

# همبستگی جهانی برای ایمنی بیمار\*

لیام دونالدسون

ترجمه مهدی مهدوی، سعید خانمحمدی\*\*

## مقدمه

امروزه ساختار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بسیار پیچیده شده است. مراقبت‌ها در محیطی تحت فشار و سرعت انجام می‌گیرد که در آن طیف وسیعی از تکنولوژی وجود داشته و مملو از تصمیمات شخصی و قضاوت‌های فردی و روزانه پرسنل بهداشتی و درمانی است. در این شرایط، کارها ممکن است بخوبی پیش نرود. گاهی اوقات صدمات غیرعمدی حین انجام جراحی‌های بالینی یا در نتیجه تشخیص‌های بالینی به بیمار وارد می‌شود. ارتکاب خطا در فرایند مراقبت ممکن است منجر به آسیب به بیمار شود. گاهی اوقات صدمات وارده جدی و برخی اوقات نیز منجر به فوت بیمار می‌شود.

«پیشامدهای زیانبار»<sup>۱</sup> در مراقبت‌های بهداشتی، مسئله جدیدی نیست. این مشکل در مطالعات دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی گزارش شده بود ولی بعد از آن موضوع بکلی به فراموشی سپرده شد. در اوایل دهه ۱۹۹۰ با انتشار نتایج تحقیقات هاروارد در مورد اعمال

\* World Alliance for Patient Safety, L. Donaldson, forward programme 2005.

\*\* دانشجویان کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
1. adverse event

پزشکی این مسئله دوباره مطرح شد. تحقیقات بعدی در استرالیا، بریتانیا، ایرلند شمالی و ایالت متحد داده‌های بعدی را فراهم ساخت و موضوع را در اولویت اول سیاستها و بحثهای عمومی قرار داد. امروزه بسیاری از کشورها از قبیل دانمارک، کانادا، هلند، سوئد و کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی<sup>۱</sup> نگاهی بسیار جدی به این مسئله دارند.

مطالعات زیادی میزان پیشامدهای زیانبار را بررسی کرده‌اند (جدول ۱). از جمله، مطالعات دانشگاه هاروارد نشان داد ۴ درصد بیماران از نوعی صدمه که در بیمارستان اتفاق افتاده است رنج می‌برند. ۷۰ درصد پیشامدهای زیانبار منجر به ناتوانی‌های کوتاه‌مدت و ۱۴ درصد حوادث منجر به مرگ می‌شود. گزارش سازمان پزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۰، میزان مرگ و میر ناشی از خطاهای پزشکی در بیمارستانها را ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مورد در سال برآورد می‌کند که بیشتر از مرگ و میرهای ناشی از تصادفات رانندگی، سرطان سینه و ایدز است. دپارتمان بهداشت بریتانیا در گزارش سال ۲۰۰۰ خود برآورد کرد که در ۱۰ درصد پذیرش‌های بیمارستانی در این کشور پیشامدهای زیانبار اتفاق می‌افتد. به عبارت دیگر در یک سال ۸۵۰,۰۰۰ مورد پیشامد زیانبار اتفاق می‌افتد. در سال ۱۹۹۵ در استرالیا، این مسئله حدود ۱۶/۶ درصد بیماران را متأثر ساخته بود. در اروپا از هر ۱۰ بیمار یک نفر (در سال ۲۰۰۰) و در نیوزلند و کانادا در حدود ۱۰ درصد بیماران از پیشامدهای زیانبار متأثر شدند.

پیشامدهای زیانبار زیانهای مالی بسیاری را نیز به دنبال دارد. در بریتانیا هزینه اقامتهای اضافی ناشی از پیشامدهای زیانبار، به تنهایی به ۲۰۰۰ میلیون پوند در سال بالغ می‌شود. میزان غرامت پرداختی به بیماران نیز سالانه به رقمی در حدود ۴۰۰ میلیون پوند (علاوه بر مبلغ ۲۴۰۰ میلیون پوند بابت دیون و دادخواهی‌هایی که در لیست نوبت هستند) بالغ می‌شود. کل هزینه ملی پیشامدهای زیانبار قابل پیشگیری در آمریکا شامل درآمد از دست رفته به دلیل پیشامدهای زیانبار، ناتوانی‌ها و هزینه‌های پزشکی، بین ۱۷,۰۰۰ تا ۲۹,۰۰۰ میلیون دلار در سال برآورد می‌شود؛ به این هزینه‌ها، باید مواردی مانند از بین رفتن اعتماد و اطمینان بین مردم و ارائه‌دهندگان خدمات و نارضایتی از خدمات را نیز اضافه کرد.

مسئله پیشامدهای زیانبار در کشورهای در حال توسعه و گذر اقتصادی نیازمند توجه بیشتری است. ضعف زیرساخت‌ها و تجهیزات دولتی، عرضه و کیفیت نامطمئن داروها، نقص

1. OECD

در مدیریت مواد زاید و کنترل عفونت، عملکرد ضعیف کارکنان بهداشت به دلیل کم‌انگیزگی یا مهارت‌های فنی غیرکافی، احتمال پیشامدهای زیانبار را در مقایسه با کشورهای صنعتی، بسیار بالاتر برده است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، کشورهای در حال توسعه در حدود ۷۷ درصد کل موارد گزارش‌شده داروهای زیر استاندارد و تقلبات دارویی را به خود اختصاص می‌دهند. همچنین طبق گزارش‌های موجود، در اغلب این کشورها نیمی از تجهیزات پزشکی قابل استفاده نبوده یا اینکه تا حدودی، قابل استفاده هستند. این شرایط منجر به فراموشی بیمار یا افزایش ریسک صدمه به وی و کارکنان بهداشتی شده است.

اغلب این شواهد در مورد پیشامدهای زیانبار از بیمارستانها گزارش شده است. علت گزارش‌دهی این پیشامدها از بیمارستان‌ها بالاتر بودن ریسک مراقبت‌های بیمارستانی، مستندبودن استراتژی‌های ارتقاء و اهمیت اعتماد بیمار بوده است. اما بسیاری از پیشامدهای زیانبار در دیگر مراکز مراقبت بهداشتی از قبیل مطب پزشکان، آسایشگاه سالمندان، داروخانه‌ها و منزل بیماران اتفاق می‌افتد. همچنین مطالعات اخیر نگرانی‌هایی در مورد بیماران ایجاد کرده است. هرچند، اطلاعات اندکی در مورد میزان و گستره مسئله در بیرون از بیمارستان وجود دارد. جدول زیر مطالعات انجام شده در زمینه پیشامدهای زیانبار در کشورهای مختلف را نشان می‌دهد.

هر نقطه، در ارائه مراقبت‌های بهداشتی با نبود تقریباً ذاتی ایمنی همراه است؛ مانند بعد دارویی یا ترکیب داروها، مخاطرات ناشی از ابزارهای پزشکی، ورود کالاهای زیر استاندارد یا نقص دار به سیستم مراقبت‌های بهداشتی، نقص‌های انسانی یا نارسایی‌های (پنهان) سیستم مراقبت‌های بهداشتی. بنابراین پیشامدهای زیانبار ممکن است از مشکلات موجود در طبابت، محصولات و روش‌های اجرایی یا سیستم مراقبت‌های بهداشتی ناشی شود. ایمن‌سازی که در افراد سالم جامعه انجام می‌گیرد، چالش‌های ویژه‌ای ایجاد می‌کند. با کاهش شیوع بیماری‌های قابل پیشگیری به وسیله واکسن، نگرانی‌ها در مورد پیشامدهای زیانبار بالقوه متعاقب واکسیناسیون، ممکن است بر برنامه‌های ملی ایمن‌سازی و مراقبت‌های بهداشتی پیشگیری، اثرات منفی داشته باشد. تفکر فعلی در مورد ایمنی بیمار، مسئولیت اصلی پیشامدهای زیانبار را متوجه ضعف ساختار سیستم، سازمان و عملکرد می‌داند تا افراد ارائه‌کننده یا تولیدکننده خدمات.

مطالعات انجام گرفته در زمینه پیشامدهای زیانبار در کشورهای مختلف					
کشور تحت مطالعات	کانون مطالعه	تاریخ پذیرش بیماران	تعداد پذیرش	تعداد پیشامدهای زیانبار	میزان پیشامدهای زیانبار (درصد)
امریکا (ایالت نیویورک - تحقیقات هاروارد درباره اعمال پزشکی)	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۸۴	۳۰۱۹۵	۱۱۳۳	۳/۸
امریکا (مطالعه پوتا - کلرادور)	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۲	۱۴۵۶۵	۴۷۵	۳/۲
امریکا (مطالعه پوتا - کلرادو) (بازنگری مطالعه ستون ۲)	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۲	۱۴۵۶۵	۷۸۷	۵/۴
استرالیا	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۲	۱۴۱۷۹	۲۳۵۳	۱۶/۶
استرالیا (بازنگری مطالعه ستون ۴)	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۲	۱۴۱۷۹	۱۴۹۹	۱۰/۶
بریتانیا	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۹-۲۰۰۰	۱۰۱۴	۱۱۹	۱۱/۷
دانمارک	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۸	۱۰۹۷	۱۷۶	۹
نیوزلند	بیمارستانهای مراقبت حاد	۱۹۹۸	۶۵۷۹	۸۴۹	۱۲/۹
کانادا	بیمارستانهای مراقبت حاد و اجتماعی	۲۰۰۱	۳۷۲۰	۲۷۹	۷/۵

پیشامدهای زیانبار دارویی در مطالعه یوتا-کلرادو<sup>۱</sup> در ایالات متحد مثال جالبی است؛ در این مطالعه ۷۵ درصد حوادث دارویی قابل انتساب به نقص‌های سیستم است. به همین ترتیب، غالب پیشامدهای زیانبار نتیجه غفلت یا نبود آموزش نیست، بلکه بیشتر به علت عوامل مخفی در سیستم اتفاق می‌افتد. در غالب موارد، پیشامدهای زیانبار از فاکتورهایی که در قسمت بالای سازمان قرار دارند ناشی می‌شود مانند استراتژی‌های ویژه سازمان، فرهنگ و رویکرد سازمان به مدیریت کیفیت فراگیر، پیشگیری از خطر (ریسک) و ظرفیت سازمانی برای یادگیری از شکست‌ها. بنابراین اقدامات پیشگیرانه‌ای که اساس آن تغییر سیستم است، بسیار مؤثرتر از اقداماتی است که هدف آن تغییر در افراد یا مسئولیت‌هاست. ایمنی، اصل اساسی مراقبت از بیمار و عنصر مهم تشکیل‌دهنده مدیریت کیفیت فراگیر است. بهبود ایمنی به تلاشهای جمعی کل سیستم سازمانی از قبیل بهبود عملکرد، ایمنی محیطی و مدیریت ریسک از قبیل کنترل عفونت، استفاده ایمن از داروها، ایمنی تجهیزات، اعمال کلینیکی ایمن و محیط مراقبتی سالم وابسته است و تقریباً تمام اصول و پرسنل مراقبتهای بهداشتی را دربرمی‌گیرد. بنابراین، بهبود ایمنی به رویکردی جامع و چندوجهی برای شناسایی و مدیریت خطرات بالفعل و بالقوه تهدیدکننده ایمنی بیماران در خدمات فردی و یافتن راه‌حلی درازمدت برای سیستم به عنوان یک کل، نیاز دارد.

با تفکر در اصطلاح «سیستمی» تعهد قوی نسبت به راه‌حل‌های مشخصی برای کاهش خطر به وجود می‌آید که بر تمام ابعاد ایمنی بیمار تأکید دارند؛ این راه‌حل‌ها در تضاد با راه‌حل‌هایی است که از ابعاد بسیار اختصاصی و محدود مشکل منتج شده است. راه‌حل‌های بسیار اختصاصی و محدود به طور طبیعی دیگر ابعاد را کم اهمیت جلوه می‌دهند. ارتقای ایمنی بیمار سه فعالیت عمده را که مکمل همدیگرند دربرمی‌گیرد. این فعالیتها عبارت است از:

۱. پیشگیری از وقوع پیشامدهای زیانبار
  ۲. آشکارسازی پیشامد زیانبار در صورت اتفاق افتادن آن
  ۳. جبران و تسکین اثرات این پیشامدها.
- دستیابی به این فعالیت‌ها نیازمند موارد زیر است:

۱. افزایش توانایی یادگیری از اشتباهات از طریق بهبود سیستم‌های گزارش‌دهی، بررسی ماهرانه حوادث و تسهیم مناسب داده‌های به دست آمده.

۲. قابلیت بیشتر برای پیش‌بینی اشتباهات و بررسی نقاط ضعف مربوط به سیستم که ممکن است منجر به پیشامدهای زیانبار شود.

۳. شناسایی منابع علمی موجود در درون و بیرون بخش بهداشت.

۴. بهبود در خود سیستم ارائه مراقبت، تا اینکه از طریق آن ساختار مجدداً شکل یابد. مشوق‌ها دوباره تخصیص داده شود و کیفیت در کانون توجه سیستم قرار گیرد. به طور کلی برنامه‌های ملی حول و حوش این اصول قرار می‌گیرد.

علی‌رغم توجه رو به رشدی که اکنون به مسئله ایمنی بیمار می‌شود، هنوز هم فقدان آگاهی همگانی بر این مسئله حاکم است. ظرفیت برای گزارش‌دهی، تجزیه و تحلیل و کسب تجربه از اشتباهات به علت متفاوت بودن متدولوژی‌های شناسایی و اندازه‌گیری، برنامه‌های ناکافی گزارش‌دهی، نگرانیهای بیجا در مورد قابلیت اعتماد داده‌ها، ترس از مسئولیت‌های شغلی و ضعف سیستم‌های اطلاعاتی، بشدت محدود شده است. ادراک و دانش ما در مورد اپیدمیولوژی پیشامدهای زیانبار - فراوانی علل، عوامل تعیین‌کننده، اثرات آن بر بیمار و روشهای اثربخش برای پیشگیری از آنها - هنوز هم محدود است. اگرچه نمونه‌های موفق از برنامه‌های کاهش پیشامدهای زیانبار وجود دارد، هیچ یک از آنها به کل سیستم بهداشت و درمان تسری نیافته است. روش عمل در مدیریت کیفیت در بخش بهداشت از یک کشور به کشور دیگر و از یک فرهنگ به فرهنگ دیگر متفاوت است. نیاز به یک واژه‌شناسی استاندارد بین‌المللی برای تعریف پیشامدهای زیانبار، روشهای رایج اندازه‌گیری و گزارش‌دهی آن احساس می‌شود. برای این منظور می‌توان از تجربیات سازمان جهانی بهداشت در متدولوژی مقایسه‌های بین‌المللی استفاده کرد.

پاسخ‌دهی به سؤالات مهم زیر باید به طور بین‌المللی صورت گیرد تا اینکه بهترین عملکرد صورت گیرد و هنگام طرح‌ریزی استراتژی‌ها، شقوق مختلف برای تصمیم‌گیران فراهم آید:

☐ چه سیاستها و قوانین نظارتی سیستم مراقبتهای بهداشتی، می‌تواند ایمنی مراقبتهای بهداشتی را بهبود بخشد؟

☐ چگونه به بهترین شکل می‌توانیم توانایی و قابلیت‌های رهبری را ایجاد کنیم و ابزارهای تحقیق و توسعه را برای ارتقای پایه‌های دانش برای ایمنی به کارگیریم؟

- چگونه به بهترین شکل می‌توانیم از طریق سیستم گزارش‌دهی اجباری و داوطلبانه، پیشامدهای زیانبار را شناسایی کرده و از آن درس بگیریم؟
- بهترین مکانیسم‌های ارتقای سطح استانداردها و انتظارات برای بهبود ایمنی از طریق فعالیتهای گروههای نظارتی، خریداران و سازمانهای حرفه‌ای چیست؟
- چگونه به بهترین شکل ممکن می‌توانیم با مسائل مرتبط با هزینه ابزارهای اندازه‌گیری ایمنی، اختلافات موجود در سطح قابل قبول خطر بویژه در مراکز با منابع محدود، کنار بیایم؟

### سازمان جهانی بهداشت و ایمنی بیمار

در ژانویه سال ۲۰۰۲ مدیران اجرایی سازمان جهانی بهداشت در پنجاه و پنجمین اجلاس خود، موضوع ایمنی بیمار را عمیقاً بررسی کردند و راه‌حلی به پنجاه و پنجمین اجلاس جهانی بهداشت ارائه کردند. این راه‌حل در می سال ۲۰۰۲ مورد قبول قرار گرفت که اعضا را وادار کرد تا دقیقترین توجه ممکن را به مسئله معطوف کنند و سیستم علمی مورد نیاز برای بهبود ایمنی بیمار و کیفیت مراقبتهای بهداشتی از قبیل پایش داروها، تجهیزات و تکنولوژی پزشکی را تشکیل دهند و تقویت کنند. مرحله بعد، نیاز به هیئت مدیره‌ای برای ایجاد هنجارها و استانداردهای جهانی بود تا از طریق آنها، چارچوب سیاستهای مبتنی بر شواهد ترویج داده شود، مکانیسم‌هایی برای تشخیص تعالی بین‌المللی در ایمنی بیمار توسعه یابد، تحقیقات در زمینه ایمنی بیمار را تشویق کند و در چند بخش کلیدی که در بخشهای بعدی به آنها اشاره خواهد شد اعضا را یاری رساند.

در می سال سال ۲۰۰۴، در پنجاه و هفتمین اجلاس جهانی بهداشت، در گزارشی فنی به پیشرفت در اجرای راه‌حل مذکور و مشارکت گسترده اعضا اشاره شد. اجلاس جهانی بهداشت، طرح پیشنهادی برای شکل دادن «همبستگی جهانی» برای بهبود ایمنی بیمار را به عنوان ابتکاری جهانی مورد توجه قرار داد.

### همبستگی جهانی برای ایمنی بیمار

ایجاد همبستگی جهانی برای ایمنی بیمار، گام مهمی در تلاش برای بهبود ایمنی مراقبتهای بهداشتی در بین تمام اعضای سازمان جهانی بهداشت است. در حال حاضر هیچ کشور یا

سازمانی به تنهایی، تخصص، منابع مالی یا قابلیت پژوهشی برای از بین بردن کل مسئله ایمنی بیمار را ندارد.

برنامه‌ای که در زیر ارائه می‌شود در سمیناری که در نوامبر سال ۲۰۰۳ در لندن تشکیل شد ارائه شد. این برنامه در اجلاس جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ و جلسه کارشناسان مشاور در شهر دویلین که به ریاست سرلیام دونالدسون در اوایل سال ۲۰۰۵ برگزار شد مورد بحث قرار گرفت که شامل شش بخش است:

#### ۱. مبارزه جهانی برای ایمنی بیمار: سالهای ۲۰۰۵ - ۲۰۰۶

عنصر اصلی همبستگی جدید، ایجاد مبارزه جهانی برای ایمنی بیمار خواهد بود که طی آن، موضوعی که بعد پر اهمیت خطرات متوجه بیمار حین دریافت مراقبت را پوشش می‌دهد و متناسب با هر یک از اعضاست، برای مبارزه در طول یک دوره دوساله شناسایی می‌شود.

موضوعی که برای اولین مبارزه جهانی برای ایمنی بیمار در سالهای ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ انتخاب شده عفونتهای مرتبط با مراقبتهای پزشکی است. عفونتها، سالانه درمان و مراقبت از میلیون‌ها نفر بیمار را در سرتاسر جهان دچار مشکل می‌سازند. در نتیجه برخی از بیماران اقامتشان در بیمارستان طولانی می‌شود، برخی ناتوانیهای بلندمدت را تجربه می‌کنند و برخی می‌میرند. به علت عفونتها، همانند هزینه‌های انسانی، سیستم مراقبتهای بهداشتی بار مالی اضافی هنگفتی را متحمل می‌شود. هزینه متوسط عفونتهای بیمارستانی از یک کشور به کشور دیگر برحسب نوع عفونتهای شایع در بیمارستانها، میزان عفونت و هزینه مراقبتهای بهداشتی متفاوت است. عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی مشخصه اصلی نشان‌دهنده مشکل بزرگ در ایمنی بیمار است؛ که در سرتاسر جهان بیماران بسیاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مشکل دارای علل چندگانه و فاکتورهای مرتبط با سیستم مراقبتهای بهداشتی، فرایندهای ارائه مراقبت و رفتارهای انسانی است. عفونتهای بیمارستانی ریشه‌کن نمی‌شود اما برخی مؤسسات مراقبت بهداشتی بسیار بهتر از دیگر مؤسسات توانسته‌اند مسئله عفونت و ریسکی را که متوجه بیماران است کنترل کنند (بنابراین در بهبود ایمنی بیمار در بین مؤسسات مختلف اختلاف وجود دارد).

مشکل عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی در برخی کشورها جدی‌تر از کشورهای دیگر است. حتی در یک کشور، تفاوت‌های قابل توجهی در فراوانی عفونت بین بیمارستانها و دیگر



مؤسسات مراقبت بهداشتی وجود دارد. همچنین برخی از منابع ریسک عفونت، در بخشهایی از جهان دارای اهمیت ویژه‌ای بوده، یا کاملاً چشمگیر هستند. برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت هم‌اکنون به برخی از این مسائل می‌پردازد. برای مثال:

☐ تزریقات غیر ایمن

☐ انتقال ویروس ایدز از طریق رویه‌های مراقبتی غیرایمن

☐ انتقال عفونت از طریق انتقال خون

«مراقبت تمیز، مراقبتی است که ایمن تر است» شعار مبارزه جهانی برای ایمنی بیمار در سالهای ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ است. از کشورهای مختلف برای عمل به این شعار بر اساس اصول اساسی زیر دعوت شده است:

☐ برآورد رسمی وسعت و ماهیت عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی در سیستم مراقبتهای

☐ اتخاذ رویکرد بین‌المللی مشخص نسبت به مراقبت از مشکل عفونت تا اینکه حدود فعلی آن مشخص شده و تغییرات قابل پایش شود.

☐ تجزیه و تحلیل علل ریشه‌ای عفونتها با تأکید ویژه بر «تفکر سیستمی»

☐ ارائه راه‌حلهایی برای بهبود ایمنی و کاهش ریسک، با تأکید ویژه بر پنج حیطه عملکردی زیر:

○ دستهای تمیز

○ معالجات تمیز

○ فراورده‌های تمیز

○ محیط تمیز

○ تجهیزات تمیز

☐ اتکا بر بهترین عملکرد بر اساس رویکرد مبتنی بر شواهد در تمام ابعاد این مبارزه

☐ درگیر کردن کامل کارکنان، استفاده‌کنندگان خدمات و همچنین کارکنان بخش بهداشت در

طرح‌های بهبود و طرح عملیات

☐ تضمین اینکه تمام اعمال بعد از دوره دوساله مذکور ادامه داشته باشد.

## ۲. مشارکت بیماران و مصرف‌کنندگان

بیماران و مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی درخواست‌کنندگان اصلی بهبود ایمنی هستند. آنها

قربانیان اصلی اشتباهات هستند. وضعیت نگران‌کننده شخصی، شغلی و خانوادگی بیماران غالباً با روشی که با پیشامدهای زیانبار برخورد می‌شود بدتر می‌شود، مانند بی‌میلی نسبت به افشای واقعه و صداقت در مورد آنچه اتفاق افتاده است، عدم عذرخواهی، فقدان مشاوره و حمایت‌های مداوم و توضیح ناقص در مورد آنچه اتفاق افتاده است یا هرگونه تضمین مبنی بر اینکه این اتفاق برای هیچ‌کس دیگر اتفاق نخواهد افتاد. در این موارد توجه به نیازهای واقعی بیماری که صدمه دیده است نیروی محرکی برای کارهای اساسی بیمار یا نماینده او برای دگرگون کردن وضعیت وخیم فعلی‌اش ایجاد می‌کند.

بیماران و سازمانهای حمایت از بیماران می‌توانند نقش مهمی در شناسایی و معرفی خطرات تهدیدکننده بیماران و ارائه راه‌حل‌ها داشته باشند. در سرتاسر دنیا سازمانها و جنبش‌هایی وجود دارند که نقشهای فوق را برعهده دارند. این سازمانها هم‌اکنون در انگلیس و ایالات متحد در حال فعالیت هستند.

به علاوه، نمونه‌هایی از برنامه‌های درون‌کشوری ایمنی بیمار که مشارکت مصرف‌کنندگان به عنوان یک بخش مهم در برنامه‌های کلی آمده است وجود دارد. نمونه خوب آن برنامه‌های «صدای رسا»<sup>۱</sup> برای ایمنی بیمار است که به ابتکار انجمن مشترک اعتباربخشی سازمانهای مراقبت بهداشتی امریکا (JCAHO) در سال ۲۰۰۱ آغاز شد.

همبستگی جهانی برای ایمنی بیمار فرصت بزرگی فراهم می‌کند تا اینکه بیمار و مصرف‌کننده خدمات بهداشتی در کانون جنبش بین‌المللی بهبود ایمنی بیمار قرار گیرند. به خاطر تمام این علل، حیطه دوم همبستگی به دنبال بسیج و توانمند کردن بیمار و نمایندگان وی در سرتاسر دنیا، با عنوان «بیمار برای ایمنی بیمار» خواهد بود.

این حیطه عمل که به وسیله جنبش ایمنی بیمار هدایت خواهد شد، برنامه‌هایی از قبیل لیپ فروگ<sup>۲</sup> و صدای رسا را شامل می‌شود. برنامه لیپ فروگ ائتلاف خریداران مراقبتهای بهداشتی و انجمن مشترک اعتباربخشی سازمانهای مراقبت بهداشتی است و تحت حمایت برنامه‌های مدیکیر و مدیکید است.

برنامه‌های «صدای رسا» شامل فعالیتهای زیر است که توسط بیماران و خانواده‌های آنها انجام می‌گیرد:

1. speak up

2. Leap Frog

- اگر سؤالی دارید یا نگران هستید از «صدای رسا» پرسید: این حق شماست که بتوانید
- به مراقبتی که دریافت می‌کنید دقت کنید
- خود را در مورد تشخیص‌های پزشکی، تست‌ها و روش‌های درمانی آموزش دهید
- از اعضای مورد اعتماد خانواده خود یا دوستان معتمدتان بخواهید تا حامی شما باشند
- داروهایی که مصرف می‌کنید بشناسید و دلیل مصرف آنها را بدانید
- از خدمات مراکز و افرادی استفاده کنید که بدقت خود را با استانداردهای ایمنی ارزیابی می‌کنند
- در تمام تصمیماتی که برای مراقبت از شما گرفته می‌شود مشارکت کنید

برنامه بیمار برای ایمنی بیمار به فعالیتهای زیر می‌پردازد:

- فهرستی از برنامه‌های ایمنی بیمار و مصرف‌کننده که در حال حاضر توسط دولت و سازمانهای آموزشی خصوصی اجرا می‌شود (یا در مراحل پایانی برنامه‌ریزی است) تهیه می‌کند.
- در سرتاسر جهان مسیرهای دستیابی به مشارکت و اطلاعات برای تمام مصرف‌کنندگانی ایجاد می‌کنند که می‌خواهند به همبستگی یا به طور کلی به جنبش ایمنی بیمار کمک کنند.
- انجام بررسی‌های پایه‌ای در مورد ایمنی بیمار در بین مصرف‌کنندگان و ارائه‌دهندگان، مراقبت و همچنین مسائل فرهنگی مرتبط را تسهیل می‌کند.
- خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌هایی را به صورت الگو برای درگیر کردن بیماران و نمایندگان آنها در تلاشهایی که برای ایمنی بیمار صورت می‌گیرد، ارائه می‌دهد.
- شبکه‌ای از مشاوران را از بین مصرف‌کنندگان مراقبتهای بهداشتی تشکیل می‌دهد تا در دسترس کشورهای قرار گیرند که می‌خواهند فلسفه بیمار برای ایمنی بیمار را در ابتکارات ایمنی بیمار در سطح ملی یا محلی به کار گیرند.

### ۳. ایجاد تاکسونومی<sup>۱</sup> ایمنی بیمار

امروزه ایمنی بیمار، برای هر سیستم مراقبتهای بهداشتی که در پی تضمین و بهبود کیفیت

1. taxonomy

مراقبت است، در اولویت قرار دارد. این موقعیتی است که به تازگی به دست آمده است. جنبشهای ایمنی در دیگر بخشها مانند صنعت هوانوردی مدت زیادی است که شکل گرفته. در نتیجه، مفاهیم، اصول، هنجارها و واژه‌شناسی آن نسبت به بخش مراقبتهای بهداشتی بسیار پیشرفته‌تر است. تلاش برای ایجاد شفافیت، ثبات و درجه‌ای از استانداردسازی در بخش مراقبتهای بهداشتی، ممکن است ناخوشایند و بوروکراسی‌بازی به نظر برسد. اما این مسئله از اهمیت حیاتی برخوردار بوده که متعاقب آن به عنوان اولویت، در صحنه جهانی شناخته شده است. طبقه‌بندی بین‌المللی ایمنی بیمار، تنها عامل بالقوه‌ای نیست که پایش و گزارش‌دهی جهانی خطاها و پیشامدهای زیانبار را تسهیل کند، بلکه می‌تواند از طریق اطلاعات بهتر در مورد شیوع، انواع، علل، شدت و نتایج آنها به فهم بیشتر این حوادث کمک کند. تاکسونومی علم، قانون و اصول طبقه‌بندی است. بدون تاکسونومی، مقایسه‌های بین‌المللی یا حتی داخلی کشوری ایمنی بیمار مفهوم محدودی خواهد داشت، از فرصتهای بالقوه تحقیقات استفاده‌ای نخواهد شد و فراست و استقرای لازم برای تولید راه‌حل‌ها از دست خواهد رفت.

بدون طبقه‌بندی برای ایمنی بیمار، سومین بخش همبستگی خواهد بود طی یک پروژه ۱۸ ماهه یک طبقه‌بندی برای داده‌های استاندارد ایمنی بیمار تهیه خواهد شد که به طور بین‌المللی قابل پذیرش بوده و برای جمع‌آوری، کدگذاری و طبقه‌بندی پیشامدهای زیانبار در مراکز بهداشتی سرتاسر جهان قابل کاربرد باشد. این طبقه‌بندی که طبقه‌بندی بین‌المللی حوادث ایمنی بیمار نامیده خواهد شد، رویکرد هماهنگی را برای ادغام فعالیتهای گزارش‌دهی بیمار در تمام اعضای سازمان جهانی بهداشت فراهم می‌کند و زیربنای اطلاعاتی مشترکی برای سازمان جهانی بهداشت خواهد ساخت تا بدین وسیله این نهاد از برنامه‌ها، برای کاهش خطاهای پزشکی و بهبود ارائه مراقبتهای با کیفیت و ایمن حمایت کند. استانداردها به این منظور ایجاد می‌شود که تضمین کند داده‌هایی که برای شناسایی، تجزیه و تحلیل، فهم و یادگیری از حوادث ایمنی بیمار بسیار مهم هستند از طریق سیستم گزارش‌دهی فعلی قابل مقایسه هستند.

#### ۴. پژوهش در زمینه ایمنی بیمار

انگیزه اصلی برای فعالیتهای هماهنگ در مورد ایمنی بیمار، حاصل انتشار مطالعات و روشهای مشابهی است که در مورد بررسی سطح خطا در مورد بیماران بستری در بیمارستان‌ها انجام شده

است. مطالعه در مورد نتایج ناخوشایند و صدماتی که به بیماران وارد شده در طول سالیان مدیدی انجام گرفته است. در سال ۱۸۵۰ پزشک مجارستانی «ایگناز سملوویز»<sup>۱</sup> انتقال عفونت را به بهداشت ضعیف دستها نسبت داد اما نتوانست همکاران خود را نسبت به تغییر رفتارشان در مورد شستن دستها متقاعد کند. در آمریکا در اوایل قرن بیستم، «ارنست گودمن»<sup>۲</sup> جراح اهل بوستون، در مورد انجام ارزیابی‌های روتین پیامدهای «درمانی» بحث کرد اما نتوانست موافقت دیگران را جلب کند. مثالهای دیگری در مورد اثرات مضر دارویی و بیماریهای پزشکی وجود دارد. تا اینکه در سالهای دهه ۱۹۷۰ تلاشهایی برای به دست آوردن دیدی کلی از مسئله پیامدهای ناخوشایند پزشکی و صدمه به بیماران انجام گرفت. در سال ۱۹۷۷ بررسی بیمه پزشکی کالیفرنیا نشان داد که ۴ درصد بیماران پذیرش شده در بیمارستانها از نوعی پیشامدهای زیانبار رنج می‌برند. میزان رو به افزایش دادخواهی‌ها در بین سالهای ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ نیز عامل محرک دیگری بود که منجر به افزایش آگاهی در مورد ایمنی بیمار شد. در ایالات متحد و بعدها در دیگر نقاط جهان، این مسئله منجر به توسعه برنامه‌های «مدیریت خطر» شد. در آغاز، این برنامه‌ها منحصرأ بر ابعاد قانونی و مالی متمرکز بود و هدف آن محافظت از مؤسسه بود اما بتدریج تکامل یافت و حل مشکلات کلینیکی را مورد توجه قرار داد و مسیری برای پرداختن به مسائل ایمنی بیمار شد. این مطالعه در درجه اول به این منظور انجام گرفت تا اینکه توان موجود برای جبران خسارت‌های غیرعمدی را در ایالت نیویورک ارزیابی کند اما میراث گرانبهای آن، نمایان کردن وسعت صدمه به بیمار در اثر مراقبتهای بهداشتی و تحریک انجام مطالعات مشابه بعدی بود.

قویترین شواهد موجود در زمینه مسئله صدمه به بیمار از بررسی گذشته‌نگر پرونده‌های بیماری به دست آمده است. در این مطالعات، متخصصان بالینی برآورد کردند که صدمه به بیماران در اثر مسائل مدیریت مراقبتهای بهداشتی بوده است تا بیماری.

مطالعه هاروارد نشان داد در ۴ درصد پذیرش‌های بیمارستانی در ایالت نیویورک، سهواً به بیماران در اثر درمان صدمه وارد شده است. در ۷۰ درصد این بیماران، ناتوانی به وجود آمده جزئی یا موقتی بوده و در ۷ درصد بیماران دائمی بوده است و ۱۴ درصد بیماران فوت شدند. بنابراین ۱ درصد بیماران پذیرش شده در بیمارستان دچار صدمات جدی شده‌اند. یافته‌های

1. Ignaz Semmelweiss

2. Ernest Codman

مشابهی از ایالت کلرادو گزارش شده است. یافته‌های مشابه در استرالیا میزان پیشامدهای زیانبار را ۱۶/۶ درصد گزارش کرده‌اند که نصف این مقدار قابل پیشگیری بوده است. مطالعات مشابه در کشورهای انگلیس، دانمارک، نیوزلند و کانادا نیز میزان بالای پیشامدهای زیانبار را گزارش کرده‌اند. هزینه‌های مالی پیشامدهای زیانبار به علت درمانها و اقامتهای اضافی در بیمارستان، بسیار بیشتر از هزینه‌های دعاوی حقوقی بوده است. در انگلیس هزینه پیشامدهای زیانبار قابل پیشگیری تنها به علت تخت روزهای از دست رفته به یک میلیارد پوند بالغ می‌شود. هزینه ساعت کاری از دست رفته، مزایای پرداختی بابت ناتوانی و عواقب بعدی اقتصادی بسیار بیشتر از هزینه‌های فوق است.

در سال ۲۰۰۴ برنامه‌های مختلفی در کشورهای امریکا، کانادا و کشورهای اروپایی و آسیایی برای پژوهش در مورد ایمنی بیماران به راه افتاده است. به طور مثال برنامه مؤسسه پژوهش و کیفیت مراقبتهای بهداشتی<sup>۱</sup> بر اولویت پژوهش در زمینه ایمنی بیمار تأکید می‌کند برنامه‌های این مؤسسه، هم اکنون بر دستیابی به اطلاعات بیشتر در موضوعات زیر تأکید دارد:

- اپیدمیولوژی خطاها، برای مثال نوع و میزان خطاها در مراکز بهداشتی مختلف
- ساختارهای زیربنایی لازم برای بهبود ایمنی بیمار مانند ظرفیت تجزیه و تحلیل و فرهنگ سازمانی مورد نیاز
- سیستم‌های اطلاعات، برای مواردی مانند توسعه تعریفهای مشترک راجع به سیستم گزارش‌دهی و چگونگی ارزیابی موفقیت آن
- دانش لازم در مورد اینکه چه نوع مداخله‌ای باید انجام شود و چگونه انجام این مداخلات را تشویق کنیم.

نمی‌توان اهمیت پژوهش برای فهم مشکلات ایمنی بیمار و ایجاد راه‌حل‌های لازم را دست‌کم گرفت، بنابراین چهارمین بخش همبستگی جهانی، پژوهش در زمینه ایمنی بیمار خواهد بود.

استراتژی مبتنی بر برآورد نیازهای تحقیقی در مورد ایمنی بیمار، به وسیله همبستگی ایجاد خواهد شد و در قالب استراتژی‌های موجود با هدف شناسایی شکاف بین شواهد «تجربی» و دانش ما درباره ایمنی بیمار ترسیم خواهد شد. این استراتژیها به عنوان راهنمایی برای محققان و مؤسسات حامی تحقیقات بوده و به طور کلی رشد علایق تحقیقاتی و مطالعات پژوهشی را

1. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

تحریک خواهد کرد. مطالعات اخیر در مورد میزان شیوع خطاهای پزشکی به عنوان وسیله‌ای برای استناد مورد استفاده قرار خواهد گرفت. بنابراین می‌توان استدلال کرد که نیازی به انجام تحقیقات بعدی برای مشخص کردن میزان پیشامدهای زیانبار نیست؛ به این دلیل که مطالعات رسمی انتشار یافته حجم آن را در غالب شیوع مشخص کرده است. دو دلیل مهم برای اینکه با همین مطالعات به ادامه مسیر پردازیم وجود دارد. اولاً، آنها نیاز به اجبار و تعهد نسبت به تلاش برای بهبود ایمنی بیمار در یک کشور و سیستم مراقبتهای بهداشتی را نشان می‌دهند. اگرچه مطالعات مختلف سهم سیاستگذاران و پزشکان را در مشکل ایمنی بیمار مشخص کرده، با این حال، آنها در هر جایی که مطالعات انجام گرفته، در «منطقه امن»<sup>۱</sup> باقی مانده‌اند. ثانیاً، کارهای بسیار اندکی برای مشخص کردن حجم و ماهیت مشکل ایمنی بیمار در کشورهای در حال توسعه انجام گرفته است. به این دلایل، همبستگی جهانی مطالعه شیوع خطاها و پیشامدهای زیانبار را در ۱۳ کشور در حال توسعه و سنتی هماهنگ و عملیاتی خواهد ساخت و همچنین ابزار متدلوژیک برای کشورها و ارائه‌کنندگانی که می‌خواهند بررسی‌های پایه‌ای<sup>۲</sup> را خودشان هدایت کنند، فراهم خواهد کرد. البته با کسب اطمینان از اینکه موارد فوق را با استفاده از روش‌های تحقیقی بین‌المللی و با کیفیت بالا به انجام رسانند.

##### ۵. راه‌حلهایی برای کاهش ریسک مراقبتهای بهداشتی و بهبود ایمنی آن

مهمترین دانش لازم در زمینه ایمنی بیمار این است که چگونه از صدمه به بیمار پیشگیری کنیم. جزء اصلی چشم‌انداز همبستگی جهانی، این ایده بوده است که روزی این امر امکان‌پذیر شود که تجربه بد بیمار، در نقطه‌ای از این جهان، منبعی برای یادگیری و انتقال آن شود به گونه‌ای که بیماران آینده، در سایر کشورهای جهان از آن منتفع شوند. گام اول در به واقعیت تبدیل کردن این چشم‌انداز، این است که اطمینان حاصل شود مداخلات و اعمالی که مشکل ایمنی بیمار را در یک منطقه حل کرده است به طور وسیع و قابل فهم در دسترس بوده و پایه‌ای برای تکرار موفقیت‌های بعدی است.

برای دستیابی به این سرانجام، پنج‌مین حیطة عملکردی همبستگی جهانی «راه‌حلی برای ایمنی» بیمار خواهد بود که در ابتدا به وسیله عوامل زیر قابل دستیابی است:

1. comfort zone

2. baseline survey

- شناسایی راه‌حلهایی برای ایمنی بیمار و جمع‌آوری آنها در یک کتابخانه یا یک وب‌سایت
- تسهیل و هماهنگی تلاشهای بین‌المللی برای توسعه و انتشار راه‌حلهها
- حمایت و ترغیب ذی‌نفعان<sup>۱</sup> عمده مانند شرکتهای دارویی و سازندگان ابزارهای پزشکی، که در موقعیتی قرار دارند که می‌توانند این راه‌حلهها را در سطح جهان عملی سازند.
- شناسایی مداخله‌هایی که بسرعت قادر به کاهش ریسک «صدمه به» بیمار در اقدامی سریع است.
- تعیین مرکز همکاری در سازمان جهانی بهداشت برای هماهنگی فعالیتهای فوق. روش دیگر برای یافتن راه‌حلی برای بهبود ایمنی بیمار این است که کشورها و افرادی که مراقبتهای بهداشتی خود را برنامه‌ریزی می‌کنند، قادر سازیم وضعیت فعلی ساختار، سیاستها و فعالیتهای ایمنی بیمار را در سیستم مراقبتهای بهداشتی خود درک کنند. به عبارت دیگر قادر باشند به سؤالات زیر پاسخ دهند:

سیستم مراقبتهای بهداشتی مان چقدر ایمن است؟

چه عکس‌العملهایی به مسئله ریسک مرتبط با مراقبتهای بهداشتی وجود دارد؟

چگونه سیستم مراقبتهای بهداشتی خود را با سایر کشورهای جهان مقایسه می‌کنیم؟

آیا در صحنه عمل از سیاستها، طرحها و برنامه‌های اجرایی درست برخوردار هستیم؟

اتحاد جهانی به وسیله توسعه ابزارهای خود ارزیابی به کشورها کمک خواهد کرد تا به ارزیابی وضعیت پیشرفت خود در زمینه ایمنی بیمار پردازند.

## ۶. گزارش‌دهی و یادگیری برای بهبود ایمنی بیمار

عنصر اصلی برنامه‌های اجرایی برای بهبود ایمنی بیمار، داشتن ظرفیت و توانایی برای به دست آوردن اطلاعات جامع درباره پیشامدهای زیانبار، خطاها یا شبه خطاها<sup>۲</sup> است تا اینکه این اطلاعات منبعی برای یادگیری و پایه‌ای برای اعمال پیشگیری در آینده قرار گیرد.

اگر حادثه و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آن به نمایش در نیاید، نمی‌توان به طور وسیعی از آن درس گرفت؛ فرصت برای طرح شکل در پیشگاه عموم از دست رفته و ظرفیتهای بالقوه برای تولید راه‌حلهای قویتر و قابل پذیرش‌تر به واقعیت در نخواهد آمد.

چندین نوع سیستم گزارش‌دهی در جهان توسعه یافته است. این سیستم‌ها به لحاظ ماهیت،

1. stakeholder

2. near-misses



حیطه پوشش و پیچیدگی با هم متفاوتند. برخی تلاش می‌کنند تا پیشامدهای زیانبار و شبه خطاها را در کل حیطه ارائه خدمات به دست آورند. برخی دیگر، بر انواع بخصوصی از پیشامدهای زیانبار یا تکنولوژی یا فرایند مراقبت مانند وسایل پزشکی، انتقال خون و استفاده از داروها متمرکزند.

هدف اصلی سیستم گزارش‌دهی، یادگیری از تجربیات است. شایان ذکر است که تنها گزارش‌دهی، ایمنی بیمار را بهبود نمی‌بخشد بلکه عکس‌العمل نسبت به این گزارش‌هاست که منجر به ایجاد تغییرات می‌شود.

در داخل مراکز مراقبتهای بهداشتی گزارش‌دهی حوادث جدی یا شبه خطاهای جدی باید تحقیقات ریشه‌ای را به منظور شناسایی نقص‌های سیستم برانگیزد و منجر به تلاشهایی برای طراحی مجدد سیستم برای پیشگیری از تکرار آنها شود.

در سطوح محلی و ملی، تجزیه و تحلیل‌های تخصصی و انتشار درسهای یاد گرفته‌شده، در صورت تأثیر گزارشها بر ایمنی بیمار مورد نیاز است. صرفاً جمع‌آوری داده‌ها، کمک اندکی به بهبود ایمنی بیمار می‌کند. حتی در پایش روندها نیاز است که تجزیه و تحلیل‌ها و نظارت‌های تخصصی قابل توجهی بر داده‌های گزارش‌شده، صورت گیرد.

نکته مهم این است که سیستم گزارش‌دهی، باید پاسخ آشکار و مفیدی از طرف گیرنده گزارشها دریافت کند تا اینکه منابع «مالی، انسانی و ...» صرف‌شده در گزارش‌دهی قابل توجه شود یا افراد و مؤسسات را به گزارش‌دهی ترغیب کند. سیستم پاسخگویی و طریقه واکنش به این گزارشها بسیار مهمتر از سیستم گزارش‌دهی است.

گزارش‌دهی به چندین طریق می‌تواند به یادگیری و بهبود ایمنی بیمار کمک کند. اولاً، می‌تواند در مورد مخاطرات مهم و جدید هشدار دهد. ثانیاً، درسهای یاد گرفته‌شده از طریق بیمارستانها در مورد حوادث جدی را منتشر کند. ثالثاً، تجزیه و تحلیل گزارشهای دریافت‌شده به وسیله مراکز مسئول، روندهای ناشناخته و مخاطرات نیازمند توجه جدی را آشکار کند. و سرانجام، تجزیه و تحلیل گزارشهای گوناگون می‌تواند منجر به بصیرت نسبت به نقص‌های فعلی سیستم شده، توصیه‌هایی برای دستیابی به «بهترین عملکرد» برای پیروی همگان پیشنهاد کند. بنابراین ششمین موضوع همبستگی جهانی، گزارش‌دهی و یادگیری از آن خواهد بود. در این حیطه، همبستگی، دستورالعمل راهنما برای «بهترین عملکرد» را که می‌تواند برای تسهیل

توسعه سیستم گزارش‌دهی جدید و بهبود سیستم گزارش‌دهی فعلی مورد استفاده قرار گیرد، ایجاد خواهد کرد. اصول اساسی دستورالعمل‌ها موارد زیر خواهد بود:

- نقش بنیادین سیستم گزارش‌دهی، بهبود ایمنی به وسیله یادگیری از خطاها و صدمات ناشی از درمانهای پزشکی است.
- سیستم گزارش‌دهی باید دارای امنیت باشد. افرادی که وقایع را گزارش می‌دهند نباید تنبیه شوند یا از تبعات بعدی گزارش‌دهی متحمل زیان شوند.
- گزارش‌دهی فقط زمانی ارزشمند است که منجر به پاسخ‌های سازنده شود که در پایین‌ترین سطح، شامل بازخورد یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌هاست. در سطح ایده‌ال، شامل پیشنهادهایی برای تغییر در فرایندها و سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی است.
- تجزیه و تحلیل معنادار گزارش‌ها، عبرت گرفتن از آنها و انتشار درس‌های یاد گرفته شده از گزارش‌ها مستلزم منابع تخصصی و دیگر منابع انسانی و مالی است. مؤسسه‌ای که گزارش‌ها را دریافت می‌کند، باید قادر به القای راه‌حلها در فرایند مراقبت‌ها، انتشار اطلاعات و ارائه پیشنهاد برای ایجاد تغییر باشد.

منبع:

Web site: [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)

World Health Organization, Health System Policies and Operations (SPO) Evidence and Information for Policy.