

## وضعیت مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران\*

مسلم شریفی<sup>۱</sup>، محمد عرب<sup>۲</sup>، بهمن خسروی<sup>۳</sup>، روزبه هژبری<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** همه جنبه‌های مراقبت‌های سلامتی همراه با خطر است. مدیریت خطر مجموعه‌ای از فرایندهای مستمر و در حال توسعه‌ای است که در سراسر بیمارستان به کار گرفته می‌شوند. این مطالعه برنامه‌های مدیریت خطر در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران را از نگاه دو گروه عمده کارکنان بالینی این بیمارستان‌ها یعنی پرستاران و پزشکان مورد ارزیابی قرار داده است.

**روش بررسی:** این مطالعه به صورت مقطعی-تحلیلی، به بررسی وضعیت برنامه‌های مدیریت خطر پیشگیرانه از دیدگاه ۸۰۰ نفر از کارکنان کادر پزشکی و پرستاری شاغل به کار در ۱۴ بیمارستان شهر تهران (۷ بیمارستان دولتی و ۷ بیمارستان غیر دولتی) در سال ۱۳۹۲ خورشیدی پرداخته است. نمونه‌گیری به روش تصادفی-طبقه‌ای صورت گرفته و توزیع نمونه‌ها بر اساس تعداد کارکنان هر بیمارستان انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، بخشی از پرسشنامه‌ی استاندارد جو سازمانی حاکمیت بالینی بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS وارد شده و با استفاده از آزمون‌های همبستگی و آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در بعد مطالعه، جمع‌آوری و گزارش اطلاعات، بیمارستان‌های غیر دولتی با میانگین  $3/31 \pm 0/34$  نسبت به بیمارستان‌های دولتی دارای عملکرد بهتری بودند. در بعد وضعیت اقدامات، رویکردها و سیاست‌ها در زمینه مدیریت ریسک نیز بیمارستان‌های غیر دولتی با میانگین  $3/25 \pm 0/03$  اندکی بهتر از بیمارستان‌های دولتی بودند. در حالت کلی نیز بیمارستان‌های غیر دولتی با میانگین  $3/27 \pm 0/02$  عملکرد بهتری نسبت به بیمارستان‌های دولتی با میانگین  $3/27 \pm 0/02$  دارا بودند.

**نتیجه‌گیری:** توجه بیمارستان‌ها به جایگاه مدیریت خطر برای بهبود کیفیت درمان و افزایش ایمنی بیماران و کارکنان ضروری است و مدیران بیمارستان‌ها باید منابع لازم را برای مدیریت خطر که از عوامل اصلی برای امنیت بیمار و بهبود کیفیت است، تخصیص دهند.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت خطر؛ حاکمیت بالینی؛ خطاهای بالینی؛ بیمارستان‌ها.

پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۴

اصلاح نهایی: ۹۳/۲/۱۷

دریافت مقاله: ۹۲/۹/۳۰

**ارجاع:** شریفی مسلم، عرب محمد، خسروی بهمن، هژبری روزبه. وضعیت مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۲): ۲۲۹-۲۳۵.

\*- این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۱۷۴۲۲ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۲- استاد، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

Email: bkhosravi54@gmail.com

(نویسنده مسؤل)

۴- دکترای مدیریت اجرایی، مسؤل گروه پژوهشی فناوری اطلاعات، مرکز تحقیقات اقتصاد سلامت، پژوهشکده سلامت صنعت نفت، تهران، ایران

## مقدمه

امروزه، تدوین استراتژی برای بهبود کیفیت مراقبت نقش مهمی را در سیاست‌های سلامت بین المللی ایفا می‌کند. شواهدی از تغییر در کیفیت مراقبت و خطاهای پزشکی در اکثر سیستم‌های بهداشت و درمان وجود دارد و این باعث شده است که دولت‌ها به دنبال بهبود کیفیت مراقبت باشند. چهار مولفه کیفیت، از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی که در واقع اساس شکل‌گیری حاکمیت خدمات بالینی‌اند، عبارتند از: عملکرد حرفه‌ای (کیفیت فنی)، استفاده از منابع (بهره‌وری)، مدیریت خطر (خطر آسیب یا بیماری در ارتباط با خدمات ارائه شده)، رضایت بیمار از خدمات ارائه شده (۱).

خطر یعنی احتمال اینکه فردی به عارضه ناخواسته دچار شود. در واقع خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن و یا فقدان سلامت بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده‌ها، محل کار، منزل و ... باید پیوسته برای اجتناب از خطرات و یا جلوگیری از وقوع آن‌ها تلاش کرد. وجود خطر یک جزو اجتناب‌ناپذیر از زندگی است و به طور کامل نمی‌توان آن را حذف کرد ولی می‌توان آن را به حداقل رساند. همه جنبه‌های مراقبت‌های سلامتی نیز همراه با خطر است (۲).

مفهوم خطر بالینی مفهوم جدیدی است که به عنوان یک اثر منفی مستقیم یا غیر مستقیم بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تعریف شده و ممکن است ایمنی بیماران را تهدید کند و باعث بالا رفتن هزینه‌های عملیاتی شود. خطرات بالینی ممکن است به ارائه مراقبت (خطرات اعمال جراحی، مواد و محصولات، خطرات اخلاقی و اطلاعاتی)، یا ساختار بیمارستان (بروز آتش سوزی، قطع برق، خرابی کامپیوتر، نبود آب) و یا به سازماندهی موسسه (از دست دادن منابع انسانی، عدم وجود پروتکل، حمل بیمار، تصادفات، تقلب) مربوط شوند (۳).

ویژگی‌های کارکردی بخش سلامت الزام و ضرورت توجه به خطرات بالقوه این بخش را دو چندان می‌کند (۴). مراقبت‌های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است (۵).

مدیریت ریسک عبارت از فرایند اتخاذ سیاست‌ها و خطی‌مشی‌هایی برای پذیرش، شناسایی، ارزیابی، کنترل، به حداقل رساندن و یا کاهش خطرات ارزیابی شده و انتخاب و اجرای گزینه‌های مناسب است (۶). مدیریت ریسک موثر در مرکز ایمنی بیمار قرار دارد، با این حال، ساختارهای مدیریت ریسک به طور قابل توجهی در بیمارستان‌های مختلف متفاوت است (۷).

فرایند مدیریت خطر بالینی در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه بالینی است که شناسایی، ارزیابی و کنترل خطر و در نهایت بهبود کیفیت و تضمین ایمنی خدمات برای بیماران را شامل می‌شود (۸). ایمنی در محیط بیمارستان به لحاظ اقتصادی، انسانی و اخلاقی از اهمیت زیادی برخوردار است. مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها، برنامه‌ای برای کاهش وقوع و شیوع حوادث قابل پیشگیری است (۹).

مدیریت ریسک در بخش سلامت نه تنها برای بیماران بلکه برای پزشکان و سازمان مفید است:

برای بیماران: مدیریت خطر می‌تواند خطرات بیماران را به حداقل برساند. علاوه بر این، خطرات بیمار را می‌توان با اطمینان از این که سیستم به طور منظم با استفاده از ممیزی رویدادهای مهم و یادگیری از شکایت بررسی می‌شود، به حداقل رساند.

برای پزشکان: تضمین این که پزشکان در برابر بیماری‌های عفونی ایمن شده‌اند و در یک محیط امن کار می‌کنند.

برای سازمان: کیفیت پایین تهدیدی برای هر سازمان است. علاوه بر کاهش خطرات برای بیماران و پزشکان، سازمان نیاز به کاهش خطرات خاص خود با تضمین عملکرد با کیفیت بالا، محیطی ایمن، و سیاست طراحی شده بر مشارکت عمومی دارد. ایجاد تعادل بین این اجزا حالت ایده‌آلی است در عمل رسیدن به آن مشکل است (۱۰).

مدیریت ریسک بالینی به دلیل توسعه و اجرای فرایندهای شناسایی و اولویت‌بندی خطرات جهت کاهش و یا حذف آنها؛ حفاظت از بیمارستان، بیماران و کارکنان؛ کاهش عوارض

Questionnaire) استفاده شد (۱۴). این پرسش‌نامه شامل یازده شاخص برای ارزیابی وضعیت مدیریت خطر است. پرسش‌های فوق در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) تا کاملاً موافقم (امتیاز ۵) امتیازبندی می‌شوند. در گام بعد بیمارستان‌های موجود در شهر تهران از نظر مالکیت به دو دسته دولتی (بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و سایر نهادها و دستگاه‌های اجرایی) و غیر دولتی (خصوصی، خیریه) تقسیم شدند. سپس از لیست هر گروه بیمارستانی ۱۰ درصد به صورت نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شد. توزیع نمونه‌ها در هر بیمارستان به نسبت تعداد کارکنان و براساس لیست کارکنان در دو گروه شغلی پزشک (۳۰۰ نفر) و پرستار (۵۰۰ نفر) صورت گرفت. جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه مستقیم پرسشگر به محل کار افراد مورد مطالعه انجام یافت. جهت سنجش روایی از نظر اساتید مدیریت استفاده شد و برای سنجش پایایی ابزار، پرسش‌نامه تایید شده به صورت پایلوت در میان ۱۲۰ نفر از اعضای جامعه پژوهش به صورت تصادفی توزیع گردید. در نهایت از میان ۸۰۰ پرسشنامه، ۵۹۳ پرسشنامه تکمیل و به این مطالعه وارد شد که نرخ پاسخگویی بیش از ۷۴ درصد را نشان می‌دهد. سپس داده‌ها در ابزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های همبستگی و آزمون تی مستقل مورد بررسی قرار گرفته‌اند. مولفه‌های مربوط به مدیریت خطر در این مطالعه مولفه‌های مدیریت خطر به دو دسته کلی تقسیم شد:

مولفه ۱: «مطالعه، جمع‌آوری و گزارش اطلاعات مدیریت خطر» مشتمل بر ۵ سوال.

مولفه ۲: «وضعیت اقدامات، رویکردها و سیاست‌ها در زمینه مدیریت ریسک» مشتمل بر ۶ سوال.

### یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه پرستار (۷۴ درصد) بوده و بیش از ۶۷ درصد پاسخگویان را زنان تشکیل دادند. رده سنی ۳۰ تا ۳۹ ساله با ۳۷ درصد و گروه سابقه کار ۱ تا ۵ سال با ۳۸ درصد بیشترین سهم را داشته‌اند. بیش از ۴۶ درصد از شرکت‌کنندگان به صورت قراردادی مشغول به کار

جانبی که می‌تواند هزینه‌های قابل توجه به وجود آورند و به اعتبار بیمارستان صدمه بزنند و توسعه شاخص‌هایی برای اندازه‌گیری و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط بیمارستان، ضرورت می‌یابد (۱۱).

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی بررسی می‌شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می‌شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل آید ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می‌شود (۲).

هدف مدیریت خطر در بخش سلامت، کاهش احتمال وقوع حوادث نامطلوبی است که برای بیماران رخ می‌دهد و شامل مشخص کردن حوادث نامطلوب، تحلیل علت، تخمین احتمال وقوع و اتخاذ اقدام مناسب جهت پیشگیری از این حوادث می‌باشد (۱۲).

ضرورت مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها در این است که طبق آمارهای مختلف از بروز و شیوع خطاهای پزشکی در بیمارستان‌ها، تقریباً از هر ۱۰ نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر رویداد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند، همچنین حدود یک سوم از رویدادها به بیمار زیان می‌رسانند، که این زیان می‌تواند به صورت‌های گوناگون از بالا بردن طول اقامت تا مرگ متغیر باشد (۱۳). بر این اساس، این مطالعه برنامه‌های مدیریت خطر را در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران از نگاه دو گروه عمده کارکنان بالینی این بیمارستان‌ها یعنی پرستاران و پزشکان مورد ارزیابی قرار داده است.

### روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی-تحلیلی در سال ۱۳۹۲ خورشیدی در ۱۴ بیمارستان شهر تهران (۷ بیمارستان دولتی و ۷ بیمارستان غیر دولتی) انجام گرفت تا وضعیت مدیریت خطر از دیدگاه کارکنان کادر پزشکی و پرستاری بررسی شود. برای بررسی وضعیت مدیریت خطر از شاخص‌های پرسش‌نامه استاندارد (Clinical Governance Climate)

بوده‌اند. با توجه به بافت کلی حاکم بر نیروی کار درمانی در بخش بیمارستانی این نتایج قابل انتظار است. بین بعد مطالعه، جمع‌آوری و گزارش اطلاعات و نوع بیمارستان از نظر آماری رابطه معنادار وجود دارد. به طوری که با مقایسه میانگین‌های هر دسته مشخص شد که در بعد مطالعه، جمع‌آوری و گزارش اطلاعات بیمارستان‌های غیردولتی با میانگین  $3/31 \pm 0/34$  نسبت به بیمارستان‌های دولتی دارای عملکرد بهتری بودند.

در بعد وضعیت اقدامات، رویکردها و سیاست‌ها در زمینه مدیریت ریسک نیز بیمارستان‌های غیردولتی با میانگین  $3/25 \pm 0/03$  اندکی بهتر از بیمارستان‌های دولتی بودند که این یافته از نظر آماری معنادار نبود. در حالت کلی نیز بیمارستان‌های غیردولتی عملکرد بهتری نسبت به بیمارستان‌های دولتی دارا بودند (جدول ۱). بررسی همبستگی بین جمع‌آوری اطلاعات برای ارزیابی و مدیریت خطر و سایر متغیرها نشان می‌دهد که در این مطالعه، این مولفه با متغیرهای وضعیت استخدام و سن رابطه معنادار ندارد ( $p\text{-value} > 0/05$ ). ولی بین این مولفه با سایر متغیرها رابطه وجود دارد و بین مولفه سیاست‌ها و اقدامات با هیچ یک

از متغیرهای مورد بررسی رابطه وجود ندارد. بررسی همبستگی بین مدیریت خطر و سایر متغیرها نشان می‌دهد که بین مدیریت خطر با نوع بیمارستان (خصوصی یا دولتی) رابطه معنادار وجود دارد ( $p\text{-value} > 0/05$ ). اما بین مدیریت خطر و سایر متغیرها ارتباط معنادار ندارد. این در حالی است که مولفه جمع‌آوری اطلاعات با بیشتر متغیرهای دموگرافیک رابطه معنادار نشان داده است. اما این شرایط در رابطه با مولفه اقدامات و سیاست‌ها به شکل دیگری است. معنای کلی جدول این است که نحوه نگرش به مولفه جمع‌آوری و گزارش دهی اطلاعات مرتبط با مدیریت خطر اثر پذیری معناداری از متغیرهای زمینه‌ای پاسخگویان از جمله، جنس، نوع شغل وضعیت استخدام و نوع بیمارستان دارد که می‌تواند ناشی از تفاوت در نحوه اجرای برنامه‌ها در محیط‌های مختلف باشد (جدول ۲). همچنین برای مقایسه بیمارستان‌ها با یکدیگر از آزمون ناپارامتریک کروسکال وایس و LSD استفاده شد. با مقایسه بیمارستان‌ها بر اساس این آزمون‌ها نیز نتایج مشابه مشاهده می‌شود، به طوری که وضعیت مدیریت خطر در بیمارستان‌های غیر دولتی بهتر از بیمارستان‌های دولتی است.

جدول ۱: میانگین مولفه‌های مدیریت خطر برحسب نوع بیمارستان

ابعاد مدیریت خطر	نوع بیمارستان	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معناداری
جمع‌آوری اطلاعات	دولتی	۳۵۰	$3/15 \pm 0/34$	۰/۰۰۲
	غیر دولتی	۲۳۸	$3/31 \pm 0/34$	
اقدامات و سیاستها	دولتی	۳۵۳	$3/22 \pm 0/29$	۰/۵۱۵
	غیر دولتی	۲۴۰	$3/25 \pm 0/03$	
وضعیت کلی	دولتی	۳۵۳	$3/19 \pm 0/02$	۰/۰۴۴
	غیر دولتی	۲۴۰	$3/27 \pm 0/02$	

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای دموگرافیک و مولفه‌های مدیریت خطر

متغیر	سن	جنس	نوع شغل	وضعیت استخدام	سابقه کار	نوع بیمارستان	مولفه
جمع‌آوری اطلاعات	۰/۰۵۵	**۰/۰۸۸	*۰/۱۱۶	**۰/۱۰۹	۰/۰۵۵	*۰/۱۱۵	
اقدامات و سیاستها	-۰/۰۱۷	-۰/۰۳۰	-۰/۰۳۷	-۰/۰۶۱۰	۰/۰۲۴	۰/۰۱۲	
وضعیت کلی	۰/۰۰۸	۰/۰۴۴	۰/۰۰۷	۰/۰۶۶	۰/۰۲۸	*۰/۱۲۲	
N	۵۳۲	۵۴۵	۵۳۶	۵۰۵	۵۰۳	۵۵۷	

\*\*همبستگی در سطح ۰/۰۱

\*همبستگی در سطح ۰/۰۵

## بحث

اطلاعات برای حمایت از مدیریت خطر در بیمارستان‌های پرتغال چنین نتیجه‌گیری کردند که برای مدیریت بهتر ایمنی در بیمارستان‌ها سیستم‌های اطلاعاتی باید با کارایی بهتری فعالیت کنند. مؤسسات بهداشتی نیازمند پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت بالینی دقیق هستند (۳). در این زمینه، مدیریت خطر نقش مهمی را با هدف به حداقل رساندن عوارض جانبی و در نتیجه کمک به بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی فراهم کرده است. با افزایش تعداد و پیچیدگی مسایل در بیمارستان، استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی برای جمع‌آوری و نظارت بر داده‌های بیمارستان ضرورت می‌یابد. بنابراین وجود یک سیستم اطلاعاتی یکی از ضروریات مدیریت ایمنی و خطر در بیمارستان محسوب می‌شود و مدیران باید توجه ویژه‌ای به آن داشته باشند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که نوع بیمارستان عامل تاثیرگذار بر مدیریت ریسک است به طوری که شناخت بیمارستان‌های دولتی از مدیریت ریسک در سطح پایین‌تری نسبت به بیمارستان‌های غیر دولتی قرار داشت. بر خلاف این، Dominici در مطالعه خود چنین نتیجه گرفت که تجزیه و تحلیل حالت‌های بالقوه خطا و اثرات آن در حوزه سلامت، موجبات بهسازی کیفیت و فرهنگ را در بیمارستان، پرستاران و مدیران بیمارستان فراهم می‌آورد (۱۹). همچنین به منظور بهبود نتایج حاصل از مدیریت ریسک، تیمی متشکل از تخصص‌های مختلف؛ مدیران، متخصصان بیهوشی، پرستاران و جراحان مورد نیاز است (۱۸). از نظر هندل و همکاران نیز، داشتن برنامه‌های مدیریت ریسک و کیفیت در بیمارستان‌ها، می‌تواند در کاهش خطاهای پزشکی موثر باشد (۲۰).

## نتیجه‌گیری

ایجاد یک سیستم برای پشتیبانی از مدیریت خطر در بیمارستان برای عملکرد صحیح آن ضروری است. مدیریت خطر یک ابزار مفید به منظور بهبود عملکرد بیمارستان و به دست آوردن مزایای بیشتری از رقابت و کاهش هزینه‌های عملیاتی و یکی از زمینه‌های لازم برای بهبود کیفیت در بیمارستان‌ها است. بنابراین مدیران بیمارستان‌ها باید منابع

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت مدیریت خطر در بیمارستان‌های غیر دولتی نسبت به بیمارستان‌های دولتی بهتر است. در مطالعه‌ای که توسط حبیبی و همکارانش (۱۵) با عنوان «مدیریت ریسک در بخش رادیولوژی بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان» انجام شد، نتایج نشان داد که وضعیت ایمنی بیمارستان‌های مورد بررسی که همه آنها دولتی بودند، مناسب نیست و ۵۵ درصد آنها دارای وضعیت ضعیف بودند، که نتایج این مطالعه را تایید می‌کند. بنابراین، مدیریت خطر یکی از رویکردهایی است که برای تقویت و اثربخشی بیمارستان‌ها و همچنین ایمنی بیماران و کارکنان باید مورد استفاده قرار گیرد و مدیران بیمارستان‌های دولتی باید توجه ویژه‌ای به مدیریت خطر و خطاهای پزشکی داشته باشند.

یافته‌های حاصل از این مطالعه در مطالعات دیگری نیز تایید شده است به طوری که نتایج مطالعه فتحی (۱۶) که با هدف «بررسی وضعیت ایمنی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان» انجام گرفت، نتایج نشان داد که ۹۰ درصد بیمارستان‌های کردستان از مدیریت ایمنی متوسط برخوردارند. همچنین در مطالعه دیگری که توسط زابلی و همکارانش (۱۷) تحت عنوان «ارزیابی وضعیت مدیریت ریسک در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های شهر تهران» انجام پذیرفت، نتایج مطالعه وضعیت مدیریت خطر در بیمارستان‌های شهر تهران را متوسط ارزیابی کرد. در مطالعه موسوی و همکارانش (۱۸) نیز وضعیت کلی مدیریت ریسک بیهوشی - جراحی در بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان متوسط ارزیابی شد. این یافته‌ها، نشان دهنده عدم توجه کافی مدیران و کادر درمانی به مقوله مدیریت خطر بالینی بوده و نتایج این مطالعه را تایید می‌کنند. توجه به خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار ضروری است و فرآیندهای مدیریت ریسک می‌توانند در این زمینه به کادر درمانی و مدیران برای شناسایی و کنترل این خطاها مورد استفاده قرار گیرند. Costa و همکارانش در مطالعه‌ای با هدف طرح یک سیستم

پیچیده باشند. مدیریت خطر بالینی یکی از مهم‌ترین جنبه‌های حاکمیت بالینی است که بر ضرورت انجام تجزیه و تحلیل جامع برای کشف علل ریشه‌ای عوارض جانبی تاکید می‌کند. باید توجه داشت که خطا در محیط‌های بالینی هرگز حذف نمی‌شود، اما می‌توان با بهبود و فراهم‌سازی شرایط و استانداردهایی برای کادر درمانی، برای کاهش و کنترل خطر و شناسایی خطاهایی که به ناچار هنوز هم رخ می‌دهند، اقدام کرد.

لازم را برای مدیریت خطر که از عوامل اصلی برای امنیت بیمار و بهبود کیفیت است، تخصیص دهند. همچنین همه پزشکان باید با مدیریت خطر در حرفه خود آشنایی داشته باشند، تا بتوانند استراتژی مناسبی برای ارزیابی و کاهش خطرات بالینی به کار برند. از سویی دیگر تغییرات پزشکی و تکنولوژی باعث شده است تا سازمانهای مراقبت سلامت مجبور به اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی به عنوان راهی برای اطمینان از ارائه مراقبت با بهترین کیفیت در محیط

## References

1. Campbell S, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M, Pickard S, Gask L. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(1): 9-14.
2. Sandars J, Gary Cook E. ABC of patient safety. New York: John Wiley & Sons; 2009.
3. Costa F, Patrícia S, João V, Luís Torres P, Vitor C. Proposal of an Information System to Support Risk Management-The Case of the Portuguese Hospital Center CHTMAD. *Procedia Technology* 2012;5:951-8.
4. Reason J. Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Quality and Safety in Health Care* 2002;11(1):40-4.
5. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S. A study of cultural changes in primary care organizations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002;52(458):641-5.
6. <http://www.who.int>
7. McHugh M, Kevin V. Risk Management Staffing Arrangements and Hospital Performance. *Journal of Healthcare Risk Management* 2011: 1-5.
8. Walshek M, Dineen M. clinical risk management: Making a difference? Birmingham: University of Birmingham; 1998.
9. Purreza A, Akbari F. Maintenance and safety management on diagnostic departments on hospitals affiliated in Gilan. *Health Inform Manage J* 2006;5(8):5-6.
10. Fischer M, Ferlie E. Resisting hybridization between modes of clinical risk management: Contradiction, contest, and the production of intractable conflict. *Accounting, Organizations and Society* 2013;38(1):30-49.
11. Cagliano, Anna C, Sabrina G, Carlo R. A systemic methodology for risk management in healthcare sector. *Safety Science* 2011;49(5):659-708.
12. Wolff AM, Bourke J, Campbell IA, Leembruggen DW. Detecting and reducing hospital adverse events: outcomes of the Wimmera clinical risk management program. *Med J Aust* 2001;174(12):621-5.
13. Watcher R. Understanding patient safety. United States of America: Mac Graw- Hill Companies; 2008.
14. Freeman T. Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Services Management Research* 2003;16:234-50.
15. Habibi E, Soleymanei B, Nateghi R, Lotfirosbehani M, Yarmohammadian M. Risk Management in Radiology Units of Isfahan University of Medical Sciences' Hospitals. *Health Information management* 2007;4(1):133-41.
16. Fathi M. Risk management assessment in selected wards of hospitals of Kurdistan. *Journal of Kurdistan University of medical science* 2002;7(26):37-41.
17. Zaboli R, Karamali M, Salem M, Rafati H. Evaluation of Risk management Assessment on selected wards of Military hospitals in Tehran. *Journal of Military Medicine* 2011;12(4):197-202.
18. Mousavi A, Asefzadeh S, Raeisi A. Assessment of Anesthesia-Surgery Risk Management at Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences, Using ECRI Institute Standards in 2011. *Health Management Journal* 2013; 16(53):85-98.
19. Dominici L, Bram D. Implementation of HFMEA in a bariatric surgery program improves the quality and culture of care. *Surgery for obesity and related disease* 2006;2(3):346-7.
20. Handel D, McConnell K. Emergency department length of stay and predictive demographic characteristics. *Ann Emergency Med J* 2007;50(3):10-4.

## Proactive Risk Management Assessment in Selected Hospitals in Tehran\*

Moslem Sharifi<sup>1</sup>, Mohammad Arab<sup>2</sup>, Bahman Khosravi<sup>3</sup>, Roozbeh Hojabri<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** All aspects of health care, along with the risk. Risk management is a set of continuous processes that are used throughout the hospital. The aim of this study is to assess the risk management programs at hospitals in Tehran from the view of two main groups of physicians and nurses' staff.

**Methods:** This study was a cross-sectional survey to assess the situation of the risk management programs, from the view of 800 medical and nursing staff working in 14 hospitals in Tehran (7 public hospitals and 7 private hospitals). Random - stratified sampling are taken and distributed based on the number of employees in each hospital. Data collection tools, was a part of the CGCQ standard questionnaire. Data entered in spss.17 and using correlation tests and compare means to analyze the data.

**Results:** In the dimension of study, collect and report information, nongovernmental hospitals with an average of  $3/31 \pm 0/34$  had better performance than public hospitals. In the dimension of status, trends and policies in the field of risk management nongovernmental hospitals with an average of  $3/25 \pm 0/03$  was slightly better than the public hospitals. In general, the non-governmental hospital with an average of  $3/27 \pm 0/02$  perform better than public hospitals with an average of  $3/27 \pm 0/02$ .

**Conclusion:** Attention to risk management is essential for improving quality of care and increase patients and staff safety and hospital managers should allocate resources to risk management that it is the key factor for patient safety and quality improvement.

**Keywords:** Risk Management; Clinical Governance; Medical Errors; Hospitals

Received: 19 Dec, 2013

Accepted: 5 Jul, 2014

**Citation:** Sharifi M, Arab M, Khosravi B, Hojabri R. **Proactive risk management assessment in selected hospitals in Tehran.** Health Inf Manage 2015; 12(2):235.

\*- This article was resulted from the research projects with 17422 numbers is supported by Tehran University of Medicine Sciences.

1- PhD candidate student, Health Services Management, Health management and economy department, School of public health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

2- Professor, Health management and economy department, school of public health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

3- PhD candidate student, Health Services Management, Health management and economy department, School of public health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: bkhosravi54@gmail.com

4- DBA, Head of Information Technology Research Group, Health Economics Research Center, Iranian Petroleum Industry Health Research Institute, Tehran, Iran