

ارزیابی ریسک‌های فرآیندهای بخش اورژانس مجتمع آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم (ص) با روش «تحلیل حالات و اثرات خطا»

فرناز عطار جان‌نارنوبری^{۱*}، دکتر شهرام توفیقی^۲، دکتر پیمان حافظی‌مقدم^۳، دکتر محمدرضا ملکی^۱، سلیمه گوهری‌نژاد^۱

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۲- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (ع) ۳- گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

* نویسنده مسؤول: تهران، شهرک غرب، خیابان سیمای ایران، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، طبقه یازدهم، کدپستی: ۱۴۶۷۶۴۹۶۱، تلفن: ۸۱۴۵۲۷۵۸، شماره: ۸۸۳۴۳۸۴۴
پست الکترونیک: f.jannesar@gmail.com

دریافت: ۸۹/۳/۲۶ پذیرش: ۸۹/۷/۱۹

چکیده

مقدمه: با توجه به طبقه‌بندی بخش اورژانس جزء مناطق با ریسک بالای خطاها در بیمارستان، خطاهای ۶ فرآیند مشکل‌دار در بخش اورژانس مجتمع آموزشی - درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، با استفاده از روش تحلیل حالات و اثرات خطا (FMEA) به عنوان یکی از تکنیک‌های مدیریت ریسک و به منظور افزایش ایمنی بیماران، شناسایی، ارزیابی، اولویت‌بندی و تحلیل شده است.

روش کار: پژوهش از نوع توصیفی بود که به روش کمی- کیفی، حالات و اثرات خطا را مورد تحلیل قرار داد. روش تحلیل حالات و اثرات خطا یک روش تیم‌محور، سیستماتیک و آینده‌نگر است که جهت پیشگیری از مشکلات مربوط به فرآیند تولیدی یا خدماتی قبل از وقوع آن بکار می‌رود. همچنین برای ریشه‌یابی علل خطاهای مورد تحلیل، از مدل طبقه‌بندی آینده‌هون (ECM) استفاده گردید.

یافته‌ها: به کمک روش FMEA، ۵۱ حالت خطای بالقوه در ۶ فرآیند منتخب اورژانس، شناسایی و ارزیابی گردید. سپس با تعیین قابلیت اطمینان ۷۵٪، مجموعاً ۱۶ حالت خطا با $RPN \geq 250$ به عنوان خطاهای با ریسک غیر قابل قبول شناسایی و علل ریشه‌ای آنها براساس مدل ECM طبقه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های این پژوهش، روش آینده‌نگر FMEA برای شناسایی و اولویت‌بندی نقاط قابل بهبود یک فرآیند در حال اجرا در یک بخش پرمشغله و پیچیده نظیر بخش اورژانس، از کارآیی و اثربخشی بالایی برخوردار است.

کلواژگان: ریسک، تحلیل حالات و اثرات خطا، فرآیند اورژانس، بخش اورژانس

مقدمه

مراقبت‌های سلامت است که در معرض خطرات گوناگون قرار دارند (۲) و قابلیت اطمینان یک سیستم به معنای احتمال عملکرد رضایت‌بخش آن سیستم تحت شرایط کاری مشخص برای مدت زمان معین است (۳). در راستای توجه به اهمیت ایمنی بیمار در بیمارستان، نتایج اولین مطالعه انجام شده در خصوص دعوی‌های رسیده به ۱۲۸ سازمان بیمه آمریکا بین سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۷۸ میلادی نشان داده است که ۷۸٪ از حوادث منجر به پرداخت غرامت، در بیمارستان‌ها اتفاق افتاده که پاییز ۸۹، دوره سیزدهم، شماره سوم

اختصاص ۸٪ از مجموع امتیازات ارزیابی بیمارستان‌های عمومی به بخش اورژانس و زیر استاندارد شناخته شدن بیمارستان مورد ارزیابی در صورت عدم کسب این امتیاز، نشان‌دهنده اهمیت فوق‌العاده این بخش از بیمارستان است (۱)، به طوری که همواره کیفیت خدمات این بخش از ابعاد مختلفی نظیر ایمنی، قابلیت پذیرش و قابلیت اطمینان مورد توجه قرار می‌گیرد. منظور از قابلیت پذیرش، میزان پذیرش خطرات مراقبت‌های سلامت از سوی بیماران، پزشکان یا کارکنان

می‌نماید (۹). مضاف بر این که بکارگیری فرآیند FMEA در نظام بهداشت و درمان، نوعی تفکر سیستماتیک جهت ایمنی فرآیند مراقبت بیمار را پایه‌ریزی می‌کند (۱۰).

روش کار

این یک پژوهش توصیفی است که به صورت ترکیب کمی-کیفی، 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 ۱۳۸۷ تا اسفند ۱۳۸۸ بر روی ۶ فرآیند منتخب در بخش اورژانس مجتمع آموزشی-درمانی حضرت رسول اکرم (ص) انجام پذیرفت که اطلاعات آن، به روش مصاحبه گروهی^۲، علاوه بر 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 مسؤول آزمایشگاه، یک نفر مسؤول پذیرش و یک نفر مسؤول تریخیص و حسابداری و با حضور تیم محقق) گردآوری شد و نتایج هر مرحله در کاربرد نهایی FMEA ثبت گردید. همچنین از تکنیک‌های بارش افکار^۳، رأی‌گیری با استفاده از رتبه‌بندی، و مدل طبقه‌بندی آینه‌هون^۴ یا ECM در مراحل FMEA استفاده شد. طبق تعاریف، متدولوژی FMEA یک ابزار نظام‌یافته بر پایه کار تیمی است که برای شناسایی، ارزیابی، پیشگیری، حذف یا کنترل حالات، علل و اثرات خطاهای بالقوه در یک سیستم، فرآیند، طرح یا خدمت، پیش از آنکه محصول یا خدمت نهایی به دست مشتری برسد، به کار گرفته می‌شود (۱۱). به بیان دیگر، یک تکنیک بهبود سیستمی از طریق افزایش ایمنی سیستم است (۱۲). از سوی دیگر، «خطا»^۵ طبق تعریف IEC50(191) عبارت است از: «اتمام توانایی یک قسمت از سیستم برای انجام دادن یک فعالیت مشخص» (۳).

مراحل این پژوهش طبق ۸ مرحله تبیین شده متدولوژی FMEA از سوی یکی از سازمان‌های وابسته به «کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت»^۶ آمریکا یعنی JCR^۷ (۱۲ و ۱۳)، در ۶ مرحله و به شرح ذیل انجام

اکثر این دعوی‌ها مربوط به رویدادهای ناگوار رخ داده در اتاق‌های عمل جراحی و بخش‌های اورژانس است (۴). همچنین طبق برآوردهای اخیر، تقریباً از هر ۱۰ نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر رویداد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آنها قابل پیشگیری است و حدود یک سوم از این رویدادها به بیمار زبان می‌رسانند، که این زبان به صورت‌های گوناگون از بالا بردن طول اقامت تا مرگ متغیر می‌باشد (۵).

علی‌رغم تمرکز مباحثه‌ها درباره کثرت خطاهای پزشکی، ادراک ماهیت خطا جهت مقابله با آن اهمیت بیشتری دارد. به طور کلی در بررسی خطاهای انسانی که عمده خطاهای سیستم‌های خدماتی از جمله بیمارستان را تشکیل می‌دهد، دو نگرش وجود دارد: نگرش شخصی و نگرش سیستمی. در نگرش شخصی کانون توجه بر روی خطاهای انسان‌هاست و طی این نگرش همواره افراد خطاکار به عنوان عاملان اتفاقات ناگوار سرزنش می‌شوند. اما تمرکز نگرش سیستمی روی شرایطی است که انسان‌های جایز الخطا تحت آن شرایط کار می‌کنند و طبق مفروضات آن، بروز خطا حتی در بهترین سازمان‌ها نیز اجتناب‌ناپذیر است. بدین ترتیب طبق این نگرش سیستمی، بهترین راه درمان خطاها، بهینه‌سازی سیستم‌ها و فرآیندهای کاری برای انسان‌های جایز الخطا است تا اکتفا نمودن به سرزنش انسان‌های خطاکار (۶). در واقع به دنبال ورود تفکر سیستمی در شناسایی و درمان خطاهای بخش بهداشت و درمان بود که استفاده از روش‌های مختلف مدیریت ریسک جهت ارتقاء ایمنی بیماران در این بخش متداول گردید.

لذا با توجه به طبقه‌بندی بخش اورژانس جزء مناطق با ریسک بالا در بیمارستان به دلیل شرایط بحرانی اکثر بیماران اعزام شده به این بخش (۷)، وجود محدودیت‌های ارتباطاتی بین بیماران و ارایه‌کنندگان 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 (۸)، در این مطالعه 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 خطاهای ۶ فرآیند منتخب در بخش اورژانس مجتمع آموزشی-درمانی حضرت رسول اکرم (ص) استفاده شده است. زیرا رویکرد پیشگیرانه و آینده‌نگر این روش، زمینه شناسایی و رفع مشکلات بالقوه در هر سازمانی را قبل از تأثیر این مشکلات بر سیستم، خدمات و مشتریان آن فراهم

² Focus Groups

³ Brainstorming

⁴ Eindhoven Classification Model (ECM)

⁵ Failure

⁶ Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO)

⁷ Joint Commission Resources (JCR)

¹ Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)

نوع بیمار اورژانسی در سه دسته الف) بیماران بحرانی^۹، ب) بیماران اورژانسی^{۱۰} و فوری^{۱۱} و ج) بیماران سرپایی^{۱۲} یا غیرفوری ثبت گردید.

اولویت‌بندی حالات خطا: در این مرحله، هر یک از حالات خطای شناسایی شده بر اساس عدد اولویت ریسک^{۱۳} (یا RPN) که حاصل ضرب سه شاخص شدت^{۱۴} اثر خطا یا (S)، میزان احتمال وقوع^{۱۵} خطا یا (O)، و قابلیت کشف^{۱۶} خطا یا (D) است، اولویت‌بندی شدند، به این ترتیب که مبنای امتیازدهی افراد به سه شاخص مذکور، جداول تنظیم شده S، O و D بود که توسط تیم محقق و با لحاظ نمودن شرایط اورژانس مورد مطالعه و مراجعین آن طراحی شده بود (جدول ۱ و ۲ و ۳). طراحی جدول ماتریسی (و نه ستونی) برای شاخص‌های S و O، و طراحی جدول D بر اساس زمان و نحوه کشف (و نه احتمال کشف)، از تفاوت‌های بارز جداول این پژوهش با جداول پیشنهادی متدولوژی FMEA بود. سرانجام با تعیین قابلیت اطمینان ۷۵٪ به صورت قراردادی و با در نظر گرفتن دامنه $1 < RPN < 1000$ به واسطه مقیاس امتیازدهی ۱ تا ۱۰ سه شاخص مذکور در این مطالعه، خطاهای با $RPN \geq 250$ به عنوان خطاهای با ریسک بالا و غیرقابل قبول در فرآیندهای منتخب شناسایی و وارد مرحله پنجم گشتند.

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

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

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

ضریب	۰/۵	۰/۵
امتیاز	وقوع در واحد زمان	میزان مواجهه بیمار با خطا
۱۰	بیش از یک بار در ۸ ساعت معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، همگی با خطا مواجه می‌شوند	۱
۹	یک بار در روز معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۹ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۹
۸	یک بار در ۳ روز معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۸ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۸
۷	یک بار در هفته معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۷ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۷
۶	یک بار در ماه معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۶ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۶
۵	یک بار در ۳ ماه معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۵ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۵
۴	یک بار در ۸ ماه معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۴ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۴
۳	یک بار در ۲ سال معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۳ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۳
۲	یک بار در ۶ سال معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۲ نفر با خطا مواجه می‌شوند	۰/۲
۱	یک بار در بیش از ۶ سال معمولاً از ۱۰ بیمار فرآیند مورد نظر، ۱ نفر با خطا مواجه می‌شود	$\leq 0/1$

⁹ Critical

¹⁰ Emergent

¹¹ Urgent

¹² Non-Urgent (Fast)

¹³ Risk Priority Number (RPN)

¹⁴ Severity (S)

¹⁵ Occurrence (O)

¹⁶ Detectability (D)

پاییز ۸۹، دوره سیزدهم، شماره سوم

گرفت، که به اقتضای شرایط، در اجرا تفاوت‌هایی با الگوی پیشنهادی داشت:

انتخاب یک فرآیند با ریسک بالا و گردآوری تیم: در این مرحله با استفاده از روش «رأی‌گیری با استفاده از رتبه‌بندی»، ۶ فرآیند به عنوان فرآیندهایی با ریسک بالا انتخاب شدند. به این ترتیب که از ۳۵ نفر از اعضای اورژانس مورد مطالعه (شامل ۶ نفر استادیار گروه طب اورژانس، ۱۳ نفر از دستیاران طب اورژانس و ۱۶ نفر از کادر پرستاری) خواسته شد تا از کل مجموع ۲۲ فرآیند فهرست شده، به حداکثر ۱۰ فرآیند با توجه به شدت اثر مشکلات موجود در آن بر روی نارضایتی بیماران (و یا مراجعین) و میزان نیاز برای رفع مشکلات آنها از ۱ تا ۱۰ رتبه دهند؛ به این معنا که رتبه ۱ را به فرآیندی اختصاص دهند که از نظر ایشان بالاترین اولویت را برای بررسی خطاهای آن دارد. سپس داده‌های حاصل از رأی‌گیری، طبق ماتریس یا تابع بُردا^۸ اولویت‌بندی نهایی شد. تابع بُردا عبارت است از مجموع رأی‌دهندگانی که هر گزینه را بر سایرین ترجیح دانسته‌اند (۱۴).

ترسیم نمودار فرآیند: در این پژوهش ترسیم نسخه اولیه نمودار کلی جریان بیمار در اورژانس مورد مطالعه، قبل از مرحله انتخاب فرآیند آغاز شد. پس از مرحله انتخاب فرآیند، نمودارهای فرآیندها به کمک روش مصاحبه گروهی در جلسات تیم و مصاحبه فردی، در ۳ مرحله اصلاح و مورد تأیید قرار گرفت. سرانجام نسخه نهایی نمودارها با استفاده از نرم‌افزار Visio و در قالب Flow Diagram ترسیم و فعالیت‌های هر یک از ۶ فرآیند منتخب با توجه به این نمودارها در ستون «فعالیت» در کاربرگ نهایی FMEA، فهرست گردید.

بارش افکار حالات بالقوه خطا و تعیین اثرات حالات خطا: در این مرحله، خطاهای بالقوه یا خطاهای ممکن الوقوع هر یک از فعالیت‌های فهرست شده در ۶ فرآیند منتخب به روش چارچوبی و با هدف «کاهش طول اقامت بیماران اورژانسی» در بخش اورژانس مورد مطالعه، شناسایی شدند. چهارچوب 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، با اجماع نظر اعضای تیم در کاربرگ نهایی و در ستون «حالات بالقوه خطا» ثبت گردید. همچنین در ستون «اثرات» در کاربرگ مذکور، اثر بلافاصل و مستقیم خطا بر روی فرآیند درمان بیمار به تفکیک

⁸ Borda Function

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

امتیاز	قابلیت کشف
۱۰	خطا (یا علت آن) ممکن است تا بعد از ترخیص بیمار نیز کشف نشود و یا کشف آن مستلزم آزمایش و پیمودن قدم‌های اضافه و خارج از محدوده فرایند مورد نظر است.
۹	خطا (یا علت خطا) ممکن است توسط بیمار و یا خانواده او قبل از ترخیص و پایان فرآیند کلی درمان کشف شود و یا کشف آن توسط ارائه‌دهنده(ها) بعدی خدمت وجود ندارد.
۸	خطا (یا علت خطا) بعد از بروز در صورت توجه و هوشیاری سایر ارائه‌دهندگان خدمت در قدم‌های بعدی فرایند می‌تواند کشف گردد.
۷	خطا (یا علت خطا) معمولاً بعد از بروز طبق روند کاری موجود توسط سایر ارائه‌دهندگان خدمت در قدم‌های بعدی فرآیند کشف می‌گردد.
۶	خطا (یا علت خطا) بعد از بروز در صورت توجه و هوشیاری ارائه‌دهنده بعدی در قدم بعدی فرآیند خدمت می‌تواند کشف گردد.
۵	خطا (یا علت خطا) معمولاً بعد از بروز طبق روند کاری موجود توسط ارائه‌دهنده بعدی خدمت در قدم بعدی فرآیند کشف می‌گردد.
۴	خطا (یا علت خطا) حین بروز در صورت توجه و هوشیاری ارائه‌دهنده مستقیم خدمت می‌تواند کشف گردد.
۳	خطا (یا علت خطا) معمولاً حین بروز طبق روند کاری موجود توسط ارائه‌دهنده مستقیم خدمت کشف می‌گردد.
۲	از بروز خطا (یا علت خطا) به واسطه یک دستور کاری مدون و رایج، پیشگیری به عمل می‌آید.
۱	از بروز خطا (یا علت خطا) توسط یک سامانه یا دستگاه، پیشگیری به عمل می‌آید.

«شستشو، پانسمان و بخیه زخم بیمار»، «درخواست، تحویل دارو و یا لوازم پزشکی»، و «انجام آزمایش بیمار» از بین ۲۲ فرآیند شناخته شده در اورژانس مورد مطالعه انتخاب گردید تا خطاهای آن با روش FMEA شناسایی و تحلیل گردد (جدول ۴).

جدول ۴- ۱۰ فرآیند اولویت‌دار اول اورژانس مورد مطالعه طبق روش «رأی‌گیری با استفاده از رتبه‌بندی»

فرآیند	رتبه زیر (۱۰)	تعداد انتخاب	درصد تعداد انتخاب	عدد بُرد**	رتبه نهایی
مشاوره یا ویزیت سایر سرویس‌ها	۳۰	۸۵/۷	۵۴۷	۱	۱
پذیرش بستری و یا اتاق عمل بیمار*	۲۴	۶۸/۶	۴۱۷	۲	۲
ارایه خدمات پشتیبانی*	۲۵	۷۱/۴	۴۰۰	۳	۳
ویزیت‌های بعدی بیمار	۱۹	۵۴/۳	۳۵۹	۴	۴
مراقبت و پرستاری بیمار	۲۰	۵۷/۱	۳۵۳	۵	۵
پذیرش و تشکیل پرونده بیمار*	۱۷	۴۸/۶	۳۲۷	۶	۶
شستشو، پانسمان و بخیه زخم بیمار	۱۹	۵۴/۳	۳۲۰	۷	۷
اعزام بیمار به مراکز دیگر*	۱۷	۴۸/۶	۲۸۶	۸	۸
درخواست، تحویل دارو و یا لوازم پزشکی	۱۶	۴۵/۷	۲۸۶	۹	۹
انجام آزمایش بیمار (اورژانسی)	۱۹	۵۴/۳	۲۸۵	۱۰	۱۰

* این فرآیندها به علت عدم ضمانت اجرایی پیشنهادات حاصل از بکارگیری روش FMEA از نظر تیم محقق، انتخاب نشدند. ** عدد بُرد حاصل جمع حسابی تعداد دفعات انتخاب شدن هر فرآیند قبل از سایر فرآیندها با در نظر گرفتن توالی اولویت‌های همه رأی‌دهندگان است.

به طور کلی، به ازاء ۲۷ فعالیت فهرست شده برای قدم‌های نمودارهای جریان ۶ فرآیند ترسیم شده در مرحله دوم پژوهش، ۵۱ حالت خطای بالقوه به همراه اثرات آن در مرحله سوم شناسایی و در کاربرگ نهایی FMEA فهرست گردید (جدول ۵). در مرحله چهارم، پس از احتساب عدد اولویت ریسک یا RPN هر یک از خطاها بر اساس امتیازات کسب شده شاخص‌های S، O، و D و لحاظ نمودن قابلیت اطمینان ۷۵٪، مجموعاً ۱۶ حالت خطا با $RPN \geq 250$ به عنوان خطاهای با ریسک بالا و غیر قابل قبول در ۶ فرآیند منتخب شناسایی شدند (جدول ۵). در مرحله پنجم، علت یا علل ریشه‌ای حالات خطا با ریسک غیرقابل قبول به کمک روش «رأی‌گیری با استفاده از رتبه‌بندی» از اعضای تیم و بر اساس طبقات مدل ECM، شناسایی و در ستون علل ریشه‌ای کاربرگ FMEA ثبت گردید (جدول ۵). سرانجام، پیشنهادات در مرحله طراحی مجدد فرآیند، در سه قالب کاهش شدت اثر خطا، کاهش میزان وقوع خطا، و افزایش قابلیت کشف خطا ارائه گردید (جدول ۵)، تا جزئیات اصلاح فرآیند با تمرکز بر این سه راهکار، تدوین گردد.

شناسایی علل ریشه‌ای حالات خطا: در این مرحله، علل ریشه‌ای حالات خطا با $RPN \geq 250$ با الگو گرفتن از مدل ECM و با روش «رأی‌گیری با استفاده از رتبه‌بندی» از ۶ نفر از اعضای تیم، شناسایی شد. مدل ECM که مختص بخش مراقبت سلامت طراحی شده، علل ریشه‌ای خطاها را در دو طبقه اصلی خطاهای نهفته^{۱۷} (شامل خطاهای فنی و سازمانی) و خطاهای آشکار^{۱۸} (شامل خطاهای انسانی و سایر خطاها) قرار می‌دهد (۱۵). عناوین طبقات علل ریشه‌ای برگرفته از مدل ECM در این پژوهش عبارت بودند از: الف) خطاهای فنی در زیرطبقات: ۱- ساختار فیزیکی بخش ۲- تجهیزات، سخت‌افزارها، نرم‌افزارها و... ۳- مواد لازم ۴- خارج از محدوده بخش اورژانس؛ ب) خطاهای سازمانی در زیرطبقات: ۱- سیستم اطلاع‌رسانی ۲- پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها ۳- اولویت‌ها و تصمیمات مدیریت ۴- فرهنگ سازمانی ۵- خارج از محدوده بخش اورژانس؛ ج) خطاهای انسانی در زیرطبقات: ۱- دانش ۲- صلاحیت ۳- همکاری یا کار تیمی ۴- ارزیابی اولیه، تشخیص، یا برداشت ۵- اجرا ۶- پایش ۷- مهارت ۸- خارج از محدوده بخش اورژانس؛ د) سایر عوامل در زیرطبقات: ۱- بیمار یا همراهان ۲- طبقه‌بندی نشده.

طراحی مجدد فرآیند: در این مرحله، استراتژی‌های مقابله پیشنهادی برای حالات خطا با $RPN \geq 250$ در هر یک از فرآیندهای منتخب، طبق امتیازات به دست آمده هر یک از شاخص‌های S، O و D خطاها، علاوه بر علل ریشه‌ای شناسایی شده آنها، در قالب کاهش شدت اثر، کاهش میزان وقوع و افزایش قابلیت کشف خطا ارائه گردید.

نتایج

در مرحله اول، به کمک روش «رأی‌گیری با استفاده از رتبه‌بندی»، ۶ فرآیند «مشاوره یا ویزیت سایر سرویس‌ها»، «ویزیت‌های بعدی بیمار»، «مراقبت و پرستاری بیمار»،

¹⁷ Latent Failures

¹⁸ Active Failures

جدول ۵- خلاصه‌ای از کاربرد نهایی FMEA برای ۶ فرآیند منتخب در اورژانس حضرت رسول اکرم (ص)

فرآیند فعالیت	حالات خطا	نوع خطا	RPN	علت ریشه‌ای	اقدامات پیشنهادی
مشاوره یا ویزیت سرپرست‌ها	۱ رزیدنت اورژانس، درخواست مشاوره یا ویزیت سایر سرویس‌ها را در برگه مربوطه ثبت می‌کند.	۱/۱ تأخیر در ثبت درخواست مشاوره یا ویزیت سایر سرویس‌ها در برگه مربوطه	۲۷۶	ثبت	افزایش قابلیت کشف، سپس کاهش شدت اثر همزمان با کاهش میزان وقوع و تجهیزات (فنی)
	۲ پرستار و یا منشی، اینترن مربوطه را بر بالین بیمار فرا می‌خواند.	۲/۱ تأخیر در هماهنگی با فرد یا سرویس مورد نظر توسط پرستار یا منشی مربوطه	۱۵۱/۸	اطلاع رسانی	دانش (انسانی) و صلاحیت (انسانی)
	۳ اینترن مربوطه از بیمار شرح حال می‌گیرد.	۳/۱ نقص در کمیت و کیفیت شرح حال و ثبت آن توسط اینترن مربوطه	۹۰	ثبت	تجهیزات (فنی) و پروتکل‌ها (سازمانی)
	۴ اینترن، رزیدنت را از بخش مربوطه بر بالین بیمار فرا می‌خواند.	۴/۱ حضور با تأخیر رزیدنت مربوطه جهت مشاوره یا ویزیت سایر سرویس‌ها	۲۰۲/۵	اطلاع‌رسانی و عملکرد	دانش (انسانی) و صلاحیت (انسانی)
	۵ رزیدنت مربوطه از بیمار شرح حال می‌گیرد و دستورات لازم را برای تشخیص یا درمان او صادر می‌نماید.	۵/۱ نقص در تشخیص یا تصمیم درست و به موقع توسط سرویس مورد نظر	۳۳۲/۸	تصمیم‌گیری	تجهیزات (فنی) و پروتکل‌ها (سازمانی)
	۶ پرستار با توجه به دستورات صادره، هماهنگی‌ها و پیگیری‌های لازم را انجام می‌دهد.	۶/۱ تأخیر یا نقص در هماهنگی با فرد مورد نظر با توجه به دستورات پزشک مشاور	۲۴۰	اطلاع‌رسانی	کار تیمی (انسانی) و فرهنگ سازمانی (سازمانی)
ویزیت‌های بعدی بیمار	۷ رزیدنت مربوطه برای ویزیت پیگیری و یا مجدد به بخش اورژانس مراجعه می‌کند.	۷/۱ حضور با تأخیر رزیدنت مربوطه از بخش جهت ویزیت پیگیری یا مجدد	۴۰۰	اطلاع‌رسانی و عملکرد	کار تیمی (انسانی) و فرهنگ سازمانی (سازمانی)
	۱ رزیدنت اورژانس در پیگیری انجام دستورات اخیر خود، بیمار را ویزیت می‌کند.	۱/۱ تأخیر در ویزیت‌های بعدی بیمار توسط رزیدنت مربوطه	۳۳۶	اطلاع‌رسانی و عملکرد	کار تیمی (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)
	۲ رزیدنت اورژانس دستورات لازم را برای تشخیص، درمان، و یا ترخیص بیمار صادر می‌نماید.	۲/۱ خطا در تشخیص بعدی پزشکی یا تصمیم‌گیری برای ادامه درمان	۲۰۱/۶	تصمیم‌گیری	کار تیمی (انسانی) و فرهنگ سازمانی (سازمانی)
	۳-۱ در صورت صدور دستور ترخیص بیمار، پزشک معالج، پرونده بیمار را تکمیل می‌کند.	۳-۱/۱ عدم تکمیل و یا تکمیل با تأخیر نواقص پرونده (مهر و امضاء) توسط پزشک معالج	۱۹۸	تصمیم‌گیری و ثبت	کار تیمی (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)
	۳-۲ پرستار، بیمار و یا همراه بیمار را برای ترخیص راهنمایی می‌کند.	۳-۲/۱ تأخیر یا نقص در هماهنگی با پرستار مربوطه جهت ترخیص بیمار و یا همراه بیمار جهت ترخیص و نحوه عملکرد تا بهبود کامل	۱۲۰	ثبت	کار تیمی (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)
	۱ پرستار، دستورات پزشک را دریافت می‌کند.	۱/۱ تأخیر در شروع فرآیند رسیدگی به بیمار و پیگیری دستورات پزشک	۲۵۳	اطلاع‌رسانی	کار تیمی (انسانی) و فرهنگ سازمانی (سازمانی)
حیثیت و پرستاری بیمار	۲ پرستار، طبق دستورات پزشک به مراقبت، رسیدگی و پایش بیمار می‌پردازد.	۲/۱ زمان طولانی بین دفعات رسیدگی به بیمار یا پایش او	۳۲۵/۵	اطلاع‌رسانی و عملکرد	طبیقه‌بندی نشده* (سایر عوامل) و تجهیزات (فنی)
	۲/۲ نقص در کیفیت رسیدگی به بیمار یا استفاده از تجهیزات پزشکی	۲۱۸/۷	عملکرد	تجهیزات (فنی) و پروتکل‌ها (سازمانی)	
	۳/۳ تأخیر یا نقص در هماهنگی با سرویس یا خدمات مورد نیاز بیمار	۲۰۲/۵	اطلاع‌رسانی	سیستم اطلاع‌رسانی (سازمانی) و فرهنگ سازمانی (سازمانی)	
	۳/۴ نقص در آموزش و یا اطلاع‌رسانی به بیمار و یا همراه بیمار جهت انجام دستورات پزشک (در صورت لزوم)	۳۶۳	اطلاع‌رسانی	سیستم اطلاع‌رسانی (سازمانی) و فرهنگ سازمانی (سازمانی)	
	۳ پرستار بعد از انجام هر یک از دستورات پزشک، گزارش خود را در برگه گزارش پرستاری ثبت می‌کند.	۳/۱ ثبت زودهنگام گزارش پرستاری قبل از انجام دستورات پزشک	۲۵۲	ثبت	طبیقه‌بندی نشده* (سایر عوامل) و تجهیزات (فنی)
	۳/۲ تأخیر در ثبت گزارش پرستاری بعد از انجام دستورات پزشک	۱۵۰	ثبت	طبیقه‌بندی نشده* (سایر عوامل) و تجهیزات (فنی)	
شستشو، بانسمان و پرده زخم بیمار	۱ پرستار بیمار زخمی را طبق دستور پزشک، برای بانسمان یا بخیه زخم آماده می‌کند.	۱/۱ تأخیر در شستشوی محل زخم	۳۹۲/۵	عملکرد	دانش (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)
	۱/۲ نقص در آماده‌سازی بیمار جهت بانسمان و بخیه زخم به صورت استریل	۲۴۳	عملکرد	دانش (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)	
	۱/۳ تأخیر در آماده‌سازی مواد، لوازم، محلول و یا داروهای مورد نیاز جهت شستشو، بانسمان و یا بخیه زخم‌ها	۲۱۶	عملکرد	دانش (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)	
	۲/۱ نقص در کیفیت شستشو، بانسمان یا بخیه زخم‌ها	۱۵۶/۲	عملکرد	دانش (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)	
۳ خدمه، محل مورد استفاده را برای ورود بیمار بعدی تمیز می‌کند.	۳/۱ تأخیر در تمیزکردن محل از خون برای بیمار بعدی	۱۵۰	عملکرد	دانش (انسانی) و پروتکل‌ها (سازمانی)	

ادامه جدول ۵

۱	پزشک درخواست دارو و یا لوازم مصرفی پزشکی را در ۱/۱ نقص در کیفیت ثبت دارو و یا لوازم مصرفی پزشکی در نسخه، سرنسخه و یا دفترچه بیمه بیمار ثبت می‌کند.	۱۵۵/۲	ثبت		
۲	پرستار مربوطه، درخواست دارو یا لوازم مصرفی پزشکی را در رایانه ثبت می‌کند.	۲۲۴	تصمیم‌گیری	۱/۲ خطا در تجویز دارو، دوز، مسیر و زمان مصرف آن	
۳	پرستار و یا همراه بیمار جهت تحویل دارو و یا لوازم مصرفی پزشکی درخواست‌شده، به داروخانه اورژانس و یا مرکزی مراجعه می‌کند.	۱۴۲/۷	ثبت	۲/۱ تأخیر در ثبت الکترونیکی دارو و یا لوازم مصرفی پزشکی درخواستی	
۴	پرستار و یا لوازم مصرفی پزشکی درخواست شده توسط بیمار، همراه بیمار، و یا پرستار به مصرف می‌رسد.	۱۵۷/۵	عملکرد	۳/۱ عدم تحویل دارو و یا لوازم مصرفی پزشکی درخواستی توسط داروخانه اورژانس مرکزی	
۵	پرستار اجرای کامل دستور دارویی و اثرات آن بر روی بیمار را پیگیری می‌کند.	۱۲۱	عملکرد	۳/۲ تأخیر در دریافت دارو و یا لوازم مصرفی پزشکی درخواستی از داروخانه اورژانس	
۶	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۳۸۷/۵	اطلاع رسانی	۴/۱ نقص در اطلاع‌رسانی و یا آموزش به بیمار، همراه بیمار، و یا پرستار نحوه مصرف	دانش (انسانی) افزایش قابلیت کشف، سپس کاهش میزان وقوع
۷	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۳۱۶/۸	عملکرد	۴/۲ خطا در آماده‌سازی بیمار برای واکنش احتمالی آلرژیک نسبت به دارو	دانش (انسانی) افزایش قابلیت کشف، سپس کاهش شدت اثر، سرانجام کاهش میزان وقوع
۸	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۲۰۱/۶	عملکرد	۴/۳ خطا در تطابق دارو، دوز، مسیر و زمان مصرف آن طبق نسخه	
۹	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۰۸/۸	عملکرد	۴/۴ خطا در بررسی نام و مشخصات بیمار قبل از مصرف و یا تزریق دارو (بیمار اشتباهی)	
۱۰	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۴۲/۵	عملکرد	۵/۱ خطا در پیگیری دستور دارویی	
۱۱	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۰۵	ثبت	۱/۱ نقص در کیفیت ثبت درخواست آزمایش (ناخوانا یا بدون مهر)	
۱۲	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۲۶۲/۲	تصمیم‌گیری	۱/۲ درخواست‌های مکرر و غیر متمرکز آزمایش خون در نتیجه نمونه‌گیری غیر متمرکز (خطا)	پروتکل‌ها (سازمانی) و کار تیمی (انسانی) افزایش قابلیت کشف، سپس کاهش میزان وقوع
۱۳	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۵۶	ثبت	۲/۱ تأخیر در ثبت الکترونیکی آزمایش درخواست شده	
۱۴	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۲۰۲/۵	اطلاع رسانی	۳/۱ تأخیر در نمونه‌گیری از بیمار	
۱۵	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۲۵	عملکرد	۲/۲ عدم تطابق کمیت و کیفیت نمونه بیمار با توجه به نوع و تعداد آزمایش درخواست شده (خطا و نقص)	
۱۶	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۸۶	عملکرد	۳/۳ نمونه‌گیری از فرد دیگر یا جابه‌جایی نمونه‌ها (خطا)	
۱۷	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۲۷۰	اطلاع رسانی	۳/۴ نمونه‌گیری مجدد از بیماری که قبلاً از او نمونه‌گیری شده است. (خطا)	کار تیمی (انسانی) افزایش قابلیت کشف، سپس کاهش میزان وقوع
۱۸	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۲۵۴/۸	عملکرد	۴/۱ تأخیر در شروع آزمایش بر روی نمونه	اولویت‌ها و تصمیمات مدیریتی (سازمانی) و پروتکل‌ها (سازمانی) افزایش قابلیت کشف، سپس کاهش میزان وقوع
۱۹	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۴۴	ثبت	۵/۱ تأخیر در صدور جواب نهایی آزمایش	
۲۰	پرستار مربوطه و یا مسئول آزمایشگاه، درخواست آزمایش را در رایانه ثبت می‌کند.	۱۵۱/۲	اطلاع رسانی	۵/۲ تأخیر در دریافت جواب آزمایش توسط پزشک مربوطه پس از صدور آن	

* علت «شلوغی اورژانس و ازدحام بیمار» در بخش اورژانس، جزء علل «طبقه‌بندی نشده» قرار گرفت. ** علت «کمبود پرسنل» در بخش اورژانس، جزء علل «اولویت‌ها و تصمیمات مدیریتی» قرار گرفت.

بحث

طراحی جدول شاخص قابلیت کشف خطا (D)، بر اساس احتمال زمان و نحوه کشف خطا و نه درصد احتمال کشف، تعیین خط کف عدد اولویت ریسک قابل قبول، با انتخاب درصدی از قابلیت اطمینان و نه فقط بر اساس تصمیم اعضای تیم. در ادامه به ترتیب، سه تفاوت مذکور در اجرای مراحل متدولوژی FMEA، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

یکی از تفاوت‌های مراحل اجرا شده FMEA در این پژوهش با الگوی پیشنهادی JCR، شناسایی خطاهای بالقوه به روش چارچوبی با توجه به هدف کاهش طول اقامت بیماران در

با این که پژوهش، با الگو گرفتن از مراحل هشتمانه متدولوژی FMEA پیشنهادی از سوی «کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت» صورت پذیرفت، اما به اقتضای شرایط اورژانس مورد مطالعه در اجرا تفاوت‌هایی با الگوی پیشنهادی داشت. سه تفاوت عمده عبارتند از: ۱) شناسایی خطاها در چارچوب «عدم انجام»، «انجام ناقص»، «انجام اشتباه» و «انجام با تأخیر» (فعالیت ۲) طراحی جداول جامع‌تری از شاخص‌های خطا با طراحی جداول شدت اثر (S) و میزان وقوع خطا (O)، به صورت ماتریسی و نه ستونی و همچنین

بخش‌های اورژانس در بین سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ میلادی یک سازمان بیمه دریافتند که خطاها به ترتیب فراوانی‌شان عبارت بودند از: خطاهای تشخیصی (۴۵٪)، مشکلات نظارتی (۳۱٪)، مشکلات ارتباطاتی (۳۰٪)، رفتار بیمار (۲۴٪)، مشکلات اداری (۲۰٪)، و مستندسازی (۲۰٪) (۱۸). البته از آنجا که اغلب پژوهش‌ها به بررسی گذشته‌نگر دسته‌ای از خطاهای انتخابی (به خصوص خطاهای منجر به فوت) می‌پردازند، نمی‌توان نتایج آنها را با نتایج این پژوهش که به صورت آینده‌نگر به شناسایی و بررسی همه انواع خطاهای بخش اورژانس می‌پردازد، مقایسه نمود. اما اغلب یافته‌ها حاکی از کثرت خطاهای تشخیصی از نظر شدت اثر خطا بر بیمار و فراوانی خطاهای ارتباطاتی و خطاهای زمانی به واسطه محدودیت‌های ارتباطی و شلوغی در بخش اورژانس است. در تأیید فراوانی خطاهای ارتباطاتی در بخش اورژانس، طبق یافته‌های ردfern^{۲۲} و همکارانش در بررسی فرآیند ارتباطی بین ارایه‌کنندگان خدمات بخش اورژانس و بیماران در طول مدت درمان به روش FMEA، به ازاء هر یک از بیماران اورژانس حداقل ۱۹ خطای ارتباطی اتفاق می‌افتد (۱۹). این در حالی است که از ۱۶ حالت خطا با ریسک غیرقابل قبول در این پژوهش، ۷ خطا از نوع اطلاع‌رسانی بود که اعضاء تیم در اکثر موارد شلوغی و ازدحام در بخش اورژانس و نبود پروتکل معین اطلاع‌رسانی بین اعضاء این اورژانس را از علل ریشه‌ای این نوع خطاها عنوان کردند.

دومین تفاوت عمده این پژوهش در اجرای متدولوژی FMEA (بر خلاف پیشنهاد الگوی به کار رفته مبنی بر طراحی جداول مجزا برای هر یک از فرآیندهای انتخابی)، طراحی جداول جامع‌تری از سه شاخص خطا بود تا ارزیابی همه خطاها در کلیه فرآیندهای اورژانس مورد مطالعه و حتی سایر فرآیندهای مشابه در بخش‌های مراقبت سلامت و در نتیجه مقایسه آن‌ها را امکان‌پذیر نماید. به این منظور جدول شدت و یا شاخص S در این پژوهش، به صورت ماتریسی طراحی شد تا با توجه به ماهیت سازمان‌های مراقبت سلامت، اثرات خطا از سه جنبه میزان آسیب‌رسانی به فرد، میزان رضایتمندی بیماران (و مراجعین) و سرانجام میزان هزینه (مالی و زمانی) مرتبط با بیمار، و به صورت وزنی امتیازدهی گردد. این در حالی است که تاکنون هیچ یک از جداول شدت اثر خطا در پژوهش‌های تحلیل حالات و اثرات خطا، به صورت ماتریسی طراحی نشده‌اند. البته، شدت اثر خطا در مدل «تحلیل حالات و اثرات خطای مراقبت

اورژانس مورد مطالعه بود. طبق چارچوب پیشنهادی پژوهش، حالات خطا به سه دسته کلی اشتباه (انجام اشتباه فعالیت)، نقص (عدم انجام یا انجام ناقص فعالیت) و خطاهای زمانی (تأخیر در انجام فعالیت یا انجام کوتاه‌مدت یا طولانی‌مدت آن) طبقه‌بندی شدند. مضاف بر این که بسته به نوع فرآیند مورد مطالعه طبق نمادهای نمودار جریان، نوع خطاهای شناسایی شده نیز در چهار دسته خطا در «عملکرد»، «تصمیم‌گیری»، «ثبت» و «اطلاع‌رسانی» قرار داده شدند. طبق یافته‌های جدول ۵، فراوانی خطاهای زمانی (از نظر نوع خطا) و فراوانی خطا در عملکرد (از نظر خاستگاه خطا) در ۶ فرآیند منتخب از همه بیشتر بود. لذا به نظر می‌رسد که فراوانی نوع خطاهای شناسایی شده تابعی از فراوانی نوع فعالیت مورد بررسی در نمودار جریان فرآیند مورد مطالعه باشد. همچنین با توجه به هدف تحلیل حالات و اثرات خطا در این پژوهش مبنی بر کاهش طول اقامت بیماران اورژانسی و حساسیت عامل زمان در ارایه خدمات تشخیصی و یا درمانی این بخش از بیمارستان، دور از انتظار نیست که بیشتر خطاها از نوع تأخیر در انجام کار باشد تا عدم انجام یا انجام اشتباه آن. بنابراین توجه به چارچوب ذهنی شناسایی خطاها در این پژوهش موجب شناسایی آسان‌تر، سریع‌تر و دقیق‌تر خطاها و منشاء آن‌ها در کنار جلسات بارش افکار روش FMEA گردید که در بسیاری از موارد نتایجی مشابه سایر یافته‌های پژوهش‌ها در بررسی نوع خطاهای بخش‌های اورژانس مورد مطالعه داشت. در مقایسه، لو^{۱۹} و همکارانش طی یک مطالعه گذشته‌نگر، عامل فوتی‌های کمتر از ۲۴ ساعت پذیرش را به ترتیب درصد فراوانی، مدیریت درمانی نامناسب، تشخیص اشتباه و تشخیص با تأخیر یا دیر هنگام بیماری اعلام کردند (۱۶). به عبارتی، به علت متغیر و کارآموز بودن نیروی کار در اورژانس بیمارستان‌های آموزشی، دور از انتظار نیست که میزان خطاهای تشخیصی و تأخیری (منجر به مرگ) نیز از فراوانی بالاتری برخوردار باشد. در حالی که بُرژ^{۲۰} و همکارانش با هدف بررسی ۸ نوع خطای پزشکی با ۷۶۷ بیمار از ۱۲ بخش اورژانس مصاحبه تلفنی کردند که طی آن ۳۸٪ بیماران از بروز حداقل یکی از انواع خطاها نگران بودند که نگرانی ایشان ۲۲٪ از تشخیص غلط، ۱۶٪ از خطاهای پزشکی، ۱۶٪ از خطاهای دارویی، ۱۲٪ از خطاهای پرستاری و ۱۰٪ از رویه و یا آزمایش غلط بود (۱۷). در مطالعه گذشته‌نگر دیگر، وایت^{۲۱} و همکارانش با بررسی ۷۴ پرونده خطای پزشکی

¹⁹ Lu TC

²⁰ Burroughs TE

²¹ White AA

²² Redfern E

بسیار پایین اغلب خطاهای بخش مراقبت سلامت است تا قابلیت کشف بالای آنها. برای مثال، کوناک^{۲۵} و ریت^{۲۶}، علت انتخاب فرآیند درمان دارویی واحد مراقبت ویژه نوزادان به کمک روش FMEA در پژوهش خود را، عدم شناخت ماهیت خطاها و علل آن در این بخش به واسطه قابلیت کشف پایین تر آنها، بیان کرده‌اند (۲۱).

سومین تفاوت اجرای متدولوژی FMEA در این پژوهش، امکان مقایسه عدد اولویت ریسک هر فرآیند با فرآیند دیگر به واسطه یکسان‌سازی جداول شاخص‌ها برای ارزیابی خطاهای بالقوه همه فرآیندهای منتخب، است. لذا اساس تعیین حالات خطا با ریسک غیرقابل قبول در پژوهش حاضر، تعیین یک درصد قابلیت اطمینان برای همه فرآیندهای منتخب بر اساس شرایط اورژانس مورد مطالعه بود تا بر این اساس خط کف RPN خطاها برای اقدام جهت کاهش ریسک آنها با زمان بسیار کمتری مشخص گردد. مزیت این روش در آن است که با توجه به لزوم استمرار فرآیند FMEA در بهبود فرآیند منتخب، می‌توان بعد از کاهش ریسک خطاها به عدد قابل قبول در مرحله بهبود، تنها با بالا بردن درصد قابلیت اطمینان در مراحل بعدی و در نتیجه بالا رفتن خط کف خطاهای قابل قبول، فعالیت‌های کاهش ریسک را برای خطاهای غیرقابل قبول شناخته شده بعدی، ادامه داد. این در حالی است که اغلب، تعیین عدد ریسک غیرقابل قبول در روش FMEA، بر مبنای تصمیم‌گیری اعضاء تیم و با زمانبری بیشتری صورت می‌گیرد. بنابراین تعریف خطاها با ریسک غیر قابل قبول در هر مطالعه FMEA می‌تواند به اقتضاء سیستم، فرآیند، خدمت، و یا محصول مورد مطالعه، نرخ خطا در آن و همچنین دامنه RPN متفاوت باشد. برای مثال، منظور فیچر^{۲۷} و باربا^{۲۸} از خطاها با ریسک بالا، خطاهایی با RPN بالای ۳۲ (با توجه به دامنه $1 < RPN < 64$) بوده است (۲۲)، در صورتی که آروانیتویانیس^{۲۹} و همکارانش در یک مطالعه موردی در یک کارخانه کوچک صنایع غذایی، برای اجرای استاندارد ISO22000 به کمک روش FMEA، خطاها با $RPN > 130$ را به عنوان خطاها با ریسک غیرقابل قبول از نظر استاندارد معرفی نموده‌اند (۲۳). در مقایسه، کاپانزو^{۳۰} و همکارانش برای کاهش خطاهای شناسایی شده در

سلامت^{۳۳} یا HFMEA، از ۵ جنبه «نتایج بر بیماری»، «نتایج بر مراجعین»، «نتایج بر کارکنان»، «هزینه‌های وارده بر تجهیزات یا تسهیلات»، و سرانجام «آتش‌سوزی» در مقیاس ۱ تا ۴ امتیازدهی می‌شود (۱۰). اما امتیاز نهایی شدت در این مدل، که معادل بالاترین امتیاز کسب شده در هر یک از جوانب پنج‌گانه می‌باشد، نمی‌تواند نشانگر تفاوت در شدت اثر خطاها با امتیاز یکسان باشد. چرا که در واقعیت امتیاز ۴ به واسطه مرگ بیمار بسیار بدتر از همین امتیاز به واسطه خسارت بر تجهیزات است.

مزیت اصلی جدول طراحی شده قابلیت کشف خطا در پژوهش حاضر، تشریح طبقات آن بر اساس زمان و نحوه کشف خطا و نه احتمال کشف خطا است؛ به این ترتیب که طبق این جدول، پیشگیری از خطا نسبت به کشف خطا، کشف توسط سیستم نسبت به کشف به واسطه هوشیاری و دقت فرد، کشف توسط صاحب فرآیند (یا فاعل کار) نسبت به کشف توسط سایر ارایه‌دهندگان خدمت و یا بیمار و مشتری، و سرانجام امکان کشف قبل از ترخیص بیمار نسبت به احتمال بعید کشف تا پس از ترخیص بیمار، در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند. تشریح طبقات فوق، علاوه بر این که فرآیند امتیازدهی به شاخص D را در مقایسه با جدول پیشنهادی مدل FMEA، ساده‌تر و سریع‌تر کرده، ارایه راه‌حل‌های پیشنهادی جهت افزایش قابلیت کشف خطاها را نیز آسان‌تر نموده است. در مقایسه با تفاوت قایل شدن بین پیشگیری و کشف خطا در این پژوهش، کروور^{۳۴} با اشاره ضمنی به تفاوت بین کشف خطا و اصلاح آن و فاصله زمانی بین آنها، قابلیت کشف بالای یک خطا را به معنی اصلاح آن خطا قبل از رسیدن اثر آن به بیمار نمی‌داند و به طور کلی استراتژی‌های کاهش ریسک مرتبط با شاخص قابلیت کشف را، سه سطح پیشگیری از خطا، کشف خطا و اصلاح خطا معرفی می‌نماید (۲۰). این در حالی است که در مدل HFMEA، شاخص قابلیت کشف حذف شده است و تنها شاخص‌های شدت و میزان وقوع (در مقیاس ۴)، تعیین‌کننده خطاهای با ریسک بالا در این مدل هستند. به بیان اِسِت، علت حذف شاخص قابلیت کشف در مدل HFMEA، نهفته بودن مفهوم احتمال کشف خطا در قالب شاخص احتمال وقوع است (۱۰). اما به نظر می‌رسد که حذف این شاخص، موجب کم‌رنگ‌تر شدن توجه به روش‌های کنترلی موجود و اهمیت آنها در این بخش گردد. مضاف بر این که حذف این شاخص، به علت قابلیت کشف

²⁵ Kunac DL

²⁶ Reith DM

²⁷ Fechter RJ

²⁸ Barba JJ

²⁹ Arvanitoyannis IS

³⁰ Capunzo M

²³ Healthcare Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA)

²⁴ Krouwer JS

درمان جهت انتقال فرهنگ سازمان از نوع انفعالی و انعکاسی به نوع تعاملی مدیریت ریسک و پیشگیری از خطا پیشنهاد می‌گردد. در همین راستا، وودهاوس^{۳۴} و همکارانش با اشاره به غلط بودن این تصور سنتی که عامل اکثر خطاها انسانی است، روش FMEA را به عنوان رویکرد جدید پیشگیری از خطاها و بهبود فرآیندها با هدف افزایش ایمنی بیمار معرفی می‌کند. به نظر ایشان، FMEA فرض را بر این مبنا قرار می‌دهد که همه چیز می‌تواند با خطا رو به رو گردد، انسان‌ها به طور مکرر خطا می‌کنند، و اغلب علت هر خطایی فراتر از کنترل افراد است (۲۷). اسپت^{۳۵} نیز لازمه فراهم آمدن ایمنی بیمار را طراحی مجدد سیستم‌ها به منظور کشف و اصلاح به موقع خطاهای اجتناب ناپذیر انسانی و فرآیندی می‌داند و در این راستا به تبیین روش FMEA به عنوان یک تکنیک ارتقاء تفکر سیستمی جهت دستیابی به فرآیند ایمن مراقبت از بیمار می‌پردازد و استفاده از آن را به عنوان یکی از روش‌های ارزیابی ریسک آینده‌نگر که از بین دیگر تکنیک‌ها قرابت بیشتری با بخش بهداشت و درمان دارد، پیشنهاد می‌نماید (۱۰). این در حالی است که در بیمارستان‌های کشور ما نه تنها سامانه‌ای جهت گزارش‌دهی خطاها پیش‌بینی نشده و یا اجرا نمی‌شود، بلکه به علت حاکم نبودن نگرش سیستمی به مدیریت خطاها و عدم وجود فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌ها به واژه «خطا» به عنوان یک تابو نگریسته می‌شود. بنابراین با توجه به لزوم استقرار یک سیستم گزارش‌دهی خطا در بیمارستان‌های آموزشی کشورمان از یک سو و احتمال مقاومت افراد در برابر استقرار این سیستم به صورت اجباری، گذشته‌نگر، و با نگرش شخصی به شخص خطاکار از سوی دیگر، پیشنهاد می‌شود تا به منظور شناسایی و کاهش همه ریسک‌های بخش اورژانس و یا سایر بخش‌های بیمارستان، روش تیم‌محور و آینده‌نگر FMEA به همه کارآموزان در همه سطوح بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی کشورمان در قالب دروس حین خدمت آموزش داده شود، تا نگرش سیستمی این روش به ماهیت خطاها، جبران ترس از گزارش‌دهی خطاها از سوی افراد را بنماید. مضاف بر این که با بررسی کارشناسانه کاربرد FMEA می‌توان مفاد آموزشی مورد نیاز کارآموزان را به منظور کاهش میزان وقوع خطاها در این بیمارستان‌ها، لحاظ نمود تا بتوان از این طریق فرهنگ ایمنی را در سراسر سیستم بهداشت و درمان کشورمان تسری داد.

یک فرآیند آزمایش بالینی، اقدامات اصلاحی خود را فقط به خطاهایی با شاخص احتمال ریسک یا RPI^{۳۱} بالاتر از ۴۰۰ اختصاص داده‌اند (۲۴).

از دیگر علل لزوم استمرار فرآیند FMEA آن است که با کاهش ریسک یک خطا امکان دارد تا عدد ریسک خطای دیگری تغییر نماید. لذا بازمینی اعداد اولویت ریسک بعد از اجرای اقدامات بهبود، هم به منظور پایش میزان اثربخشی اقدامات و هم به منظور تعیین تغییرات ایجاد شده در شاخص‌های سایر خطاها که در ارتباط با خطای بهبود یافته هستند، ضروری است. در خصوص احتمال ایجاد تغییر مثبت و یا منفی در شاخص‌های سایر خطاهای مرتبط با خطای بهبود یافته، رابینسون^{۳۳} و همکارانش طی پژوهشی با روش FMEA نشان دادند که اگرچه استقرار سیستم‌های ثبت رایانه‌ای دستور پزشکی موجب کاهش خطاهای تجویز، توزیع و مدیریت شیمی درمانی نسبت به ثبت دستی آن می‌گردد، اما انتظار می‌رود تا خطاهای متفاوتی نیز بروز نماید. بنابراین ایشان به منظور مقابله با این خطاها، استفاده مستمر از روش FMEA را پیشنهاد کرده‌اند (۲۵). سین^{۳۳} و همکارانش نیز با تخمین اثرات نهایی ایمنی ناشی از استقرار مدارک پزشکی الکترونیکی در یک بخش مراقبت اولیه از طریق احتساب رتبه خطر طبق روش HFMEA نشان دادند که با استقرار سیستم مدارک پزشکی الکترونیکی، خطرات تعامل بین پرستار-پزشک و پزشک-جدول کاهش می‌یابد، در حالی که خطرات تعامل بین پزشک-بیمار در مرحله ارزیابی و پرستار-جدول افزایش می‌یابد (۲۶). بنابراین با استقرار هر سیستم یا فرآیند جدید، ممکن است برخی از آسیب‌ها کاهش یافته، در حالی که برخی دیگر افزایش یابد، یا آسیب‌های جدیدی به وجود آید. به بیان اسمیت، همچنان که بهبود بعد ایمنی می‌تواند موجب بهبود عملکرد سایر ابعاد گردد، می‌تواند بر ابعاد دیگر عملکرد، تأثیر منفی بگذارد. لذا او بررسی دقیق تأثیر و ارتباط بین ایمنی افزایش یافته، زمان‌بندی و میزان استطاعت اجرا را به هنگام بررسی پیشنهادات اصلاحی منتج شده از FMEA، ضروری می‌داند (۱۲). در همین راستا بود که پیشنهادات کاهش ریسک خطاها در پژوهش حاضر، با توجه به علل ریشه‌ای شناخته شده هر یک از خطاها توسط صاحبان فرآیند ارایه گردید. سرانجام طبق یافته‌های این پژوهش، اجرای مداوم تحلیل ریسک آینده‌نگر FMEA در بخش بهداشت و

³¹ Risk Probability Index (RPI)

³² Robinson DL

³³ Singh R

³⁴ Woodhouse S

³⁵ Spath PL

نتیجه‌گیری

FMEA نظیر زمانبری و وابستگی شدید نتایج با میزان مشارکت تیمی افراد و در نتیجه افزایش کارایی و اثربخشی این روش گردید. این در حالی است که اثربخشی روش مذکور در مرحله اجرای اقدامات اصلاحی، طی این پژوهش آزمایش نشده است که نیازمند مطالعات بیشتری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر حسین سعیدی ریاست محترم بخش اورژانس مجتمع آموزشی-درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، و آقایان دکتر محسن عباسی، دکتر داوود فارسی، دکتر سعید عباسی، دکتر محمدامین زارع، دکتر فرهاد حیدری و مسعود مهدی‌پور و سرکار خانم مریم دانشور تقدیر و تشکر می‌نماییم.

³⁶ Root Cause Analysis (RCA)

References

- 1- Asefzadeh S. *Hospital research Management*. Gazvin: Gazvin University of Medical Sciences Publication; 2003: 289. (In Persian)
- 2- Sadaghiani E. *Health Care Evaluation and Hospital Standards*. Tehran: Moeen & Elm-o-Honar Publications; 1997: 56. (In Persian)
- 3- Gharachorlou N. *Risk Assessment & Risk Management*. Tehran: Oloom-o-Fonoon Publication; 2005: 16, 49. (In Persian)
- 4- Cassirer C. Risk Management Program Evaluation. In: Carroll R. *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 2004: 1297-9.
- 5- Wachter RM. *Understanding Patient Safety*. United State of America: The McGraw-Hill Companies, Inc; 2008: 10.
- 6- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-70.
- 7- Epstein AL, Harding GH. Risk management in selected high risk hospital departments In: Kavalier F, Spiegel AD. *Risk management in health care institutions: a strategic approach*. 2nd ed. United State of America: Jones and Bartlett; 2003: 326-9.
- 8- Brown S M. Managing risk in acute-care specialty units. In: Carroll R. *Risk management handbook for health care organizations*. 4th ed. San Fransisco: American Society for Healthcare Risk Management; 2004: 295.
- 9- Kusler-Jensen J, Weinfurter A. FMEA An idea whose time has come. *SSM* 2003;9(3):30.
- 10- Spath PL. Using failure mode and effects analysis to improve patient safety. *AORN J* 2003;78(1):16-37.
- 11- Rezayi K, Seyedi M, Noori B. *FMEA Failure Mode and Effects Analysis*. 2nd ed. Tehran: RWTUV IRAN Company Publication; 2005: 3. (In Persian)
- 12- 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, 5, 12, 18-9.
- 13- Greenall J, Walsh D, Wickman K. Failure Mode and Effects Analysis: A Tool for Identifying Risk in Community Pharmacies. *Canadian Pharmacists Journal* 2007;140:191-3.
- 14- Asgharpour MJ. *Group Decision Making and Game Theory by the Operational Research Method*. Tehran: Tehran University Publication; 2003: 212-4. (In Persian)
- 15- 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
- 16- Lu TC, Tsai CL, Lee CC, Ko PC, Yen ZS, Yuan A, et al. Preventable deaths in patients admitted from emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:452-5.
- 17- Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, Waterman B, Adams D, Jeffe DB, et al. Patient concerns about medical errors in emergency departments. *Acad Emerg Med* 2008; 12(1):57-64.
- 18- White AA, Wright SW, Blanco R, Lemonds B, Sisco J, Bledsoe S, et al. Cause-and-effect analysis of risk management files to assess patient care in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2004;11(10):1035-41.
- 19- Redfern E, Brown R, Bincant CA. Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. *Emerg Med J* 2009;26(9):653-7.
- 20- Krouwer JS. An Improved Failure Mode Effects Analysis for Hospitals. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128(6):663-7.
- 21- Kunac DL, Reith DM. Identification of Priorities for Medication Safety in Neonatal Intensive Care. *Drug Saf* 2005;28(3):251-61.
- 22- Fechter RJ, Barba JJ. Failure Mode Effect Analysis Applied to the Use of Infusion Pumps. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* 2004;5:3496-9.

- 23- Arvanitoyannis IS, Palaiokostas C, Panagiotaki P. A Comparative Presentation of Implementation of ISO 22000 Versus HACCP and FMEA in a Small Size Greek Factory Producing Smoked Trout: A Case Study. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2009; 49(2):176-201.
- 24- Capunzo M, Cavallo P, Boccia G, Brunetti L, Pizzuti S. A FMEA Clinical Laboratory Case Study: How to Make Problems and Improvements Measurable. *Clin Leadersh Manag Rev* 2004; 18: 37- 41.
- 25- Robinson DL, Heigham M, Clark J. Using Failure Mode and Effects Analysis for Safe Administration of Chemotherapy to Hospitalized Children with Cancer. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32(3):161-6.
- 26- Singh R, Servoss T, Kalsman M, Fox C, Singh G. Estimating Impacts on Safety Caused by the Introduction of Electronic Medical Records in Primary Care. *Inform Prim Care* 2004;12(4):235-42.
- 27- Woodhouse S, Burney B, Coste K. To Err Is Human: Improving Patient Safety Through Failure Mode and Effect Analysis. *Clin Leadersh Manag Rev* 2004;18(1):32-6.

Risk Assessment of Processes of Rasoule Akram Emergency Department by the Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) Methodology

Attar Jannesar Nobari F*¹ (MSc), Tofighi Sh² (PhD), Hafezimoghadam P³ (MD), Maleki MR¹ (PhD), Goharinezhad S¹ (MSc)

¹Department of Health Services Management, Faculty of Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Health Management Research Center, Baghiatallah Medical Sciences Research Center, Tehran, Iran

³Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 16 Jun 2010, Accepted: 11 Oct 2010

Abstract

Introduction: According to classification of the Emergency Department (ED) as a high-risk area in a hospital, failures of six problematic emergency processes in Rasoule Akram Emergency Department were identified, assessed, prioritized, and analyzed in order to improve patients' safety. The Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), as one of the risk management techniques, was used for the analysis.

Methods: This was a descriptive research that quantitatively and qualitatively analyzed some failure modes and effects. FMEA is a team-based, systematic, proactive technique that is used to prevent process and product problems before they occur. For identification of root causes of the analyzed failures, Eindhoven Classification Model (ECM) was used.

Results: By FMEA, 51 failure modes in the 6 selected emergency processes were identified and assessed. With the 75% reliability, 16 failure modes (with $RPN \geq 250$) were identified and entitled as "failures with non-acceptable risk", and then root causes of them were classified by ECM.

Conclusion: According to these result, Proactive FMEA was an efficient and effective method for identifying and prioritizing the improvable points of a running process in a crowded and complex hospital ward, such as an ED.

Key words: Risk; Failure mode and effects analysis (FMEA); Emergency Process; Emergency ward

Hakim Research Journal 2010; 13(3): 165- 176.

*Corresponding Author: Floor 11, Center of Management Development and Administrative Evolution, Ministry of Health and Medical Education, Between Falamak and Zarafshan st, Simaye Iran st, Shahrak Gharb, Tehran, Iran. Postal Code: 1467664961, Tel: +98- 21- 81452758, Fax: +98- 21- 88363844, Email: f.jannesar@gmail.com