی گردد. از آنجا که قدم اول در کاهش خطاهای بخش بهداشت و درمان شناسایی انواع خطاهاست، لذا به نظر می رسد در خصوص طبقه بندی خطاهای این بخش به ویژه اورژانس به علت تنوع خطاها به پژوهش های بیشتری نیاز است. در این راستا پژوهش های کیفی بیش از پژوهش های کمی می تواند در جهت تهیه یک مدل جامع طبقه بندی انواع خطاها و سپس ریشه یابی علل آن ها راهگشا باشد.

در مقایسه با طبقه بندی علل خطاها به علل آشکار و نهفته، Andersson و همکارانش در یک پژوهش کیفی، عوامل مؤثر بر کیفیت تصمیم گیری پرستاران به هنگام تریاژ بیماران اورژانس را به دو دسته عوامل درونی و بیرونی طبقه بندی نموده اند. طبق نتایج این پژوهش، عوامل درونی از جمله ظرفیت فردی و مهارت پرستار و عوامل بیرونی محیط کار نظیر حجم کاری بالا و آمادگی عملیاتی بر کیفیت ارزیابی اولیه بیماران (شامل شرایط بالینی، سابقه بالینی، آزمایشات و معاینات گوناگون) و در نتیجه اولویت بندی آنان در تریاژ تأثیر می گذارد (۱۵). اما تمرکز Bucknall و Gerdtz روی عوامل بیرونی مؤثر در تریاژ بود، به این ترتیب که ایشان با بررسی ۱۷۲ پرستار تریاژ استرالیا ارتباط معنی داری بین ویژگی های جمعیتی نوع خدمات تریاژ با میزان خودمختاری پرستار و میزان مشارکت او در تصمیم گیری تریاژ نشان دادند. با این حال، ایشان آموزش پرستاران اورژانس را در کنار تدوین و ارزشیابی «راهنمای عملکردی» تریاژ پیشنهاد نمودند (۱۶). این در حالی است که طبق پیشنهادات اجرایی فهرست شده در کاربرگ FMEA برای تریاژ اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، تهیه و تنظیم پروتکل تریاژ، آموزش آن به پرستاران تریاژ، اجرا و سپس بازبینی آن پیشنهاد شده است. با این توضیح که به منظور کاهش احتمال خطاهای تشخیصی تریاژ در اولویت بندی بیماران، باید پروتکل تنظیم شده تریاژ بیماران اورژانس، مختص این اورژانس و با توجه به نقش کلیدی پرستار تریاژ در مدل به کار گرفته شده، نوع خدمات مورد نیاز و محدودیت های موجود در این اورژانس تنظیم گردد. با فرض این که احتمالاً سهم تهیه و تنظیم پروتکل تریاژ استاندارد در کاهش خطاهای تصمیم گیری و ارزیابی بیمار، در مدلی که پرستار خودمختاری بیشتری در تصمیم گیری دارد، در مقایسه با دو مدل اول و دوم تریاژ، بیشتر خواهد بود.

معمولاً به علت دامنه وسیع نوع خطا در سیستم بهداشت و درمان، بسیاری از تحقیقات به صورت موردی خطاها را بررسی می کنند. اما از آنجا که شناسایی همه خطاهای ممکن الوقوع به منظور مدیریت ریسک های تمامی عوامل خطاساز و خطرساز اهمیت دارد، پژوهش حاضر، تمامی خطاهای مربوط به فرآیند منتخب را شناسایی و ارزیابی کرده است.

در مقایسه، Pham و همکارانش با مطالعه مقطعی کل خطاهای دارویی اورژانس که در سیستم MEDMARX از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ میلادی گزارش شده بود، به نتایج زیر دست یافتند: از بین

را نشان‌دهنده عدم بروز خطا، و نارضایتی ایشان را نشان‌دهنده بروز خطا تلقی نمود. بنابراین، امکان بهره‌مندی از نظرات مستقیم بیمار در امتیازدهی به سستون رضایتمندی بیمار در شاخص شدت اثر خطا در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نشد که می‌توان آن را از نقاط ضعف بکارگیری روش FMEA در بخش‌های بهداشت و درمان از جمله اورژانس دانست.

سرانجام باید در نظر داشت که توجه و تلاش بیش از حد روی کاهش اعداد RPN، موجب نادیده‌گرفتن تلاش برای کاهش حالات خطایی می‌شود که تاکنون اتفاق نیافتاده‌اند (۱۱)، لذا نباید خطاهایی با RPN پایین را که شدت و یا میزان وقوع و یا قابلیت کشف ۸ یا بالاتر دارند، از قلم انداخت. به عبارت دیگر، در هنگام به کارگیری روش FMEA در بخش بهداشت و درمان توجه به این نکته حیاتی است که نباید تأکید بیش از حد به عدد اولویت ریسک، باعث غفلت از خطاهایی با عدد اولویت ریسک پایین اما شدت بالا، یا میزان وقوع بالا و یا قابلیت کشف پایین به صورت مجزا شود.

نتیجه‌گیری

روش تحلیل حالات و اثرات خطا (FMEA) یکی از روش‌های کیفی-کمی و آینده‌نگر است که قابلیت بالای خود را به اقتضای شرایط مورد مطالعه نشان داده است. در این پژوهش نیز، شناسایی ۲۹ حالت بالقوه خطا در طول تنها ۱۱ فعالیت تریاژ، شناسایی اثرات، علل و کنترل‌های رایج برای هر یک از خطاها، رتبه‌دهی خطاها طبق جداول تنظیم شده مختص شرایط بخش اورژانس مورد مطالعه، اولویت‌بندی خطاها و تعیین خطاهایی با ریسک بالا، آرایه پیشنهادات کاربردی و همچنین قابلیت ارزیابی میزان موفقیت اقدامات پیشنهادی اجرا شده جهت بهبود فرآیند مورد نظر، همگی حاکی از قابلیت بالای این روش در شناسایی، ارزیابی و کنترل یا پیشگیری از خطاها بدون در نظر گرفتن قابلیت دسترسی به داده‌های کمی موجود است. به ویژه آن‌که طبق متدولوژی FMEA می‌توان ریسک هر یک از حالات خطا را به ۳ طریق کاهش احتمال وقوع علت بروز خطا (کاهش شاخص O)، کاهش شدت اثر ناشی از خطا (کاهش شاخص S)، و افزایش احتمال کشف و شناسایی خطا (کاهش شاخص D) پیش از وقوع آن، کاهش داد و نتیجه مطلوب‌تری به دست آورد. در نتیجه، همان‌طور که طی فرآیند تریاژ در اورژانس، بیماران بر حسب نوع نیازشان به درمان فوری اولویت‌بندی می‌شوند، میزان فوریت نیاز به پیشگیری از خطاها نیز طی فرآیند FMEA و با توجه به عدد اولویت ریسک مشخص می‌گردد.

سرانجام با توجه به رایج نبودن فرهنگ گزارش‌دهی خطاها در بیمارستان‌های کشور از یک سو، و احتمال مقاومت افراد در برابر استقرار یک سیستم گزارش‌دهی خطا به طور اجباری، گذشته‌نگر، و با نگرش شخصی به فرد خطاکار از سوی دیگر، پیشنهاد می‌شود تا به منظور شناسایی و کاهش همه ریسک‌های بخش اورژانس و سایر بخش‌های

استقرار سیستم گزارش‌دهی خطا در این نوع بیمارستان‌ها بیش از سایر مراکز احساس می‌شود. مضاف بر این که با بررسی کارشناسانه گزارش‌های خطا می‌توان مفاد آموزشی مورد نیاز کارآموزان را به منظور کاهش میزان وقوع خطاها در این بیمارستان‌ها تعیین و لحاظ نمود تا از این طریق فرهنگ ایمنی را در سرتاسر سیستم بهداشت و درمان کشور تسری داد. در تأیید این مطلب Battles و Shea با بررسی موردی علل ریشه‌ای سه خطای گزارش شده از یک بخش اورژانس در انگلیس و دو بیمارستان آموزشی در آمریکا طبق مدل طبقه‌بندی Eindhoven اعلام کردند که کافی نبودن دانش کارآموزان یا آموزش ناکافی آن‌ها علت بالقوه آسیب رساندن به بیماران است. لذا ایشان استقرار سیستم گزارش حوادث را هم به صورت اجباری و هم اختیاری جهت تعیین مفاد آموزشی کارآموزان در بیمارستان‌های آموزشی پیشنهاد نموده‌اند (۲۰). البته بر اساس مطالعات گذشته‌نگر هم می‌توان مفاد آموزشی مورد نیاز بیمارستان را تعیین نمود. برای مثال، بر اساس مطالعه گذشته‌نگر Lu و همکارانش در بررسی ۲۱۰ پرونده فوتی‌های کمتر از ۲۴ ساعت پذیرش در بخش اورژانس بیمارستان آموزشی ملی تایوان (به غیر از بیماران سکنه قلبی در بیرون از بیمارستان و بیماران سرطانی در مراحل پایانی بیماری) در طول ۳ سال، ۲۵/۸٪ این مرگ و میرها قابل پیشگیری شناخته شد و عامل این مرگ‌ها به ترتیب درصد فراوانی مدیریت درمانی نامناسب، تشخیص اشتباه و تشخیص با تأخیر یا دیر هنگام بیماری تعیین گردید (۲۱).

طبق روش بکار رفته FMEA، بهره‌مندی از تجربه و نگرش بیماران به عنوان مشتریان فرآیند یا سیستم مورد مطالعه، در ایمن‌سازی آن اهمیت فراوان دارد. لذا جدول شدت اثر بر بیمار در اورژانس مورد مطالعه طوری طراحی شد تا تجربه بیمار از بروز خطا از سه جنبه مورد مطالعه قرار گیرد. در مقایسه Burroughs و همکارانش در راستای توجه به نگرش بیماران نسبت به ۸ نوع خطای پزشکی، با ۷۶۷ بیمار از ۱۲ بخش اورژانس مصاحبه تلفنی کردند و به نتایج زیر دست یافتند: ۳۸٪ بیماران از بروز حداقل یکی از انواع خطاها نگران بودند (به ترتیب میزان نگرانی ایشان ۲۲٪ از تشخیص غلط، ۱۶٪ از خطاهای پزشکی، ۱۶٪ از خطاهای دارویی، ۱۲٪ از خطاهای پرستاری و ۱۰٪ از رویه/آزمایش غلط بود) که نگرانی ایشان با جنس، سن، نژاد، مدت اقامت، حجم اورژانس، روز مراجعه و نوع بیمارستان ارتباط داشت (۲۲). البته میزان نگرانی بیماران از انواع خطاها لزوماً با میزان وقوع هر یک از انواع خطاها مساوی نیست. در واقع نگرش بیماران از احتمال وقوع خطا در سیستم بهداشت و درمان را می‌توان به عنوان معیار سنجش میزان تحقق شرایط ایمن و یا استقرار فرهنگ ایمنی در این سیستم تلقی نمود. البته توجه به تفاوت‌های بیماران به عنوان مشتریان سیستم بهداشت و درمان در مقایسه با مشتریان سایر سازمان‌ها ضروری می‌نماید. چرا که معمولاً مراجعین بخش بهداشت و درمان از جمله اورژانس با انتخاب خود عنوان مشتری را کسب نمی‌نمایند و اغلب از حقوق درمانی خود آگاهی ندارند. همچنین نمی‌توان رضایت ایشان

مجتمع آموزشی-درمانی حضرت رسول اکرم(ص)، و همچنین از اعضای فعال تیم FMEA جناب آقای دکتر سعید عباسی (استادیار گروه طب اورژانس)، دکتر فرهاد حیدری و دکتر مرضیه فتحي (دستیاران طب اورژانس)، خانم پریسا اسماعیلی (پرستار اورژانس)، خانم‌ها مریم سیاه‌تیر و مرجان مستشار نظامی (کارشناسان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی)، آقای مسعود مهدی پور (مسؤول آزمایشگاه اورژانس) و خانم خدیجه باجلان (منشی بخش) تقدیر و تشکر می‌نماییم.

بیمارستان، آموزش به کارگیری از روش تیم‌محور و آینده‌نگر FMEA از همه کارآموزان بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی کشور در قالب دروس حین خدمت آغاز شود، تا نگرش سیستمی این روش به ماهیت خطاها، ترس از گزارش‌دهی خطاها از سوی افراد را جبران بنماید.

تقدیر و تشکر

از جناب آقای دکتر حسین سعیدی ریاست محترم بخش اورژانس

References

- 1- Wachter RM. Understanding patient safety. United States of America: Mac Graw-Hill Companies; 2008. 10, 23-4.
- 2- Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320: 768-70.
- 3- Heydari J, Pooriyamehr E, Abdi S. Introduction of risk management system. Tehran: Researches and Technology; 2006. 2 [Persian]
- 4- Kusler-Jensen J, Weinfurter A. FMEA An idea whose time has come. SSM. 2003 Jun; 9(3): 30.
- 5- L Spath P, Hickey P. Home study program: using failure mode and effects analysis to improve patient. Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal. 2003 Jul; 78(1): 16
- 6- Epstein AL, Harding GH. Risk management in selected high risk hospital departments In: Kavalier F, Spiegel A. Risk management in health care institutions: a strategic approach. 2nded. United State of America: Jones and Bartlett; 2003. 326,329.
- 7- Brown S M. Managing risk in acute-care specialty units. In: Carroll R. Risk management handbook for health care organizations, 4thed. San Fransisco: American Society for Healthcare Risk Management; 2004; 295.
- 8- Smith IJ. Failure Mode and effects analysis in healthcare: proactive risk reduction. 2nd ed. United States of America: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); 2005. 1,18-9.
- 9- Rezayi K, Seyedi M, Noori B. FMEA Failure Mode and Effects Analysis. 2nd ed. Iran: RWTUV; 2005. 3,11 [Persian]
- 10- Gharachorlou N. Risk Assessment and risk management. East Azarbijan Province Branch: Sciences & Technologies; 2005. 16,49,63,168 [Persian]
- 11- Krouwer JS. An improved failure mode effects analysis for hospitals. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2004 Jun; 128(6): 663-7
- 12- Jalili M, Fathi M, Eslami B. Principles of emergency department_translation of selective chapter of the book Emergency department: principles and application. Salluzo R, Mayer T(editors). 1st ed. Tehran: Abnoos; 2009. 37-45 [Persian]
- 13- Henneman EA, Blank FSJ, Gattasso S, Williamson K, Henneman PL. Testing a classification model for emergency department errors. Journal of Advanced Nursing. 2008 Oct 8;55(1): 90-9.
- 14- Sherman H, Loeb J. Project to develop the international patient safety event taxonomy: updated review of the literature 2003-2005. Proceedings of The WHO World Health Organization Alliance for Patient Safety 2005 Sep; Geneva, Switzerland. 7.
- 15- Andersson AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. Nursing in Critical Care. 2006 Apr 20; 11(3): 136-45.
- 16- Gerdzt M, Bucknall T. Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. The Australian Journal of Advanced Nursing. 2000 Sep; 18(1): 24-33.
- 17- Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, Kelen GD, Pronovost PJ. National study on the frequency, types, causes and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. Journal

- of Emergency Medicine. In press 2008.
- 18- Benjamin DM. Reducing medication errors and increasing patient safety: Case studies in clinical pharmacology. *Journal of Clinical Pharmacology*. 2003 Jul 1; 43(7): 768-83.
- 19- Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. Medical error identification, disclosure, and reporting: Do emergency medicine provider groups differ? *Academic Emergency Medicine*. 2006 Apr; 13(4): 443-51.
- 20- Battles JB, Shea CE. A system of analyzing medical errors to improve GME curricula and programs. *Academic Medicine*. 2001; 76(2): 125-133.
- 21- Lu TC, Tsai CL, Lee CC, Ko PCI, Yen ZS, Yuan A, Chen SC, Chen WJ. Preventable deaths in patients admitted from emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 452-5.
- 22- Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, Waterman B, Adams D, Jeffe DB and et al. Patient concerns about medical errors in emergency departments. *Academic Emergency Medicine*. 2008 Jan 8; 12(1): 57-64.