

بررسی تطبیقی برنامه‌ی مدیریت خطر در مراقبت سلامت در کشورهای منتخب و ارایه‌ی الگو برای ایران*

مریم احمدی^۱، علی ماهر^۲، محمد حسین حیوی حقیقی^۳، جهان پور علی پور^۴

چکیده

مقدمه: هدف برنامه‌ی مدیریت خطر سلامت، کاهش احتمال وقوع حوادث برای بیماران است و شامل مشخص کردن حوادث نامطلوب، تحلیل علت، تخمین احتمال وقوع، نتایج آن‌ها و اتخاذ اقدام مناسب جهت جلوگیری از تکرار آن‌ها است. هدف این پژوهش مقایسه برنامه‌ی مدیریت خطر در مراقبت سلامت در کشورهای منتخب و ارایه‌ی الگو بود.

روش بررسی: این پژوهش به صورت توصیفی- تطبیقی انجام شد. جامعه‌ی پژوهش، برنامه‌ی مدیریت خطر در کشورهای آمریکا، انگلستان و استرالیا بود و نمونه‌ها نیز، برنامه‌های خدمات سلامت ملی، کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت و انجمن پزشکی دفاعی ویکتوریا (به علت حوزه‌ی تخصصی) بودند. گردآوری داده‌ها از طریق منابع کتابخانه‌ای، اینترنت و پست الکترونیکی و تحلیل آن‌ها از طریق جداول تطبیقی و آمار توصیفی صورت گرفت. بر اساس تحلیل انجام شده و پس از دریافت نظرات متخصصین امر، الگوی نهایی ارایه شد.

یافته‌ها: در برنامه‌های مورد بررسی، فرایند مدیریت خطر و اصول مستندسازی شباهت‌های زیاد، اصول رضایت آگاهانه شباهت‌های کمتر و عناصر اطلاعاتی فرم گزارش حادثه تفاوت‌هایی داشتند. کمیسیون مشترک، نقش بیشتری برای مدیر اطلاعات سلامت قایل شده بود.

نتیجه‌گیری: با وجود اشتراک در اصول مدیریت خطر، هر نمونه به نیازها و زیر ساخت‌های ارایه‌ی مراقبت در کشور خود توجه نمود و این برنامه را به عنوان راهبردی سازمانی در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: مدیریت خطر؛ مراقبت‌های سلامت؛ مدیریت اطلاعات.

نوع مقاله: کوتاه

پدیرش مقاله: ۱۹/۵/۹

اصلاح نهایی: ۱۹/۴/۲۸

دریافت مقاله: ۱۷/۱۲/۲۱

ارجاع: احمدی مریم، ماهر علی، حیوی حقیقی محمدحسین، علی پور جهان پور. بررسی تطبیقی برنامه‌ی مدیریت خطر در مراقبت سلامت در کشورهای منتخب و ارایه‌ی الگو برای ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۶): ۸۹۴-۸۹۹.

مقدمه

بیماران رخ می‌دهد و شامل مشخص کردن حوادث نامطلوب، تحلیل علت، تخمین احتمال وقوع و اتخاذ اقدام مناسب جهت پیشگیری از این حوادث می‌باشد (۲).

مدیریت خطر سازمان را قادر می‌سازد تا وقایعی را که احتمال دارد در آینده نتایج نامطلوب و زیان‌بار ایجاد نمایند و شدت و چگونگی کنترل آن‌ها را پیش‌بینی نماید (۱).

مدیریت خطر در مراقبت سلامت در ابتدا به عنوان وسیله‌ای جهت کنترل شکایات در نظر گرفته می‌شد، اما به تدریج توجه به مشکلات زمینه‌ای بالینی باعث شد که مدیریت خطر استراتژی‌هایی را برای کاهش میزان شیوع آسیب و بهبود کیفیت درمان نیز دربرگیرد (۱). هدف مدیریت خطر در بخش سلامت، کاهش احتمال وقوع حوادث نامطلوبی است که برای

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

۴. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
Email: hayavi2005@gmail.com

نمونه انتخاب شدند.

بر اساس اهداف پژوهش، جداول تطبیقی تهیه و برنامه‌ی مدیریت خطر در سه سازمان با هم مقایسه گردید و تحلیل داده‌ها به صورت کیفی انجام شد. سپس الگوی اولیه‌ی آرایه و پس از دریافت نظرات متخصصان امر، اصلاحات لازم انجام و الگوی نهایی آرایه شد.

یافته‌ها

در این بررسی ۱۰۱ گزینه در ۵ محور، مورد مطالعه قرار گرفتند. جدول ۱ تعداد گزینه‌های موجود و میزان تطابق آن‌ها را با یکدیگر نشان می‌دهد.

پژوهش حاضر نشان داد که در سه نمونه‌ی مورد مطالعه، فرایند کلی مدیریت خطر و اصول مستندسازی وجوه اشتراک زیاد (به ترتیب ۵۹/۱ درصد و ۶۵/۲ درصد)، اصول اخذ رضایت آگاهانه تشابه کمتر (۳۲/۱ درصد) و عناصر اطلاعاتی فرم گزارش حادثه، تفاوت‌های زیادی (۵۳/۸ درصد) با یکدیگر دارند.

نتایج تطبیق فرایند کلی برنامه‌ی مدیریت خطر در مراقبت‌های سلامت نشان داد که سه نمونه‌ی مورد مطالعه وجوه اشتراک به نسبت زیادی با هم داشتند و هر سه بر تدوین آیین‌نامه‌هایی جهت کنترل نواحی پرخطر تأکید داشتند. استانداردهای NHS نسبت به دو نمونه‌ی دیگر شخص محور بود و بر مشخص شدن افراد دخیل در وقوع حادثه و افراد مسؤول در مدیریت حوادث تأکید داشت. کمیسیون مشترک نیز با توجه به ساختار نظام آرایه‌ی مراقبت درمان در آمریکا به مسأله‌ی امتیاز ویژه و شرایط اعطای آن به پزشکان توجه نموده است.

تطبیق وظایف مدیر اطلاعات سلامت در برنامه‌ی مدیریت خطر نشان داد که NHS نقش چندانی برای مدیر اطلاعات سلامت قایل نبود؛ اما JCAHO با توجه به سابقه‌ی مدیریت اطلاعات سلامت در آمریکا، نقش مهمی برای مدیر اطلاعات سلامت قایل بود. در ضمن MDAV هیچ جایگاهی برای مدیر اطلاعات سلامت در نظر نگرفته بود.

نتایج تطبیق اصول مستندسازی پرونده‌ی پزشکی و

مدیریت خطر احتمال دادخواهی و بی‌اعتمادی را به یک برنامه‌ی اولیه‌ی کنترل کیفیت تبدیل می‌کند (۲). مطالعات متعدد نتایج مثبت ناشی از اجرای برنامه‌ی مدیریت خطر را نشان داده‌اند. از جمله، مطالعه‌ی در یکی از بیمارستان‌های ملبورن نشان داد که با اجرای برنامه‌ی مدیریت خطر میزان وقوع حوادث نامطلوب برای بیماران بستری از ۱/۳۵ درصد به ۰/۷۴ درصد (کاهش مطلق ۶۱ درصدی) و برای بیماران اورژانس از ۳/۲۶ درصد به ۰/۴۸ درصد (کاهش مطلق ۷۸/۲ درصدی) کاهش یافت (۲).

در ایران نیز پژوهش‌هایی انجام شده است، ریاحی‌فر خطرات رایج بیمارستان‌ها را این گونه معرفی نموده است: «نقص تجهیزات، قطع درمان، بهره‌وری نامناسب از منابع، مرگ در حین عمل، نمونه‌گیری نامناسب پاپ اسمیر، خطا در دوز دارویی و حمله» (۳).

یارمحمدیان و همکاران دریافتند که بیشترین حالت بالقوه‌ی خطا در بخش مدارک پزشکی مربوط به واحد پذیرش و در زمینه‌ی عدم توانایی کارکنان پذیرش در بازخوانی دستور بستری است (۴).

پژوهش حاضر برنامه‌ی مدیریت خطر در مراقبت سلامت را در کشورهای منتخب مقایسه و در نهایت الگویی آرایه نمود.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ی توصیفی- تطبیقی بود که جامعه‌ی پژوهش آن برنامه‌ی مدیریت خطر در کشورهای آمریکا، انگلستان و استرالیا بود.

برنامه‌ی مدیریت خطر در سازمان خدمات سلامت ملی (NHS یا National health services) انگلستان به علت فراگیر بودن حوزه‌ی عملکرد، کمیسیون مشترک ارزیابی مؤسسات مراقبت سلامت (JCAHO یا Joint commission on accreditation of health care organizations) به علت آرایه‌ی استانداردهای کاربردی و انجمن پزشکی دفاعی ویکتوریا (MDAV یا Medical defenses association of victoria) به دلیل عملکرد تخصصی در حوزه‌ی مدیریت خطر به عنوان

سازمان‌های مورد مطالعه و ساختار نظام ارایه‌ی درمان در ایران مد نظر بوده است.

الگوی پیشنهادی برای فرایند کلی مدیریت خطر در مراقبت سلامت، شامل ۹ گزاره است که عبارت از ۱. ایجاد سیستم شناسایی حوادث نامطلوب، ۲. رسیدگی به حوادث مهم بالینی، ۳. برقراری ارتباط نزدیک بین بیمار و درمانگران، ۴. تدوین برنامه‌ی آموزش مداوم برای متخصصان، ۵. به کارگیری حسابرسی بالینی، ۶. اتخاذ تدابیری برای اطمینان از اجرایی شدن برنامه، ۷. تدوین برنامه‌ی کنترل عفونت، مدیریت دارو، مدیریت خون و مدیریت ایمن‌سازی، ۸. تهیه‌ی دستورالعملی برای عملکرد صحیح اورژانس و ۹. استفاده از بیمه می‌باشند.

ریاحی‌فر در پژوهش خود پیشنهاد نمود که برای دستیابی به مدیریت مطلوب خطر، نسبت به ایجاد یک سیستم گزارش‌گیری از داخل بیمارستان اقدام گردد (۳). آموزش مداوم پزشکان، اقدامی مهم در پیشگیری از خطاهای پزشکی است (۵). حسابرسی بالینی با مدیریت خطر رابطه‌ای نزدیک و تکمیلی دارد (۱). نظارت بر اجرای هر برنامه، یکی از وظایف اصلی مدیر می‌باشد (۶). تدوین آیین‌نامه جهت مدیریت مناطق پرخطر و استفاده از بیمه‌ی مسؤولیت، هسته‌ی اصلی برنامه‌ی مدیریت خطر را تشکیل می‌دهد (۷، ۱).

مدارک سلامت نشان داد که اصول مستندسازی هر سه نمونه، جوانب مشترک زیادی با هم داشته‌اند و بیشترین وجوه مشترک مربوط به این هدف است.

نتایج تطبیق اصول اخذ رضایت آگاهانه نشان داد که برنامه‌ی NHS و MDAV بر پایه‌ی ارایه‌ی اطلاعات تا زمان ارایه‌ی درمان و اقدام پیشنهادی بنا شده بود، اما کمیسیون مشترک به ارایه‌ی اطلاعات پس از انجام درمان نیز توجه کرده بود.

نتایج تطبیق عناصر اطلاعاتی فرم گزارش حادثه نشان داد که عناصر اطلاعاتی فرم گزارش حادثه استانداردهای NHS توجهی به موارد اطلاعاتی درباره‌ی شخص آسیب دیده و مؤسسه نداشت و بر ثبت اطلاعات درباره‌ی ماهیت حادثه و برخی نکات رایج مستندسازی تأکید داشت. اما برنامه‌ی ارایه شده‌ی MDAV با تأکید کمتر بر اطلاعات جمعیت شناختی بیمار و اصول مستندسازی بر ذکر مشخصات پزشک و مؤسسه و شرح ماهیت و عوارض حادثه تأکید داشت. استانداردهای NHS و برنامه‌ی MDAV تفاوت کلی با یکدیگر داشتند و به جز در شرح ماهیت و عوارض حادثه، هیچ اشتراکی با یکدیگر نداشتند.

بحث

در ارایه‌ی الگو توزیع فراوانی گزینه‌های موجود در برنامه‌ی

جدول ۱: تعداد و درصد فراوانی گزینه‌های موجود در برنامه‌ی سازمان‌های مورد مطالعه

محور پژوهش	گزاره‌های مشترک بین سه نمونه		گزاره‌های مشترک بین دو نمونه		گزاره‌های اختصاصی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فرایند کلی مدیریت خطر	۸	۳۶/۴	۵	۲۲/۷	۹	۴۰/۹	۲۲	۱۰۰
نقش مدیر اطلاعات سلامت	—	—	۷	۶۳/۶	۴	۳۶/۴	۱۱	۱۰۰
اصول مستندسازی	۷	۳۰/۴	۸	۳۴/۸	۸	۳۴/۸	۲۳	۱۰۰
اصول اخذ رضایت آگاهانه	۷	۳۶/۸	۱	۵/۳	۱۱	۵۷/۹	۱۹	۱۰۰
داده‌های فرم گزارش حادثه	۲	۷/۷	۱۰	۳۸/۵	۱۴	۵۳/۸	۲۶	۱۰۰
جمع	۲۴	۲۳/۸	۳۱	۳۰/۷	۴۶	۴۵/۵	۱۰۱	۱۰۰

دانیالی و کشتکاران ذکر اطلاعات هویتی بیمار، ثبت هویت و امضای مستندسازان، واضح و خوانا بودن اطلاعات، پرهیز از کاربرد اختصارات و ثبت دقیق اطلاعات درباره‌ی بیهوشی و جراحی را لازم می‌دانند. ایشان بر ثبت دقیق شرح حال بیمار، معاینات پزشکی، تشخیص‌های اولیه و ثانویه، دستورهای کادر درمانی، طرح درمانی و آموزش‌های ارائه شده به بیمار تأکید دارند. با توجه به اهمیت اطلاعات بیماران اورژانس، ثبت اطلاعات و مستندات مربوط، کمک شایانی به پزشک و مؤسسه در دفاع از خود می‌نماید (۱۱).

Skurka دستورالعملی را برای تصحیح اشتباهات مستندسازی ارائه داده است (۱۰). ثبت تصورات و خطاهای پزشکی در پرونده، مؤسسه را قادر به تصمیم‌گیری به‌نگام درباره‌ی حادثه می‌نماید (۱۲).

الگوی پیشنهادی برای اصول اخذ رضایت آگاهانه شامل ۱۰ گزاره است که عبارت از ۱. اخذ رضایت توسط متخصص، ۲. بیان درمان‌های انتخابی، ۳. ارائه‌ی اطلاعات متناسب با درک بیمار، ۴. بیان منافع و خطرات درمان پیشنهادی، ۵. بیان جایگزین‌های درمان پیشنهادی و خطرات و منافع آن‌ها، ۶. معرفی منابعی به بیمار جهت دریافت اطلاعات بیشتر، ۷. بیان مدت زمان مورد انتظار برای بهبودی، ۸. بیان پیامدهای عدم انجام درمان، ۹. مشخص کردن هزینه‌ی درمان و ۱۰. ارائه‌ی فرصت مناسب به بیمار برای تصمیم‌گیری و پرسیدن سؤالات خود می‌باشند.

تعریف رضایت آگاهانه بر ارائه‌ی اطلاعات، بیان درمان‌های انتخابی، بیان منافع و خطرات درمان پیشنهادی و جایگزین‌های این درمان و منافع و خطرات آن‌ها تأکید دارد (۷). در ضمن فقط پزشک می‌تواند رضایت بگیرد و باید منابعی را جهت اطلاعات بیشتر به بیمار معرفی کند و به بیمار برای فکر کردن و بیان سؤالات خود فرصت دهد (۱۳). بیان مدت زمان مورد انتظار برای بهبودی و پیامدهای عدم انجام درمان نیز در مفهوم بیان منافع و خطرات اقدام نهفته است.

الگوی پیشنهادی برای عناصر اطلاعاتی موجود در فرم گزارش حادثه شامل ۸ گزاره است که عبارت از ۱. تعیین نوع رابطه‌ی شخص آسیب دیده با مؤسسه، ۲. ثبت نام، نام

الگوی پیشنهادی جهت شرح وظایف مدیر اطلاعات سلامت در برنامه‌ی مدیریت خطر شامل ۹ گزاره است که عبارت از ۱. کسب اطمینان از قابلیت دسترسی، یکپارچگی و محرمانگی اطلاعات، ۲. مدیریت ارابه و افشای اطلاعات، ۳. نظارت بر رعایت موارد فوق از سوی پرسنل، ۴. گزارش‌دهی حوادث به مراجع مربوط، ۵. عضویت در کمیته‌ی مدیریت خطر، ۶. ارزیابی کمی پرونده، ۷. ارزیابی کیفی پرونده، ۸. کسب اطمینان از مستندسازی فرایند اخذ رضایت آگاهانه و ۹. تحلیل و نمایش داده‌ها می‌باشند.

استانداردهای انجمن مدیریت اطلاعات سلامت آمریکا (American health information management association یا AHIMA) بر نظارت مدیر اطلاعات سلامت بر کیفیت داده‌ها و اطلاعات، مدیریت ارابه‌ی اطلاعات، ارزیابی کیفی و کمی پرونده و مستندسازی رضایت آگاهانه تأکید دارد (۸). برای ایجاد پایگاه داده و مقایسه‌ی اطلاعات بین مراکز مختلف باید جهت گزارش‌دهی این حوادث به یک مرجع دارای صلاحیت اقدام کرد (۱). یکی از وظایف کمیته‌ی خطر، اطمینان از گزارش‌دهی حوادث از سوی کادر درمانی است، بنابراین عضویت مدیر اطلاعات سلامت در کمیته‌ی خطر، به عنوان بخشی از الگو پیشنهاد می‌شود (۹). تحلیل و نمایش داده‌های مربوط نیز از وظایف واحد آمار بخش مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشد (۱۰).

الگوی پیشنهادی برای اصول مستندسازی پرونده‌ی پزشکی و مدارک سلامت در برنامه‌ی مدیریت خطر، شامل ۱۴ گزاره است که عبارت از ۱. ذکر مشخصات دقیق بیمار و مستندگران، ۲. مستندسازی ارزیابی‌های انجام شده از بیمار، ۳. مستندسازی طرح درمانی، ۴. مستندسازی دستورات درمانی و تشخیصی، ۵. ذکر تشخیص‌های مراقبتی، ۶. واضح و خوانا بودن موارد ثبت شده، ۷. عدم به کارگیری اختصارات، ۸. ثبت دقیق تاریخ، زمان و مدت بیهوشی، ۹. ثبت دقیق یافته‌های عمل جراحی، ۱۰. ثبت خطاهای پزشکی، ۱۱. مستندسازی مکالمات تلفنی، ۱۲. تصحیح اشتباهات مستندسازی طبق دستورالعمل، ۱۳. مستندسازی راهنمایی‌های ارائه شده به بیمار و ۱۴. ثبت مستندات بیماران اورژانسی و تصادفی می‌باشند.

می‌کند (۱۶، ۱).

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که با وجود وجوه اشتراک فراوان در اصول اساسی مدیریت خطر، مسؤولان هر نمونه به نیازها و زیر ساخت‌های ارایه‌ی مراقبت در کشور خود توجه کرده‌اند و توجه داشته‌اند که برنامه‌ی مدیریت خطر باید برنامه‌ای جامع، فراگیر و از همه مهم‌تر قابل اجرا باشد. برای دستیابی به این هدف، نمونه‌های مورد بررسی، این برنامه را به عنوان یک راهبرد سازمانی در نظر داشتند و سعی داشتند تا سیاست‌ها و اقدامات لازم را برای نیل به آن، به صورت هماهنگ و یکپارچه و با رویکردی خاص به مدیریت اطلاعات انجام دهند.

خانوادگی، جنسیت و سن شخص آسیب دیده، ۳. درج نام مؤسسه و مشخصات پزشک معالج، ۴. تعیین وجود یا عدم وجود راهکارهای امنیتی، ۵. تاریخ، زمان و محل وقوع حادثه، ۶. شرح عوارض حادثه، ۷. مشخصات و امضای تهیه‌کننده‌ی گزارش و ۸. تاریخ تهیه‌ی گزارش می‌باشند. عناصر اطلاعاتی اصلی شامل مشخصات شخص آسیب دیده، ماهیت و عوارض حادثه، محل، تاریخ و زمان وقوع حادثه، نوع درمان ارایه شده، تاریخ تهیه‌ی گزارش، مشخصات تهیه‌کننده‌ی گزارش و وجود راهکارهای امنیتی، در الگو مد نظر قرار گرفتند (۱۴-۱۵). تعیین رابطه‌ی فرد با مؤسسه به شناسایی الگوهای خطر و مشخص بودن نام مؤسسه و نام پزشک به مشخص کردن مراکز پر خطر کمک

References

1. Vincent C. Clinical risk management. London: BMJ; 1995. p. 36-79.
2. 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.
3. Riyahi Far M. A Comparative Study of Risk Management Models in Iran's Hospital and Compare with Global Standards [Thesis]. Tehran: Science and Research Branch of Tehran, Islamic Azad University; 2000.
4. Yarmohammadian M, Tofighi S, Saghaiannejad Esfahani S, Naseri Booriabadi T. Risks involved in medical records processes of Al-Zahra hospital. *Health Information Management* 2007; 4(1): 51-9.
5. Mahmoodi A. Assemblage of Articles in Medico legal. Tehran: Hoghooghi Publication; 1999. p. 115-8.
6. William CA, Heinz R. Risk Management. Trans. Venus D, Goodarzi H. Tehran: Tehran University Management School Publishing; 2002. p. 7-39.
7. Flight M. Law, liability, and ethics for medical office professionals. 3rd ed. London: Delmar Publishers; 1998. p. 204-13.
8. Meydani Z. Comparative Study of Medical Records Standards in Selected Countries with Iran [Thesis]. Tehran: School of Management and Communication, Iran University of Medical Science; 2003.
9. Hajavi A. Medical Records. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publication; 2006. p. 130-6.
10. Skurka MF. Health information management: principles and organization for health record services. 3rd ed. Chicago: AHA Press; 1998. p. 56-62.
11. Daniyali A, Keshtkaran A. Management of Medical Record Department from Design to Act. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences Publication; 2001. p. 121-30.
12. Davis N, LaCour M. Introduction to health information technology. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. p. 104-6.
13. Young AP, Cooke M. Managing and implementing decisions in health care. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2002. p. 110-21.
14. Steele C. An introduction to clinical risk management [Online]. 2006 [cited 2006 Jun 23]; Available from: URL: http://www.optometry.co.uk/uploads/articles/adf9ee620f67279d4ada36660d959c7b_steele20020125.pdf/
15. Kuhn AM, Youngberg BJ. The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(2): 158-62.
16. Clinical Risk Management [Online]. 2006 [Cited 2006 Sep 21]; Available from: URL: www.rch.org.au/quality_rwh/crm.cfm?doc.id/

A Comparative Study of Healthcare Risk Management Programs in Selected Countries and Suggesting a Model for Iran*

Maryam Ahmadi, PhD¹; Ali Maher, PhD²; Mohammad Hossein Hayavi Haqiqi³;
Jahanpour Alipour⁴

Abstract

Introduction: The goal of every healthcare risk management program is to reduce the possibility of undesired events for patients. Such programs include identifying undesired events, analyzing their causes, estimating the possibility of outbreak and their results and taking proper actions to prevent their recurrence. The goal of this study was to compare healthcare risk management programs in selected countries and to propose a model for Iran.

Methods: This descriptive-comparative study included England, the USA and Australia. National Health Services (NHS), Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) and Medical Defenses Association of Victoria (MDAV) were selected as samples (because of functionality scope). Available information through the Internet, email and library references were used to collect data. Data was analyzed by comparative tables and descriptive statistical methods. The final model was prepared based on the performed analyses and after obtaining the viewpoints of related specialists.

Results: There were numerous common points between the risk management process and documentation principles while few were observed in informed consent gathering principles. On the other hand, many differences were found among data elements in incident report forms. JCAHO gave more roles to medical record managers.

Conclusion: Despite common points in risk management principles, each sample had mainly focused on needs and infrastructures of care delivery in their country.

Keywords: Risk Management; Healthcare; Information Management.

Type of article: Short article

Received: 11 Mar, 2009

Accepted: 31 Jul, 2010

Citation: Ahmadi M, Maher A, Hayavi Haqiqi MH, Alipour J. **A Comparative Study of Healthcare Risk Management Program in Selected Countries and Suggesting a Model for Iran.** Health Information Management 2012; 8(6): 899.

* This article was extracted from an MSc Thesis.

1. Associate Professor, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Lecturer, Medical Records, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbass, Iran. (Corresponding Author)
Email: hayavi2005@gmail.com

4. Lecturer, Medical Records, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbass, Iran.