

# کنفرانس های مرگ ومیر (۱)

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دانشکده پزشکی

معاونت درمان

بهار ۱۳۹۵

جناب آقای دکتر رضوانی؛ مدیر عامل محترم مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س)  
 جناب آقای دکتر جاودان؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی آیت الله کاشانی  
 جناب آقای دکتر پورمقدس؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر چمران  
 جناب آقای دکتر معارزاده؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین (ع)  
 جناب آقای دکتر معصومی؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع)  
 جناب آقای دکتر معارزاده؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع)  
 جناب آقای دکتر صالحی؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی فیضی  
 جناب آقای دکتر رحیمی؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی امین  
 سرکار خانم دکتر خانی؛ رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی شهید آیت الله... دکتر بهشتی  
 موضوع: فرم و جداول گزارش دهی کمیته مرگ و میر

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد(ص)

با توجه به بند بیستم مصوبات سی و هفتمین شورای معاونین دانشکده پزشکی مورخ ۹۴/۱۱/۱۳ یا موضوع بررسی تحلیلی نتایج حاصل از کمیته های مرگ و میر مراکز و اتخاذ رویکردهای اصلاحی، به پیوست مکاتبه شماره ۹۴/۱۱/۲۶/۲۵۶۰ د به تاریخ ۹۴/۱۱/۱۳ مدیر محترم گروه طب اورژانس دانشکده پزشکی، منضم به جداول دسته بندی نتایج کمیته مرگ و میر بر اساس نوع خطا، محل وقوع، قابل پیشگیری و یا غیر قابل پیشگیری بودن آن، شرح مداخلات اصلاحی، همراه با راهنمای تکمیل آن ارسال می گردد. لذا مستدعی است از این پس نسبت به **دسته بندی و درج نتایج حاصل از کمیته های مرگ و میر، منطبق بر جداول پیوست اقدام و گزارش تجميع شده آن را به صورت فصلی به دانشکده** ارائه فرمایید. تبادل نظر در زمینه فرم ها و جداول مورد اشاره و ارائه نظرات کارشناسی و اجرایی جناب عالی/سرکار عالی مزید امتنان می باشد.

دکتر محسنی رحیمی  
 معاون درمان و امور بیمارستان ها

Types of Error Location	Missed Diagnosis	Delay Diagnosis	Error In Treatment	Error In Equipment	System Inadequacy(Staff)
Pre Hospital(EMS)					
Emergency Room					
Operation Room					
Recovery					
Ward/Observation Unit					
ICU					


	Preventable	Potentially Preventable	Non_ Preventable	Non_ Preventable (but With Care Could Have been Improved)
Mortality				
Morbidity				



**ارتقاء کیفیت**




**کنفرانس های مرگ و میر**



➤ به منظور پاسخ گویی به مشکل رو به رشد بیماریها و تروما و نحوه های متفاوت درمان باید به تقویت کیفیت مراقبت و ارتقاء سلامت پرداخت.

➤ برنامه های ارتقاء کیفیت روش های کارآمد، کاربردی و مفیدی را به کار می گیرند که در زمینه افزایش کیفیت مراقبت بسیار ضروری و کارآمد هستند.

➤ این گونه برنامه ها به موسسات ارایه کننده مراقبت های سلامت کمک می کنند تا نظارت بهتری بر روی خدمات داشته باشند، مشکلات موجود در این زمینه را تشخیص دهند، و به طرز تأثیر گذار تری به ارزیابی روش ها پردازند.



هدف از این کارگاه این است که به معرفی روش هایی پردازیم که موسسات ارایه کننده مراقبت های سلامت (مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستانها) می توانند به کار بگیرند با این هدف که روش های مراقبت را ارتقاء ببخشند.

در این کارگاه تعاریف پایه و اصولی و سپس مروری کلی بر روی موضوع ارتقاء کیفیت صورت گرفته است تا آشنایی اولیه با مفاهیم اساسی ارتقاء کیفیت انجام شود و اطلاعات کاربردی تری در این زمینه به دست آید.

# روش‌های ارتقاء کیفیت

"چگونه این کار را انجام بدهیم؟" در این بخش تکنیک‌های زیادی معرفی شده است. زیرا روش‌هایی که بر روی افزایش کیفیت مراقبت در کشورهای کم درآمد و در کشورهای دارای درآمد متوسط متمرکز شده‌اند.


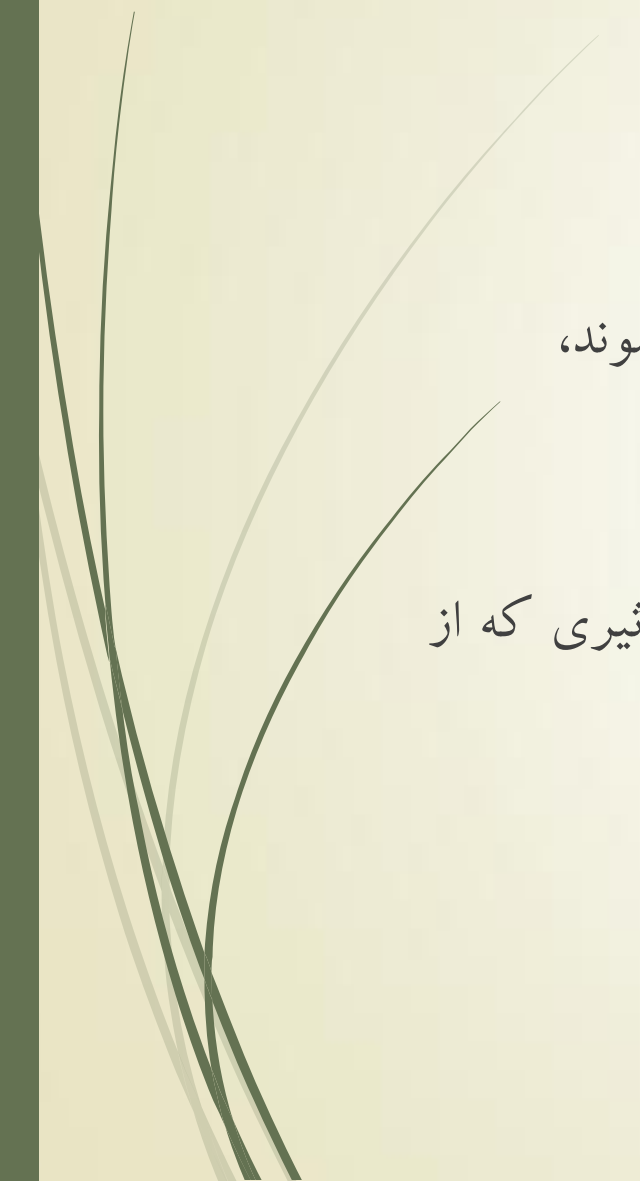
▶ تکنیک‌های متفاوت و خوبی جهت فرایند‌های ارتقاء کیفیت مورد استفاده قرار می‌گیرد:

❖ کنفرانس‌های مرگ و میر ،

❖ میزگرد‌های بررسی مرگ‌های قابل پیشگیری،

❖ پیگیری ابزارهای ممیزی (شامل اتفاقات و شرایط پیچیده و خاص)

❖ شیوه‌های آماری (محاسبه ریسک و میزان مرگ) می‌باشد.

- 
- 
- ▶ آنچه که در میان تمام تکنیک ها ارتقاء کیفیت مشترک است، این است که :
  - ▶ این روش ها باید به اجراء صحیح استراتژی های گوناگون به منظور حل مشکلات منجر شوند،
  - ▶ باید منعکس کننده میزان تأثیرگذاری چنین استراتژی های اصلاحی باشند
  - ▶ و باید نسبت به این مطلب اطمینان حاصل شود که این گونه استراتژی های اصلاحی تأثیری که از آنها انتظار می رود را داشته اند.



۱ - تعاریف و اصول ارتقاء کیفیت

۲ - عناصر تشکیل دهنده ارتقاء کیفیت





# مروری بر ارتقاء کیفیت

تعاریف و اصول ابتدایی نحوه ارتقاء کیفیت

▶ ارتقاء کیفیت " سطحی از ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی است به جامعه با هدف کسب پیامد مطلوب متناسب با سطح دانش موجود".

▶ ارتقاء کیفیت شامل بررسی های آینده نگر و گذشته نگر می شود و در نظر دارد در آینده به نتایج بهتری دست یابد از طریق ارزیابی شرایط کنونی و یافتن راههایی برای مراقبت هرچه بیشتر و بهتر از بیماران.

▶ ارتقاء کیفیت عملکرد افرادی که خدمات سلامتی ارائه می دهند و همچنین سیستم هایی را که این گونه افراد در آنها کار می کنند را مورد ارزیابی قرار می دهد.

گاهشمار	اصطلاح	تعریف
دهه ۱۹۰۰	حسابرسی پزشکی (MA)	بررسی و ارزیابی دقیق سوابق بالینی منتخب توسط پرسنل حرفه ای به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت های پزشکی.
دهه ۱۹۲۰	تضمین کیفیت (QA)	مجموعه ای از برنامه های سیستماتیک و برنامه ریزی شده به منظور اطمینان از به کار گرفته شدن استانداردها و روش ها و دریافت نتایج متناسب با سطح استاندارد مربوطه.
دهه ۱۹۸۰	مدیریت کیفیت جامع (TQM)	یک روش مدیریت سازمانی که تمامی افراد را مسئول ارتقاء کیفیت مراقبت های بهداشتی می داند. در این روش از طریق به کارگیری نیروی انسانی به بهینه سازی مداوم و مستمر محصولات و خدمات پزشکی می پردازند
	ارتقاء کیفیت مستمر (CQI)	یک روش مدیریتی به منظور بهینه سازی و حفظ کیفیت که بر روی دلایل بالقوه ای که به کاهش کیفیت منجر می شوند تأکید می کند و در ادامه خواهان انجام اموری است که از کاهش کیفیت جلوگیری می کنند و یا مشکلات به وجود آمده را در اولین فرصت از بین می برند و حل می کنند.

تعریف	اصطلاح	گاهشمار
<p>"ارزیابی مداوم و مستمر سیستم و خدمات دهندگان از طریق مرور سازمان یافته فرایندهای مراقبت های بهداشتی و نتایج حاصل از آن." این روش از طریق الگوهای قبلی تضمین کیفیت تکمیل شده و پرورش می یابد و روند علمی تر و مستند تری را در ادامه راه در پیش می گیرد</p>	ارتقاء عملکرد ( PI )	دهه ۱۹۹۰
<p><b>روش ارزیابی و ارتقاء فرآیندهای مراقبت از بیمار که بر روی یک رویکرد چند وجهی برای حل مشکلات و نه بر روی افراد به صورت انفرادی بلکه بر روی سیستم مراقبت از بیماران که ممکن است سبب به وجود آمدن اشکالاتی در مراقبت شده باشند ، تأکید می کند.</b> این روش شامل فعالیت های دوره ای ارزشیابی برنامه ریزی های سازمانی، سیاست ها، روش ها و نحوه عملکردها در تشخیص بهترین نحوه عملکرد و شناسایی روش ها و قسمتهایی است که نیاز به تقویت دارند. این اقدامات شامل به کار گیری فعالیت های اصلاحی و یا تغییر سیاست ها در صورت لزوم می باشد.</p>	ارتقاء کیفیت ( QI )	دهه ۲۰۰۰

# ارتقاء عملکرد – ارتقاء کیفیت


▶ ارتقاء عملکرد (PI) نشان دهنده تأکید بر روی عملکرد افراد موجود در سیستم است

▶ ارتقاء کیفیت (QI) بر روی سهم برابر و در عین حال جداگانه سیستم و افراد فعال در آن سیستم تأکید می کند.

▶ ارتقاء کیفیت (QI) همچنین بر روی اجرای فعالیت های اصلاحی و تغییر سیاست های گذشته تمرکز می کند.

این گونه روش های ابتدایی اغلب شامل تشخیص ایراد بعد از اینکه مشکلی به وجود می آید، می باشد. در روش تضمین کیفیت (QA) به عنوان یک عکس العمل که سرزنش کننده و حتی تنبیهی است، نگاه می شود. جامعه پزشکی برداشت های منفی از این گونه فعالیت ها دارد و اغلب در مقابل اجرای آنها مقاومت می کند.

باید تمرکز را از خدمت دهندگان فردی و اشتباهاتی که مرتکب می شوند به فعالیت های گروهی و سیستمی انتقال بدهیم.



یکی از افرادی که به منظور دستیابی به این هدف فعالیت کرده است دکتر آودیس دونابدیان می باشد. او تمرکز منتقدان را از ارزیابی تضمین کیفیت به گونه ای که در این ارزیابی فقط بر عملکرد پزشک و یا انسان متمرکز شود، به یک مدل بسیار پیچیده تر که دو معیار مهم و اساسی "معیارهای سیستمی" و "معیارهای انسانی" را در نظر می گیرد، تغییر داد به این منظور که به بهترین پیامدهای حاصل شده از درمان بیمار دست یابد.



مدلی که پیشنهاد شده است شامل ۳ مفهوم می شود:

ساختارها **Structure**

فرایندها **Process**

و پیامدهای حاصل شده **Outcome**



## ارتقاء کیفیت شامل سه مفهوم زیر می باشد

**۱- ساختار:** به ویژگی های ثابت (زیرساخت، ابزار، تکنولوژی) و منابع سازمان ها اطلاق می شود که مراقبت و همچنین هزینه های مراقبت را فراهم می سازند. (تأمین سرمایه، تأمین نیروی انسانی، آموزش، مهارت، منابع مالی و انگیزه ها)

**۲- فرآیند:** تعامل و ارتباط بین خدمت دهندگان و بیماران است که در حین آن منابع هزینه شده سیستم های ارائه کننده خدمات، تبدیل به پیامدهای سلامت می شوند. این فرآیند ارائه واقعی مراقبت های پزشکی به بیماران را شامل می شود.

**۳- پیامد:** حاصل مراقبت های پزشکی را می توان با توجه به وضعیت سلامتی، میزان مرگ، و میزان معلولیت مورد ارزیابی قرار داد که از طریق میزان مرگ و میر یک بیمار یا گروهی از بیماران محاسبه می شود.

نتایج حاصل از مراقبت های پزشکی همچنین شامل میزان رضایت بیماران و یا نحوه عکس العمل بیماران به عملکرد سیستم مراقبت سلامت می باشد.

پایه و اساس ارتقاء کیفیت (QI) ارزیابی های سازمان دهی شده و مستمر فرایندهای مراقبت و پیامد حاصل از این فرایندها، می باشد.

هدف این است که خلاء بین تئوری و واقعیت هایی که به مرحله اجرا در می آیند کاهش یابد و به حداقل برسد. روش های ارتقاء کیفیت باید به صورت سیستماتیک و از طریق ساختار سازمانی که به خوبی طراحی شده باشد، مورد تمرین قرار بگیرند.

بررسی هایی که در زمینه میزان مرگ و میر توسط افراد متخصص و یا دپارتمان ها صورت گرفته است، به عنوان پایه و اساسی برای فرآیند ارتقاء کیفیت (QI) عمل می کند.


# اصول یک برنامه موفق ارتقاء کیفیت

<p>در این زمینه باید یک رهبر متعهد که پزشک است فعالیت کند که دسترسی بیشتر و بهتر به کیفیت بالا را تضمین نموده و توسط مدیریت بیمارستان اختیارات و توانایی مورد نیاز را برای انجام فعالیت های خود داشته باشد.</p>	<p>برنامه باید زمان بندی شده، مدون و سازمان یافته باشد.</p>
<p>فرآیندهای تحقیق و بررسی باید یکپارچه، غیر سیاسی و صادقانه باشند و همچنین باید از علم پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده کنند.</p>	<p>ارتقاء کیفیت باید ماهیتاً چند رشته ای باشد و همه در آن مشارکت فعالانه داشته باشند.</p>
<p>این برنامه باید توسط معیارهای عینی از پیش تعیین شده و تعریف پیامد حاصل از درمان بیماران هدایت شود.</p>	<p>ارزیابی ها باید جنبه انتقادی داشته باشند، اما نه انتقاد مخرب. یک روش عادلانه و غیر حزبی و بی طرفانه که به نظر دست اندرکاران در زمینه ارائه خدمات پزشکی احترام می گذارد.</p>

<p>جمع آوری داده‌ها باید در نظر گرفته شود و همواره در حال اجراء باشد.</p>	<p>زیرساخت، پشتیبانی، و سرمایه گذاری لازمه ارتقاء کیفیت هستند.</p>
<p>برنامه باید روش هایی را در نظر بگیرد که نه تنها برای تشخیص مشکلات بلکه برای حل مشکلات نیز به کار گرفته شوند که اغلب به آنها استراتژی های اصلاحی گفته می شود.</p>	<p>داده های سخت نیز باید به کار گرفته شوند.</p>
<p>هدف برنامه باید فعالیت مداوم و ارتقاء مستمر کیفیت با استفاده از نظارت مداوم بر روی داده ها، تحلیل داده ها و استراتژی های اصلاحی باشد.</p>	<p>برنامه باید آنچه نتایج را که توسط استراتژی های اصلاحی به دست آمده است را مورد ارزیابی قرار دهد به این منظور که اطمینان حاصل کند که این استراتژی ها به اندازه کافی تأثیر گذار هستند. اغلب به این مرحله بسته شدن حلقه می گویند.</p>

# نقش مدارک پزشکی و سیستم ثبت

- ▶ یک قسمت عمده تمرکز برنامه ارتقاء کیفیت دقیقاً بر مستندسازی است.
- ▶ بنابراین یکی از موارد آغاز یا ارتقاء اقدامات ارتقاء کیفیت کفایت مستندات در رابطه با کفایت اطلاعات پرونده های پزشکی است به ویژه در مراحل اولیه رسیدگی. ارتقاء مستندسازی حاصل مدیریت و کنترل روزانه و کمک به نظارت ارتقاء کیفیت و مدیریت درمان در طولانی مدت است.
- ▶ هر یک از این اقدامات برای اصلاح ثبت مستندات باید توسط ارائه دهندگان خدمات سودمند در نظر گرفته شده و البته نباید بی جهت سخت یا زمان گیر باشند.



ارتقاء کیفیت (QI) باید توسط زیر ساختها و روشهای قابل اعتماد جمع آوری اطلاعات پشتیبانی گردد.

هدف موجود در جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل آنها، دست یابی مداوم به اطلاعات عینی و معتبر است که از آن بعنوان "**فرصتهای ارتقاء**" یاد می شود.

# نقش مدارک پزشکی و سیستم ثبت

▶ حمایت از ارتقاء کیفیت، صرفنظر از هر نوع فعالیت ارتقاء کیفیت،

نیاز به اطلاعات کافی، موثق و مستمر دارد.

▶ این اطلاعات برای کنفرانس های مرگ و میر اغلب از پرونده های اولیه پزشکی استخراج می شوند.

# سیستم ثبت تروما

ثبت تروما براساس سیستم پرونده های پزشکی ولی مجزا از آن می باشد. ثبت تروما اینگونه تعریف می شود " مجموعه ای از یک بیماری مشخص که از یک فایل داده ای تشکیل شده است که شامل وقوع آسیب یا جراحت، اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات پیش از بیمارستان، تشخیص، درمان، پیامد، و هزینه های درمانی فرد آسیب دیده را شرح می دهد".

در بیشتر موارد این اطلاعات در رایانه ثبت می شود که تحلیل و پیگیری داده های ارتقاء کیفیت را تسهیل می کند. این راحتی در تحلیل و پیگیری اطلاعات خاص (مانند عوارض یا روند رسیدگی) و همچنین تخمین شدت جراحت باعث می شود که اطلاعات ثبت شده تروما از دیگر اطلاعات پزشکی متمایز باشد.



نتایج در تجزیه و تحلیل‌ها باید منجر به تعریف استراتژی‌های اصلاحی شوند.

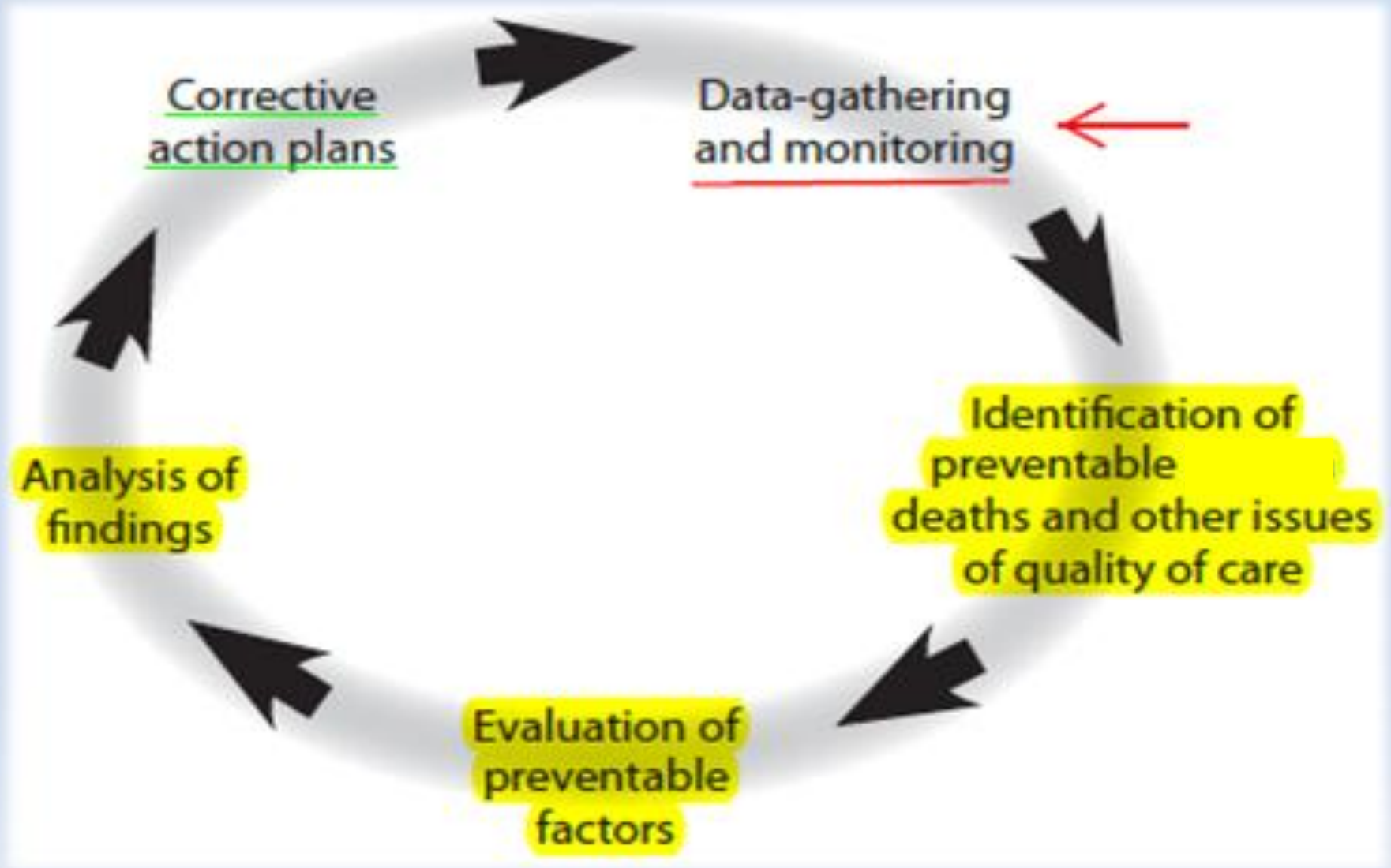
پیاده‌سازی استراتژی‌های اصلاحی و یا برنامه‌های عملیاتی به منظور پاسخ‌گویی مناسب به فرصت‌های تعیین‌شده به منظور "کشف فرصت‌ها" و تقویت و ارتقاء آنها برای ارتقاء کیفیت بسیار ضروری است.

استراتژی‌های اصلاحی یا برنامه‌های عملیاتی در واقع فعالیت‌های سازمان یافته‌ای هستند که عملکرد کمتر از حد مطلوب را ارتقاء (مبتنی بر موارد سیستمی، فردی و یا گروهی) می‌بخشند.

▶ تأیید و ارائه سند و مدرک نسبت به میزان تأثیرگذاری فعالیت های اصلاحی اغلب با اصطلاح "**بسته شدن حلقه, Closing The Loop**" خطاب می شود.

▶ علاوه بر تشخیص مشکلات و به کار گیری راه حل ها, فرآیند ارتقاء کیفیت برای اطمینان حاصل کردن نسبت به این مطلب به کار گرفته می شود که بهینه سازی های قابل اندازه گیری پیامدها در پاسخ به استراتژی های اصلاحی به کار گرفته شده، با سند و مدرک ارائه شوند.

## Closing the Loop



# روش‌های ارتقاء کیفیت



# روش‌های ارتقاء کیفیت

- ▶ تکنیک‌های متفاوت و خوبی جهت فرایند‌های ارتقاء کیفیت مورد استفاده قرار می‌گیرد:
- ❖ کنفرانس‌های مرگ و میر ،
- ❖ میزگرد‌های بررسی مرگ‌های قابل پیشگیری،
- ❖ پیگیری ابزارهای ممیزی (شامل اتفاقات و شرایط پیچیده و خاص)
- ❖ شیوه‌های آماری (محاسبه ریسک و میزان مرگ) می‌باشد.

## کنفرانس‌های مرگ و میر ،

### میزگرد های بررسی مرگ های قابل پیشگیری

➤ فرایند بررسی تیمی کنفرانس‌های مرگ و میر ، اصلی است برای بهبود در مراقبت‌های پزشکی با کمک برنامه های ارتقاء کیفیت.

➤ در حال حاضر در بسیاری از بیمارستانها این کنفرانسها در حال اجراست. معمولا این کنفرانسها برای دستیابی به هدف تعیین مشکلات و اصلاح آنها مورد استفاده قرار نمی گیرند.



دو راهکار مهم می تواند منجر به ارتقاء و رفع این نقصان گردد:

❖ اول : توجه بیشتر به نحوه برگزاری جلسات .

❖ و راهکار دیگر توجه به جزئیات با اهداف:

۱- مشخص نمودن مشکلات (علی الخصوص مشکلاتی که وابسته به سیستم مراقبت است) ،

۲- طراحی برنامه اقدامات اصلاحی منطقی ،

۳- اجرا و دنبال کردن این برنامه ها،

۴- ارزیابی پیامد حاصل از اقدامات اصلاحی و ارزیابی آنها با نتایج مورد انتظار.

# نحوه برگزاری جلسات

- مشارکت فعال و خلاقانه در فرایند ارتقاء کیفیت نیازمند حضور تیم درمانی و همچنین پزشکان متخصص از دیگر حوزه ها می باشد.
- ❖ اجزاء مهم فرایند ارتقاء کیفی شامل بر سیستم اجرایی و پرسنل پیش بیمارستانی ، بخش اورژانس ، بخش مراقبتهای ویژه و اتاق عمل و.... می باشد.
- ❖ کارکنان پشتیبانی ضروری برای زیرساخت های برنامه ارتقاء کیفی عبارتند از: مدیر برنامه و مسئول مستندسازی ، این افراد کسانی هستند که وظیفه آنالیز آماری و جمع آوری داده ها را دارند.
- تمامی دقایق نشست های کمیته ارتقاء کیفی بایستی ثبت گردد و این جلسات بایستی منعکس کننده بررسی ها و بحث ها و آنالیزهای موضوع مورد بررسی بوده و همچنین شامل اقدامات اصلاحی مطرح شده احتمالی باشد. چه برای کمیته ارتقاء کیفیت و چه برای کنفرانسهای مرگ و میر بخش، اطلاعات حاصل از این نشست ها بایستی به خوبی در فرم های استاندارد ثبت گردند.



# سوالات رایج پیرامون کنفرانس‌های مرگ و میر

## ▶ زمان برگزاری جلسات چه زمانی باشد؟

پ: جلسه بایستی در ساعاتی از روز برگزار شود که هدف مشارکت حداکثری اعضا در اولویت قرار گیرد. این جلسات بایستی بر اساس یک زمانبندی معمول و منظم و با تطابق با زمان وظایف پزشکان برگزار گردد. که این موضوع معمولاً بدین معنی است که صبح زود یا انتهای بعد از ظهر بر اساس جدول زمان‌بندی بیمارستان بهترین زمان می باشد. زمان این جلسات بایستی مشخص بوده و حصار الزاما در آن شرکت نمایند.

## ▶ مدت هر جلسه چقدر باشد؟


پ: تحقیقات استاندارد آموزشی نشان می دهد که در رابطه با افراد بالغ، در جلسه هایی که حالت ارائه دارند، متمرکز شدن بر روی موضوع در صورتی که بیش از ۴۰ دقیقه طول بکشد سخت می باشد. ۴۰ دقیقه ایده ال است اما برخی ۴۵ دقیقه یا ۱ ساعت را نیز برای جلسات انتخاب می کنند. نکته مهم در رابطه با مدت جلسات این است که این مدت همواره باید یکسان باشند. جهت بهینه سازی مشارکت و حضور اعضا، جلسات بایستی بدون معطلی آغاز شوند و طبق برنامه پیش روند و در زمان مشخص به اتمام رسند.

## چه کسانی بایستی در این کنفرانس ها حضور به هم رسانند؟

پ: پزشکان و متخصصان آموزش دیده و متبحر، دستیاران در این جلسات حضور یابند. علاوه بر آن افراد از دیگر رشته ها در صورتی که در فرایند درمانی بیمار مورد بحث مشارکت داشته اند نیز بایستی به جلسات دعوت شوند.

## چه کسی باید کنفرانس را رهبری کند؟

پ: پزشکانی برای این سمت منصوب می شوند که به خوبی شناخته شده باشد. رهبر بایستی برنامه ریز خوبی باشد، منصف و بی طرف بوده و قابلیت پرورش دادن مطالب و درگیر ساختن افرادی که توانایی خوبی جهت همکاری داشته اما برای صحبت کردن در جمع احساس راحتی ندارند را نیز داشته باشد. مهم آن است که رهبر بتواند حضور در جلسه را به صورت یک اولویت برای افراد در آورد و آنها را مشتاق مشارکت نماید. اگر خود رهبر به دنبال مشورت نبوده و مشتاق نباشد نمیتواند از دیگر اعضا چنین توقعی داشته باشد.



برخورداری از قدرت و اختیارات لازم و مسئولیت پذیری و پاسخ گو بودن رهبر تیم از جمله عوامل ضروری ارتقاء کیفیت می باشند .

رهبر بایستی با تمامی فازهای مراقبتی بیمار آسیب دیده آشنایی داشته ،خط فکری گسترده ای داشته باشد، منصف و بی طرف باشد، و در برنامه ریزی برای مدیریت جلسات به واسطه بحث های سودمند جذاب و پربار اعتراض, توانمند باشد.

## چه مسائلی بایستی مطرح شود؟

پ: تمامی مرگ و گیرها، عوارضها، نگرانیهای کیفی، مغایرتها و خطاها بایستی مورد بررسی قرار گیرد.

## چگونه موارد مراقبت از بیمار مطرح شده در جلسه، بایستی مورد بررسی و اصلاح قرار گیرد؟

پ: هدف کنفرانسهای مرگ و میر بحث و آنالیز مرگ و عوارض به همراه بررسی پیامدهای کمتر از حد انتظار می باشد. بحث خلاقانه و بارش افکار بایستی قادر به تعیین حوزه های بالقوه برای ارتقاء بخشیدن فرایندهای مراقبتی باشد.

بایستی راهکارهای اصلاحی مناسب ایجاد شده و جهت بهینه سازی فرایندهای مراقبتی و درمانی در آینده مورد استفاده قرار گیرد و برای حصول اطمینان از پیروی از استراتژی های اصلاحی و ارزیابی موثر بودن آنها در دستیابی به اهداف ارتقاء کیفی، ساز و کار مشخصی بایستی مورد استفاده قرار گیرد.

▶ جنبه های مهم فرایندهای بررسی شامل: انتخاب و آموزش اعضا گروه، راه اندازی، برنامه ریزی، تعیین محل برگزاری جلسات و ملاک های جلسات برای تصمیم گیری و ثبت داده ها و گزارشات می باشد.

▶ تمامی این نشست ها بایستی یک مدیر مسئول برای هدایت و برنامه ریزی فرایند بررسی جلسات داشته باشد.

▶ شرکت کنندگان بایستی با کمال میل از حضور در این جلسات لذت ببرند.

▶ اعضا بایستی محیطی سرشار از احترام، صداقت، حتی با در نظر داشتن مراقبت آرایه شده کمتر از حد انتظار که منجر به مرگ شده است را ایجاد نمایند و بایستی هدف مشترک همه آنها ارتقاء مراقبت های آتی که معمولا به واسطه فرایند چالش برانگیز بررسی انتقادی هر مورد مرگ حاصل میشود، باشد.

اعضاء جلسات بایستی بر اساس تمایل، تعهد و میزان در دسترس بودن جهت حضور در جلسات انتخاب شوند. اعضای بایستی حضور در جلسات را به عنوان یک اولویت دانسته و برای شرکت در آن تمایل داشته و برنامه های خود را به نحوی تنظیم نمایند که بتوانند در جلسه ها حضور به هم رسانند.

کنفرانس های بین رشته ای جهت آنالیز کامل داده ها بسیار سودمند می باشند. حال آنکه برخی مقالات که در ابتدا چاپ شده اند حضور رشته های مختلف در هم اندیشی را عاملی برای عدم تفاهم می دانند. اما جلسات چند رشته ای اطلاعات مهم و دیدگاه کامل تری از جنبه های مختلف مراقبت فراهم کرده و همچنین احتمال تدوین فرم ارزیابی بهتری برای داده ها را نیز بیشتر می کنند.

برای دستیابی به نتایج ارزیابی کارآمدتر بایستی تمامی اعضای شانس کافی برای مشارکت در بحث را داشته باشند. اگر به ترکیب (اعضاء) میزگرد و شیوه آماده سازی داده ها توجه کاملی شود این جلسات می تواند به درصد موفقیتی بالغ بر ۹۰٪ دست یابد.



انتخاب اعضاء بايد با تفكر بوده و اين جلسات بايستي همزمان شامل چندين وجه باشد .

كاركنان تمام بخش هاى ارايه دهنده فرايندهاى درمانى بايستي حضور داشته باشند، شامل خدمات  
پيش بيمارستانى، قسمت هاى مختلف مراقبت بيمارستانى مانند بخش اورژانس ،اتاق عمل و ديگر  
بخش ها.



# نمونه ای از شرکت کنندگان در میزگرد مرگهای قابل پیشگیری

- مراقبین پیش بیمارستانی

- پرستاران بخش اورژانس

- پزشک متخصص اورژانس یا پزشک عمومی مرتبط با بیمار در بخش اورژانس

- پزشک معالج بخش

- متخصص بیهوشی

- جراح

- پاتولوژیست یا متخصص پزشکی قانونی اگر در دسترس باشد

- رادیولوژیست - اگر تصویربرداری یا دیگر مطالعات رادیولوژیک در رابطه با مورد مد نظر باشد

- کارکنان پرستاری بخش اتاق عمل، و بخش مراقبت های ویژه

# گزارشات قابل طرح در کنفرانسهای مرگ و میر

## -گزارشات بیمارستانی

اجزاء کلی و کلیدی که باید مطالعه شوند عبارتند از:

- ❖ -گزارشات بخش اورژانس
- ❖ -یادداشتهای پرستاری
- ❖ گزارشات بخش و پزشک معالج
- ❖ -گزارشات جراحی شامل برگه های بیهوشی
- ❖ -گزارشات رادیولوژی
- ❖ -گزارشات بخش ها و آی سی یو
- ❖ -گزارشات آزمایشگاه و بانک خون
- ❖ -برگه خلاصه پروند

## -اطلاعات پیش از بستری

معمولا بدست آوردن چنین اطلاعاتی سخت است، اما چنین اطلاعاتی در بررسی علائم حیاتی قبل از بستری شدن و ثبت زمان تا ورود به بیمارستان و زمان مرگ بسیار یاری رسان می باشد. ثبت ناپایداری همودینامیک یا ایست قلبی در مورد نمونه تحت بررسی می تواند به وضوح اطلاعاتی را مطرح نماید که در بررسی قابل پیشگیری بودن یا نبودن مرگ مفید باشد.

## -گزارشات گشت بزرگراه و پلیس

این داده ها در تدوین روشهای پیشگیری صدمات بسیار کارآمد می باشد. اطلاعات حاصله از پلیس کنترل ترافیک منطقه در مشخص کردن مناطق و موقعیت هایی که می تواند منجر به مرگ شوند مورد استفاده قرار میگیرد. تعیین مناطق و تقاطع های دردسر ساز، مکان هایی که عابرین پیاده و دوچرخه سواران تروما می بینند، معمولا جزء پیشگیری های آسیب تروما کم هزینه می باشد.

این گزارشات منابع غنی از اطلاعات هستند. بسیاری از مطالعات ابتدایی مرگ های قابل پیشگیری بر پایه اطلاعات حاصله از گزارشات کالبد شکافی انجام گرفته اند. از آنجایی که کالبدشکافی هزینه بر و زمانبر است بسیاری از سیستم ها و بیمارستان ها به طور معمول این کار را انجام نمیدهند. حال آنکه زمانی که انجام شود اطلاعات حاصله از آنها بایستی مورد استفاده قرار گیرد (بسیاری از مرگ هایی که کاملاً قابل پیشگیری می باشند به واسطه گزارش های کالبدشکافی مشهود شده اند. به عنوان مثال آسیب های ایزوله طحال، محل نادرست لوله تراشه).

### -اطلاعاتی دیگر مانند گفت و گوی مستقیم با افراد ارائه دهنده خدمات مراقبتی در رابطه با مورد مد نظر

این منابع اطلاعاتی شفاهی معمولاً مورد غفلت قرار میگیرد اما به شدت می توانند مفید باشند. افرادی که اولین مواجهه با بیمار را داشته اند اطلاعات بسیاری را در اختیار دارند که نمی توان از گزارشات مکتوب آنها را به دست آورد. مثالی در رابطه با اطلاعات حاصله از افرادی که در ابتدا با بیمار مواجه می شوند می تواند شامل شناسایی کمبود هایی باشد که در نمودارها و جداول ثبت نمی شوند مانند تاخیر در قراردادن لوله قفسه سینه در زمان لازم در بیمارانی که در اثر پنوموتوراکس فشارنده فوت می شوند یا تاخیر در تزریق خون به بیمارانی که تروما شدید کبد و طحال داشته اند.

### -اطلاعات ثبت شده بیمار / مستندسازی

با وجود آنکه چنین اطلاعاتی به شدت ارزشمند می باشند این داده ها شدیداً وابسته به منابع و زیرساختها می باشند.



معمولا رهبر گروه یا دستیار منصوب شده او جزئیات هر مورد مطرح شده را به صورت خلاصه ای مکتوب در می آورد.

هر جلسه مرگ و میر باید یک خلاصه مکتوب از شرح حال بیمار و اقدامات درمانی و... داشته باشد.

چکیده در اختیار تمامی اعضاء میزگرد قرار می گیرد. استفاده از فرم استاندارد می تواند برای جمع آوری و خلاصه کردن داده

ها و نوشتن چکیده مناسب باشد.

## چکیده ای برای خلاصه برداری جلسات

اطلاعات هویتی

مکانیسم تروما

شرایط انتقال

روش انتقال

علائم حیاتی در محل و در مرحله پیش بیمارستانی (زمان دقیقا تعیین شود)

علائم حیاتی در زمان ورود به بخش اورژانس (زمان دقیقا تعیین شود)

سطح هوشیاری در بدو ورود

پروسیجرهای انجام شده (مانند اینتوباسیون , احیاء و ....)

### شاخص های زمان

• تخمین زمان تروما و یا شروع بیماری

• زمان تا رسیدن به محل

• زمان تا دریافت مراقبت های قبل از بستری

• زمان تا رسیدن به بیمارستان

• زمان تا شروع اقدامات درمانی

• زمان تا تعیین تکلیف جهت : انتقال به اتاق عمل, بخش مراقبت های ویژه , بخش و یا زمان مرگ

➤ **اعضاء منتصب شده** خلاصه تمامی داده های مرتبط را به طور دقیق و کامل بررسی کرده و مسئول ارائه مورد و داده های مرتبط با آن به کل اعضاء در جلسات می باشند. این اعضاء مسئول بررسی و ارائه فرایندهای مرتبط با بیمار در جلسات بوده و بایستی کپی هایی از چکیده و نسخه کاملی از منابع داده ای مرتبط با مورد تحت مطالعه، حداقل یک هفته قبل از تشکیل جلسه تهیه نمایند.

➤ در زمانی که اعضاء گروه که برای بررسی دقیق اطلاعات ثبت شده از بیمار و ارائه اطلاعات جامع و مرتبط با بیمار منصوب می شوند ، معمولاً دیگر اعضاء باقیمانده گروه تنها بایستی چکیده را بررسی نمایند.

اطلاعات هویتی	منبع اطلاعات	محل وقوع
<input type="checkbox"/> تاریخ گزارش <input type="checkbox"/> شماره پرونده پزشکی <input type="checkbox"/> شماره ثبت تروما <input type="checkbox"/> شماره نوبت <input type="checkbox"/> طبقه	<input type="checkbox"/> پرستار هماهنگ کننده تروما <input type="checkbox"/> مدیریت پرستاری <input type="checkbox"/> مدیر بیمار <input type="checkbox"/> مسئول هماهنگ کننده ارتقاء عملکرد و ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> بستگان بیمار <input type="checkbox"/> مدیریت خطر <input type="checkbox"/> راند <input type="checkbox"/> کنفرانس <input type="checkbox"/> ثبت <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> پیش از بیمارستان <input type="checkbox"/> احیا <input type="checkbox"/> تصویربرداری <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> اتاق عمل <input type="checkbox"/> بخش ریکووری <input type="checkbox"/> بخش مراقبت های ویژه <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> توانبخشی <input type="checkbox"/> سایر
<p>عارضه، اتفاق، مشکل یا شکایت: .....</p> <p>گزارش به ----- بررسی شده توسط -----</p>		

تعیین نوع خطا	قابلیت پیشگیری	اقدامات اصلاحی
<input type="checkbox"/> مرتبط با سیستم <input type="checkbox"/> مرتبط با بیماری <input type="checkbox"/> مرتبط با ارائه کننده خدمت <input type="checkbox"/> نمی توان تعیین کرد	<input type="checkbox"/> غیر قابل پیشگیری <input type="checkbox"/> قابل پیشگیری به صورت بالقوه <input type="checkbox"/> قابل پیشگیری <input type="checkbox"/> نمی توان تعیین کرد	<input type="checkbox"/> جلسات بررسی <input type="checkbox"/> ارتقای منابع <input type="checkbox"/> تیم ارتقاء فرایند <input type="checkbox"/> تشویق یا توبیخ <input type="checkbox"/> سایر
<p>نظرات: .....</p> <p>امضا ..... تاریخ .....</p>		