

چکیده

مقدمه: ایمنی بیمار بدون استفاده از اطلاعات وقایع سوء به منظور طراحی برنامه‌های اصلاحی قابل حصول نیست. لذا، هر برنامه ایمنی بیمار وابسته به سیستم اطلاعات ایمنی بیمار به منظور گردآوری، تحلیل و بازخورد این اطلاعات می‌باشد. در ایران، برنامه‌های ایمنی بیمار در مراحل ابتدایی است و هنوز سیستم منسجمی برای مدیریت اطلاعات ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها وجود ندارد. بنابراین، مطالعه حاضر به منظور شناخت و مقایسه سیستم‌های اطلاعات ایمنی بیمار در کشورهای منتخب و ارائه مدل سیستم اطلاعات ایمنی بیمار برای بیمارستان‌های ایران انجام گردید.

روش پژوهش: این مطالعه در سه مرحله انجام شد. در مرحله اول، وضعیت موجود ایران از طریق استعلام از برخی مطلعین امر در وزارت بهداشت، معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها و همچنین مطالعه متون مرتبط مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله دوم، چهار کشور آمریکا، استرالیا، انگلستان و سنگاپور انتخاب و سیستم‌های اطلاعات ایمنی بیمار آنها شناسایی گردید. مختصات مربوط به این سیستم‌ها از لحاظ انواع داده‌های قابل گردآوری، انواع وقایع سوء تحت پوشش، انواع روش‌های گردآوری داده‌ها، روش‌های تحلیل و تفسیر داده‌های ایمنی بیمار، افراد دخیل و مشارکت‌کننده در سیستم، ابزارها و تکنولوژی‌های مورد استفاده و روش‌های اطلاع‌رسانی و انتشار اطلاعات با استفاده از روش مطالعه متون و تحلیل محتوا شناسایی و در جداول تطبیقی وارد گردید. پس از مقایسه وجوه اشتراک و افتراق این سیستم‌ها، مدل پیشنهادی اولیه در ۷ محور و ۱۷۹ بند (شامل داده‌های ایمنی بیمار، روش‌های گردآوری داده‌ها، روش‌های تحلیل و تفسیر داده‌ها، افراد دخیل در سیستم، ابزارها و تکنولوژی‌های مورد استفاده، روش‌های اطلاع‌رسانی و انتشار اطلاعات و قوانین حاکم بر سیستم) طراحی گردید. در مرحله سوم مطالعه، جهت تأیید اعتبار مدل پیشنهادی از تکنیک دلفی (طی دو مرحله) استفاده شد. در مرحله اول، ۲۶ نفر و در مرحله دوم، ۱۹ نفر از صاحب‌نظران در حوزه‌های مدیریت اطلاعات بهداشتی، مدیریت خدمات بهداشتی، پزشکی و پرستاری مشارکت کردند. تحلیل یافته‌های حاصل از دلفی، با روش آمار توصیفی و مجموع امتیازها انجام شد و بندهای با حداقل ۷۵ درصد کل امتیاز ممکن در مدل نهایی لحاظ گردید.

یافته‌ها: طبق یافته‌های به دست آمده، کشور ایران در مراحل ابتدایی شکل‌گیری برنامه‌های ایمنی بیمار است و در حال حاضر بیمارستان‌ها فاقد سیستم اطلاعات ایمنی بیمار هستند. در تمام کشورهای مورد بررسی، قوانین و مقررات مشخصی برای ثبت و تحلیل خطاهای پزشکی و وقایع سوء ایمنی بیمار وجود دارد. در این کشورها، انواع داده‌های قابل گردآوری، انواع وقایع سوء قابل ثبت و روش‌های گردآوری داده به‌خوبی تعریف شده است. رایج‌ترین روش گردآوری داده‌ها در این کشورها، گزارش‌دهی و تحلیل علل ریشه‌ای است. در آمریکا و استرالیا، مجموعه مشخصی از شاخص‌های ایمنی بیمار جهت تحلیل میزان وقایع سوء و پایش آنها تعریف شده است. رایج‌ترین ابزار جهت گردآوری داده‌ها، فرم‌های گزارش‌دهی و تحلیل علل ریشه‌ای است. همچنین، تیم‌های مدیریت ریسک یا ایمنی بیمار مسؤلیت سیستم را برعهده دارند. انواع اطلاعات تولیدی از این سیستم شامل گزارشات آماری و بازخوردهای عملیاتی است که در اختیار ارایه‌کنندگان مراقبت، مدیران ارشد و کمیته‌های ایمنی بیمار (یا مدیریت ریسک) قرار می‌گیرد.

نتایج تکنیک دلفی در خصوص مدل پیشنهادی اولیه نشان داد که تمام محورهای این مدل در مرحله اول دلفی (شامل ۱۵۵ بند از ۱۷۹ بند پیشنهادی) مورد موافقت صاحب‌نظران قرار گرفته است. در مرحله دوم نیز ۵۵ بند دیگر مورد توافق صاحب‌نظران قرار گرفت. در نهایت، مدل نهایی متشکل از هفت محور زیر ارائه گردید:

- ۱- داده‌های ایمنی بیمار (شامل ۸ گروه اصلی داده‌ها)
- ۲- گردآوری داده‌ها مشتمل بر ۱۷ گروه اصلی وقایع سوء تحت پوشش و ۷ روش مختلف برای گردآوری داده‌ها
- ۳- روش‌های تحلیل و تفسیر وقایع سوء (شامل انواع محاسبات آماری و ۲۹ شاخص ایمنی بیمار)
- ۴- ابزارهای مورد استفاده (شامل انواع فرم‌ها و عناصر اطلاعاتی آنها)
- ۵- افراد و گروه‌های دخیل (شامل کمیته ایمنی بیمار، مدیر ایمنی بیمار، تیم ایمنی بیمار، تیم تحلیل علل ریشه‌ای، تیم بررسی پرونده و مشارکت سایر گروه‌ها از جمله بیماران، کارکنان، بخش‌های رسیدگی به شکایت‌ها، مدیریت ریسک، مدیریت بهره‌برداری از منابع و مدیریت اطلاعات بهداشتی)

۶- روش‌های بازخورد و انتشار اطلاعات (شامل ارایه انواع گزارش‌های آماری و بازخوردهای عملیاتی به گروه‌های مختلف از جمله کمیته ایمنی بیمار، مدیران ارشد، ارایه‌کنندگان مراقبت، بیماران و سازمان‌های خارج بیمارستانی با روش‌های مختلف از جمله انتشار خبرنامه‌های ایمنی بیمار)

۷- قوانین حاکم بر سیستم (شامل انواع قوانین و اصول لازم برای تشویق بیمارستان‌ها برای اجرای سیستم اطلاعات ایمنی بیمار، محافظت از گزارش‌دهنده، حفظ محرمانگی اطلاعات، ممنوعیت استفاده از سیستم در رسیدگی به شکایات‌ها بجز در موارد بسیار محدود و برخورد با سوء استفاده از سیستم)

۹۶/۲ درصد صاحب‌نظران بر این باور بودند که اجرای این سیستم در ایران "ضروری" یا "کاملاً ضروری" است؛ همچنین، ۷۷ درصد آنها مدل پیشنهادی را "کاملاً" یا "تا حدود زیادی" قابل اجرا می‌دانستند.

نتیجه‌گیری: بیمارستان‌های ایران فاقد سیستم‌های منسجمی برای مدیریت کردن اطلاعات مربوط به خطاهای پزشکی و وقایع سوء ایمنی بیمار هستند در حالی که اجرای این نوع سیستم‌های اطلاعاتی برای پیشبرد اهداف برنامه‌های ایمنی بیمار ضروری است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مدل پیشنهادی مورد موافقت صاحب‌نظران است و آنها این مدل را برای بیمارستان‌های قابل اجرا می‌دانند. بنابراین، مدل پیشنهادی به‌عنوان مدل نهایی این پژوهش معرفی شده و ضمن توصیه به تصویب قوانین لازم برای اجرای این سیستم و اجرای آزمایشی آن، اجرای این مدل در بیمارستان‌های ایران پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی، سیستم اطلاعات ایمنی بیمار، سیستم گزارش‌دهی وقایع سوء ایمنی بیمار، سیستم گزارش‌دهی خطاهای پزشکی