

سازمان دهی و سیاست گذاری عامل کلیدی برای استقرار نظام مدیریت خطرات بالینی بیمارستان‌ها

امیر اشکان نصیری پور: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:

nasiripour@srbiau.ac.ir

محمدرضا ملکی: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

پوران رئیسی: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مرضیه جوادی: دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: وجود خطرات و تهدیدات مرتبط با فرآیند مراقبت موضوع غیر قابل اجتناب در محیط‌های ارائه خدمات مراقبت سلامت است. پذیرفتن این امر به معنای رها نمودن و وقوع ریسک و جایز شمردن خطاهای پزشکی و پرستاری نیست بلکه به معنای پذیرفتن مشکل به منظور ارائه راهکارهای اجرایی در به حداقل رسانیدن ریسک‌ها در فضای ارائه مراقبت‌های سلامت است. سازمان دهی و سیاست‌های سازمان عنصر مهم و اولیه در فرآیند مدیریت خطرات بالینی به شمار می‌رود. بدیهی است عملیاتی شدن فعالیت‌های مدیریت خطر و نهادینه ساختن اصول ایمنی در سازمان از طریق ایجاد تشکیلات سازمانی و تاکید و توجه بر خط مشی‌ها و سیاست‌های سازمانی امکان پذیر است. این مطالعه به منظور شناسایی عامل سازمان دهی و سیاست گذاری و متغیرهای اثرگذار آن در الگوی مدیریت خطرات بالینی در بیمارستان‌های ایران تنظیم گردیده است.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش کاربردی چند مرحله‌ای است که به صورت مقطعی انجام شده است. به منظور تدوین الگوی مدیریت خطرات بالینی از مرور و بررسی متون معتبر مدیریت خطر در بخش سلامت استفاده شد. مدل‌های مذکور به طور دقیق بررسی و در قالب جداول تطبیقی با یکدیگر مقایسه و منطبق شدند. و حدود ۶۲ متغیر اولیه استخراج شد و در قالب یک پرسشنامه با یک گروه ۲۰ نفره متشکل از پرستاران و پزشکان اعتباریابی شد. پرسشنامه نهایی با ۴۰ متغیر مورد تایید گروه مذکور قرار گرفت. تایید نهایی الگو از طریق توزیع ابزار مطالعه در بین جامعه مطالعاتی در قالب نمونه‌ای ۲۱۵ نفری که با استفاده از روش خوشه‌ای و تصادفی انتخاب شده بودند و همچنین استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد.

نتایج: در این بررسی در بین عوامل مختلف الگوی استقرار مدیریت ریسک‌های بالینی، تحلیل عاملی اکتشافی سوال‌ها با چرخش واریماکس عامل سازمان دهی و سیاست گذاری را با نوزده آیم نشان داد. این عامل در الگوی مدیریت خطرات بالینی در مجموع ۲۵/۳٪ از واریانس‌ها را تبیین نمود. بار عاملی متغیرهای این عامل در دامنه مطلوبی از ۰/۷ تا ۰/۵ قرار داشت که نشان دهنده تناسب مطلوبیت این متغیرها از دیدگاه جامعه مطالعاتی بوده است.

نتیجه گیری: مهم‌ترین متغیر در عامل سازمان دهی و سیاست گذاری "بهترین مراقبت از بیمار به عنوان یک چشم انداز مشترک در سازمان پذیرفته شود" با بار عاملی ۰/۷۳۹ و کم اهمیت‌ترین متغیر "تاثیرگذاری نحوه عملکرد بالینی تیم درمان در پرداخت‌های مالی به آنان" با بار عاملی ۰/۵۴۸ بود.

واژگان کلیدی: مدیریت خطرات بالینی، سازمان دهی، سیاست گذاری، ایمنی، بیمارستان

مقدمه

تامین کیفیت خدمات یک چالش جهانی و تلاش مداوم نظام‌های سلامت است. تلاش‌هاست که مسئول بودن یک نظام سلامت را نشان می‌دهد. انتظار همه آحاد جامعه آن است که خدمات سلامت با حداکثر کیفیت ارائه شوند. حداکثر کیفیت به مفهوم گسترده‌ای اشاره دارد و جنبه‌های متعددی از جمله اثر بخشی خدمت، مصرف بهینه منابع، ارائه عادلانه خدمات، مدیریت خطرات برای بیمار و کارکنان، را در بر می‌گیرد (Khalighinejad 2008).

در عین حال تامین مراقبت‌های سلامت یک وظیفه حساس و خطیر است و فرآیند ارائه خدمات سلامت الزاماً "خطراتی برای بیمار، درمانگر و برای سازمان ارائه دهنده دارد (Joint standards Australia 2004).

بخش سلامت به دلیل ویژگی‌های ذاتی خود خطرات مختلفی را تجربه می‌کند. این ویژگی‌ها به طور عمیقی آن را از سایر بخش‌ها متمایز می‌سازد (Reason 2002). به عبارت دیگر سیستم سلامت متشکل از فرآیندهایی است که با متغیرهای مختلفی در هم آمیخته است (اختصاصی بودن شرایط و ویژگی‌های هر بیمار، پیچیدگی اقدامات و مداخلات درمانی، مدل‌ها و روش‌های مدیریتی مختلف). ویژگی‌های کارکردی بخش سلامت الزام و ضرورت توجه به خطرات بالقوه در این بخش را دو چندان می‌کند. تنوع و چندگونگی عملیات و اقدامات و تجهیزات، تکرارناپذیری موارد اضطراری، درجه نا اطمینانی و آسیب‌پذیری بیماران در استفاده از خدمات و مهمتر از همه اینکه برخلاف سایر بخش‌ها که تعداد کمی افراد به تعداد زیادی از کاربران خدمت می‌کنند در بخش سلامت این ارتباط فرد به فرد است (Bellandi 2007).

خطر یعنی احتمال اینکه فردی به عارضه ناخواسته دچار آسیب شود (Joint standards Australia 2004).

ایجاد فضایی ایمن برای انجام فعالیت‌های بالینی یکی از چالش‌های مهم سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت به شمار می‌رود و این سازمان‌ها باید به نحو موثری بتوانند مبحث ایمنی را در فعالیت‌های سازمانی خود ادغام نمایند. این امر با بهره‌گیری از یک دیدگاه جامع و به کارگیری فرآیند مدیریت ریسک میسر است (Kohn et al. 2000).

بر اساس تعریف شورای مشترک اعتبار بخشی آمریکا Joint commission on Accreditation of Healthcare (JCAHO) مدیریت ریسک در بخش سلامت هرگونه فعالیت بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان تعریف شده است (JCAHO 2007).

مدیریت ریسک برای سازمان‌های بهداشتی درمانی موضوعی نیست که تازه مورد توجه قرار گرفته باشد. زیرا شواهد موجود حاکی از آن است که در حدود ۴۰۰۰ سال قبل حمورابی پادشاه بابل قوانین تنبیهی شدیدی مطرح کرد که به موجب آن اگر پزشکی موجب آسیب رساندن به چشم بیماری می‌شد انگشتان دستش را می‌بریدند (Sadaghiani 2006).

مدیریت ریسک در صنایع و بخش عمومی سابقه زیادی دارد و اقدامات ارزشمندی در بخش‌هایی از جامعه همچون صنایع هوایی و نظامی و در حوزه‌های علمی همچون بهداشت حرفه‌ای و بخش‌های دیگر انجام شده است اما با وجود خطرات متعدد در این حوزه، از سابقه توجه نظام‌مند به ریسک‌های موجود در بخش سلامت و توجه به مدیریت کردن خطرات در بخش سلامت یک دهه بیشتر نمی‌گذرد (Kohn et al. 2000). خطرات و مشکلات بالقوه زیادی در زمینه ایمنی بیمار در حین انجام مراقبت‌های بهداشتی اتفاق می‌افتد که برخی از آنها به دلیل ماهیت خاص این حوزه اجتناب‌ناپذیرند به عبارت دیگر برخی از خطرات حوزه سلامت و خطراتی که مشاغل بهداشتی درمانی را تهدید می‌کند ذاتی هستند (Helen and Trenor 2000).

بر می‌گیرد فعالیت‌هایی همچون تدوین بیانیه و خط مشی، آموزش و توسعه کارکنان، هماهنگی و مدیریت کردن کمیته‌های مدیریت ریسک در بیمارستان ارزیابی برنامه‌های مدیریت ریسک توسعه و به روز رسانی اهداف (Sedwick 2003). از دیدگاه کازیرر سازمان دهی مدیریت ریسک به معنای ساختار سازمانی است که عملیات مدیریت خطرات بالینی را حمایت میکند از دیدگاه وی سازمان دهی مدیریت ریسک حول سه محور اصلی حمایت تیم حاکمیتی بیمارستان، انتصاب مدیر ریسک، و درگیر نمودن کارکنان شکل می‌گیرد (Cassirer 2003). همچنین علاوه بر وجود تشکیلات سازمانی جهت‌دهی و تضمین فعالیت‌های مدیریت خطرات بالینی مستلزم سیاست گذاری و اعمال خط مشی‌های سازمانی در این حوزه است به گونه‌ای که در مدل‌های مختلف مدیریت خطرات بالینی مورد مطالعه، این موضوع مورد تاکید است. در برخی از این الگوها سیاست‌گذاری با مفاهیم فرهنگ سازمانی یکجا دیده شده است مثلاً در الگوی (Alan 2005) در بین عوامل موثر بر مدیریت ریسک در یک بخش کودکان بیمارستانی در شفیلد انگلستان به موضوع توسعه فرهنگ ایمنی و ممیزی فعالیت‌ها بر مبنای استانداردها اشاره شده است. در برخی الگوها نیز سیاست‌ها و خط مشی‌های سازمانی تحت عنوان "بعد قانونی" موثر بر مدیریت خطرات بالینی دیده شده است (Western Australian department of health 2005). در برخی از الگوها نیز تحت عنوان "چارچوب داشتن و اعمال حاکمیت بر خدمات پزشکی" از آن یاد شده است (Wilson and Taylor 2011) همچنین در مدل مدیریت خطرات بالینی (ASHRM) American Society for Health Care Risk Management توجه به سازمان دهی تحت عنوان فعالیت‌های عملکردی مدیریت ریسک و سیاست‌گذاری تحت عنوان توجه به قوانین موضوعه و مقررات اعتبار بخشی تاکید شده است. در الگوی دیگری از ASHRM این دو موضوع در قالب یک مفهوم و تحت عنوان چارچوب

باید در نظر گرفت که خطا جزء جدایی‌ناپذیر ماهیت انسان و فعالیت انسانی است (Verbano and Turra 2010). اما به هر حال این ریسک‌ها باید مدیریت شده و تا حد امکان کاهش داده شوند. در برخی از کشورها وسازمان‌های معتبر سلامت در دنیا برای مدیریت نمودن این خطرات در نظام سلامت برنامه‌هایی را ارایه و به اجرا در آورده اند.

مدیریت خطر در بخش سلامت اقدامات مختلفی را شامل می‌شود که به منظور بهبود کیفیت و تضمین ایمنی بیماران انجام می‌شود (Verbano and Turra 2010). بررسی اجمالی الگوهای مدیریت ریسک مورد اجرا در سازمان‌های متعدد بیانگر این حقیقت است که مدیریت کردن خطرات موجود در فضای مراقبت‌های سلامت میسر نیست مگر از طریق یک برنامه جامع و هماهنگ. در واقع برای آغاز نمودن مسیری که بتواند کلیه خطرات بالینی در فضای مراقبت‌های سلامت را کنترل و کاهش دهد لازم است الگویی منسجم که با سازمان دهی و تنظیم تشکیلات سازمانی را متناسب می‌سازد، ازسوی دیگر برنامه‌های مدیریت شده‌ای برای پیشگیری و عدم وقوع آسیب و تضمین ایمنی فرآیند مراقبت از بیمار تدوین نموده و همچنین فرآیند مشخص، نظام‌مند و منسجمی برای پیگیری و جبران خسارت و احقاق حقوق شاکیان و آسیب دیدگان احتمالی تعریف می‌نماید و نهایتاً این که همه این اقدامات و فعالیت‌ها از طریق یک برنامه مالی و بودجه مشخصی حمایت و به اجرا در می‌آید (Sedwick 2003; Casirrer 2003; Western Australian department of health 2006) بر این اساس سازمان دهی یا چارچوب سازمانی یا چارچوب عملیات سازمانی و یا واژه‌های دیگری که ممکن است جایگزین این واژه باشند بیانگر این هستند که تقریباً در بیشتر مدل‌های مدیریت ریسک سازمان‌دهی و قوانین سازمانی از عناصر مهم مدیریت خطرات بالینی هستند. این مفهوم همه فعالیت‌هایی که برای مدیریت کردن یک واحد مدیریت ریسک لازم است را در

سلامت (Ravanipour et al. 2004). خطرات کمپوست تهیه شده از مواد زاید شهری (Bidhendi and Daryabeigi 2004)، خطرات زیست محیطی (Abbaspour et al. 2003) و ارزیابی خطرات احتمالی در محیط های کاری مختلف (Alizadeh et al. 2005; Yarmohammadian et al. 2006) به دست آمد که عموماً بر حوزه های پراکنده خطرات در محیط های کاری و در جامعه پرداخته اند و در مورد الگوها یا ساختاری که بتواند کردن ریسک های متنوع مراکز ارایه مراقبت های سلامت را مدیریت کند سخنی به میان نیامده است. معمولاً کشورهای در حال توسعه و به ویژه کشور ما به جز چند دستورالعمل عملیاتی برای اجرای جراحی ایمن، تزیینات ایمن، دست شستن در انجام اقدامات درمانی و اقداماتی به منظور کنترل عفونت، فعالیت های نظام مند برای مدیریت نمودن این ریسک ها انجام نشده است. در حال حاضر با انجام برنامه های که وزارت بهداشت و درمان در جهت اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان ها شروع نموده و مطرح شدن مولفه های مختلف حاکمیت بالینی و از جمله مدیریت ریسک نیازمند به انجام پژوهش هایی در جهت تکمیل اقدامات اجرایی و تامین زیرساخت های علمی و آکادمیک در این موضوع است. انجام این پژوهش می تواند به شناخت و پی ریزی یک سیستم موثر و منسجم مدیریت خطرات بالینی در کشور منجر شده که نهایتاً بهبود عملکرد در نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت. براین اساس این مطالعه به منظور تبیین و تایید عناصر تشکیل دهنده الگوی مدیریت خطرات بالینی با تاکید بر عامل سازمان دهی و سیاست گذاری انجام شده است.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش کاربردی چند مرحله ای است که به صورت مقطعی انجام شده است. تبیین عناصر زیر مجموعه سازمان دهی مدیریت خطرات بالینی از طریق مرور

سازمانی مدیریت ریسک عملیاتی شده است (Cassirer 2003).

در این مطالعه به منظور شناسایی متغیرهای متشکله یا سازه های زیربنایی عامل سازمان دهی سیاست گذاری از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. این روش در تحقیقات اجتماعی و علوم انسانی کاربرد زیادی دارد. معمولاً در تحقیقات اجتماعی و انسانی با حجم زیادی از متغیرها روبرو هستیم از طرفی محقق برای تحلیل بهتر و دقیق تر داده ها و رسیدن به نتایجی علمی تر و در عین حال عملیاتی تر به دنبال آن است که حجم داده ها را کاهش دهد و ساختار جدیدی براساس فضای مفهومی دیگری غیر از آن چه در چارچوب نظری در نظر گرفته است به تفسیر و تحلیل نتایج بپردازد. یکی از کاربردهای این روش شناسایی ماهیت سازه های زیربنایی مجموعه ای از متغیرها در یک حوزه مفهومی است (Garson 2001). در این روش از تعداد زیادی متغیر آشکار شمار معدودی عامل بیرون کشیده شود که هر یک از این عوامل از روی متغیرها و معنی آنها تفسیر می شوند (Habibpour and Safari 2011). براساس این روش متغیرهای شناسایی شده در این مطالعه با توجه به معنا و مفهوم شان تحت عنوان عامل سازمان دهی و سیاست گذاری نامیده شدند.

آنچه مسلم است این که در بخش سلامت کشور ما نظام منسجم و مشخصی برای توجه به خطرات و خطاها وجود نداشته و مطالعات انجام شده در حوزه خطر عمدتاً در قالب مطالعات توصیفی و به منظور بررسی وضعیت بوده آن هم نه در فضاهای خاص ارایه مراقبت های سلامت بلکه در بخش های جانبی که حاشیه های خطر محسوب می شوند و البته این که در مطالعات موجود رویکرد سیستماتیک به مدیریت خطرات بالینی سلامت وجود ندارد. در بررسی بانک های اطلاعاتی در حوزه سلامت و جستجو مورد خطرات نظام سلامت به نمونه های مختلفی از قبیل خطرات شغلی (Ayatollahi 2006)، تاثیر خطرات محیطی بر

از مؤلفه های اصلی، و روش چرخش متعامد از نوع واریماکس استفاده شد. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی اسکری وارزش ویژه بالاتر از یک بود. سرانجام با استناد به نتایج معنادار ($p < 0/001$)، (آزمون کیزر مایر - الکین) ($KMO = 0/94$) و کرویت بارتلت = ۴۵۹۱ عامل سازمان دهی و سیاست گذاری مدیریت خطرات بالینی در ۱۹ متغیر بارگذاری شد.

نتایج

در این مطالعه به طور کلی ۱۹۱ پرسشنامه (۸۹٪) تکمیل شد از این تعداد ۱۹/۲٪ افراد آکادمیک، ۲۲/۴٪ پزشک و ۵۸/۳٪ نیز پرستار بوده اند.

سایر یافته های این مطالعه به شرح زیر است:

یافته ها همچنین نشان داد نظرات سه گروه مورد اشاره همگن نبوده و اختلافاتی وجود دارد. آزمون آماری ANOVA به منظور بررسی تفاوت نظرات سه گروه انجام و نشان داد تفاوت معناداری بین نظرات سه گروه مذکور وجود دارد. بر این اساس بالاترین میانگین نظرات مربوط به گروه آکادمیک بوده است. جدول ۲ نتایج این آزمون را نشان می دهد.

برای تحلیل عوامل پرسشنامه مدیریت خطرات بالینی از روش های تحلیل عاملی اکتشافی، مؤلفه های اصلی، و روش چرخش متعامد از نوع واریماکس استفاده شد. یافته ها نشان داد که طیف متنوعی از متغیرها (۱۹ متغیر) تحت عنوان یک عامل بارگذاری شدند با بررسی و تجزیه و تحلیل این سازه ها از یک سو و در نظر گرفتن چارچوب نظری مطالعه و همچنین سایر الگوهایی که به مدیریت خطرات بالینی پرداخته اند این ۱۹ آیتم تحت عنوان عامل سازمان دهی و سیاست گذاری نامیده شد. و با استناد به نتایج معنادار ($p < 0/001$) (آزمون کیزر مایر - الکین) ($KMO = 0/94$) و کرویت بارتلت = ۴۵۹۱ عامل سازمان دهی و سیاست گذاری مدیریت خطرات بالینی با ۱۹ متغیر یا آیتم تایید شد. نتایج

و بررسی متون معتبر مدیریت خطر در بخش سلامت انجام شد. با توجه به اینکه موضوع مدیریت خطرات بخش سلامت و به ویژه خطرات بالینی سابقه چندانی نداشته و معدود کشورها الگوی تئوریک و عملیاتی برای آن ارائه داده بودند تعداد ۵ الگوی منسجم و قابل استناد شامل: الگوی کازیر، الگوی دپارتمان سلامت استرالیای غربی/نیوزیلند، الگوی انجمن مدیریت خطر کشور آمریکا (ASHRM) الگوی کمیته مشترک تحول در خدمات سلامت (روزان و کارول)، الگوی کازیر و الگوی پژوهشگران دانشگاه هاروارد همچنین الگوی موسسه آموزشی مطالعات مدیریت آمریکا مبنای مطالعه قرار گرفت.

در مرحله اول مدل های مورد اشاره به طور دقیق بررسی و عوامل عناصر هر یک به طور جداگانه مرور شد با توجه به برداشت و ادراک پژوهشگر در مرحله اول ۶۲ متغیر به عنوان ابزار اولیه پژوهش تهیه و با یک تیم ۴۰ نفره متشکل از پرستاران و پزشکان و اعضا هیات علمی گروه های مدیریت خدمات بهداشتی و مدیریت اطلاعات بهداشتی اعتباریابی شد. در مرحله دوم با احتساب میانگین نمرات و همچنین آلفای کرونباخ سوالات پرسشنامه مذکور تعدیل و در نهایت ابزار پژوهش با ۴۰ متغیر تنظیم گردید. بدین ترتیب ابزار پژوهش با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تایید شد. گزینه های این پرسشنامه طوری تنظیم شد که دیدگاه فرد را در مورد هر پرسش روی یک مقیاس ۵ درجه ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) مشخص کند. جامعه پژوهش در این مرحله از مطالعه پرستاران و پزشکان و افراد صاحب نظر از گروه های مدیریت خدمات بهداشتی و مدیریت اطلاعات دانشگاه بود. حجم نمونه ۲۱۵ نفر بود که به صورت خوشه - ای از سه بیمارستان واقع در سه استان مرکز شمال و غرب ایران (اصفهان، گیلان، و کرمانشاه) صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله سوم به منظور تبیین عامل سازمان دهی و سیاست گذاری و متغیرهای زیر مجموعه آن از روش تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. در تحلیل عاملی اکتشافی

خطرات بالینی کازیرر (Casirrer 2003) تحت عنوان برنامه سازمانی مدیریت خطر و در الگوی سدویک (Sedeick 2003) تحت عنوان فعالیت‌های عملیاتی یا عملکردی مدیریت خطر تنظیم گردیده‌اند.

این عامل در واقع همه فعالیت‌هایی که برای مدیریت کردن واحد مدیریت خطر لازم است را در بر می‌گیرد بر اساس دیدگاه ASHRM (انجمن مدیریت خطر در سازمان‌های مراقبت سلامت آمریکا) یک برنامه مدیریت خطر در بیمارستان باید ساختار سازمانی مشخصی داشته باشد تا بتواند عملکردهای مدیریت خطر را حمایت کند. همچنین در این زمینه ابعادی باید در نظر گرفته شود که بتواند منجر به افزایش تعهد تیم حاکمیتی شده، مسئولیت‌های مشخصی برای مدیریت خطر بیمارستان تعریف کند و مشارکت و همکاری تیم پزشکی را در برنامه‌ها جلب کند (Carrol 2003).

در این مطالعه سازمان‌دهی و سیاست‌گذاری مدیریت خطر شامل آیتم‌های متعددی (به شرح جدول ۳) بود. نتایج نشان داد مهمترین آیتم در سازمان دهی و سیاست‌گذاری مدیریت خطر متغیری با عنوان "بهترین مراقبت از بیمار به عنوان یک چشم انداز مشترک در سازمان پذیرفته شود" با بار عاملی ۰/۷۳۹ بود.

این مفهوم به عنوان یک پدیده فرهنگی در سازمان تلقی میشود که ارتباط نزدیکی با آیتم های "ایمنی پرسنل و بیمار دغدغه سازمان باشد" و "بحث و مذاکره آزادانه در مورد خطاها انجام و از خطاهای واقع شده یادگیری شود (به منظور عدم تکرار همان اشتباه" دارد. توجه به فرهنگ در مطالعات مختلف دیگر نیز مورد تاکید قرار گرفته است. سیاست‌ها و زیر ساخت فرهنگی سازمان می‌تواند کمک بزرگی به نهادینه شدن فرهنگ ایمنی در سازمان‌ها بنماید. در این خصوص کمیته بهبود کیفیت سیستم طب ملی انگلستان نیز مدیریت خطرات بالینی را به عنوان: -شناسایی و اقدام سیستماتیک در مورد خطرات.

پژوهش نشان داد که مقدار واریانس تبیین شده برای عامل تشکیلات سازمانی و سیاست‌گذاری قبل از چرخش ۵۵/۹ و بعد از چرخش ۲۵/۳ است. این عامل در مجموع ۲۵/۳ از واریانس کلرا در مفهوم مدیریت خطرات بالینی تبیین می‌کند. نتایج تحلیل نشان داد که ۱۹ متغیر در عامل سازمان-دهی و تشکیلات سازمانی مدیریت خطر بارگذاری شده‌اند. قوی‌ترین بار عاملی (۰/۷۳۹) مربوط به پرسش "بهترین مراقبت از بیمار به عنوان یک چشم انداز مشترک در سازمان پذیرفته شود" و کمترین بار عاملی (۰/۵۴۸) مربوط به پرسش "تاثیرگذاری نحوه عملکرد بالینی تیم درمان در پرداخت‌های مالی به آنان" بود (جدول ۳).

بحث

در این مطالعه دیدگاه صاحب‌نظران دانشگاهی درخصوص متغیرهای تحقیق نسبت به دو گروه دیگر به طور معناداری بالاتر گزارش شده است. در واقع اعضای جامعه دانشگاهی با مفاهیم مطروحه در مقوله سازمان دهی و سیاست‌گذاری به منظور مدیریت خطرات بالینی ابراز موافقت بیشتری داشته‌اند. شاید این نتیجه را بتوان به آگاهی بیشتر آنها از مبانی تئوریک مدیریت خطرات بالینی منتسب دانست.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که سازمان دهی و سیاست‌گذاری عاملی تاثیرگذار و مهم در مدیریت خطرات بالینی در بیمارستان‌های ایران است. این عامل طیف وسیعی از سازه‌ها یا متغیرها را در بر می‌گیرد. بارهای عاملی متغیرهای این عامل در دامنه بین ۰/۷ تا ۰/۵۵ قرار داشت. که نشان دهنده تناسب مطلوب این متغیرها با دیدگاه جامعه مطالعاتی بوده است.

سازمان دهی و تشکیلات سازمانی در الگوهای دیگری که از مدیریت خطر در بخش سلامت بررسی شد نیز مورد تاکید قرار گرفته و وجود دارند از آن جمله در مدل مدیریت

همچنین در مطالعه دیگری که به بررسی مدیریت خطرات بالینی در سرویس دهی خارج از ساعات روزانه پرداخته است پژوهشگران اشاره داشته‌اند که برای مدیریت خطرات موجود در مراقبت‌های خارج از ساعات توجه به مواردی همچون: تقویت ارتباطات تیمی، رعایت و استفاده از پروتکل‌ها، ارزیابی خطر و گزارش حوادث و آموزش و توسعه کارکنان لازم است (Wilson and Taylor 2011). هاردینگ در مقاله خود اشاره می‌کند که وجود یک سیستم ثبت حوادث در واقع رویکرد فعال در مدیریت خطر محسوب می‌شود. که در برابر رویکرد منفعل (reactive) قرار دارد. در رویکرد فعال (proactive) با ثبت حوادث و یادگیری از اشتباهات می‌توان از تکرار آنها پیشگیری نمود (Harding 2011).

در این مطالعه مفاهیم مهم دیگری نیز به عنوان آیتم-های سازمان دهی و سیاست‌گذاری مدیریت خطر شناسایی شدند که به عنوان مفاهیم بسیار مهم مدیریت خطر تلقی می‌شوند از آن جمله آیتم آموزش که در اجرای فعالیت‌های مدیریت خطر نقش حیاتی دارد این آیتم در الگوی ویلسون و تیلور نیز تحت عنوان "آموزش و توسعه کارکنان" تایید شده است (Wilson and Taylor 2011).

از دیگر متغیرهایی که در این عامل (براساس جدول ۳) تایید شده‌اند آیتم شماره ۹ "تنظیم اقدامات و فعالیت‌های پیشگیرانه مدیریت خطر با توجه به نتایج برنامه شناسایی خطرها" است که به لزوم برنامه‌ریزی و اقدامات سازمانی در جهت کنترل و پیشگیری از وقوع خطرها در بیمارستان اشاره دارد این نکته در نتیجه‌گیری پژوهش گلفیبری نیز مورد تایید قرار گرفته است گلفیبری موارد زیر

فرآیند کاهش مستمر خطر از سازمان‌ها و همینطور افراد آنها

-بسترسازی فرهنگی، ساختاری و فرآیندی در جهت تحقق فرصت‌های بالقوه‌ای که منجر به مدیریت خطاهای ناخواسته می‌شود می‌داند (NHS Quality Improvement Scotland 2007).

دومین آیتم مهم در عامل سازمان دهی و سیاست-گذاری تغییری با عنوان "انتصاب فرد مشخص با شرح وظایف روشن برای فعالیت‌های مدیریت خطر سازمان از قبیل تضمین کیفیت مراقبت‌ها، مدیریت ایمنی، رفع شکایات، تامین مالی، امنیت و روابط بیماران" با بار عاملی ۰/۶۸۷ بود. در خصوص این موضوع (انجمن مدیریت خطر بهداشت و درمان کشور آمریکا (ASHRM) نیز تاکید دارد که یک برنامه مدیریت خطر در بیمارستان باید ساختار سازمانی مشخصی داشته باشد (Carrol 2003).

سومین آیتم مهم در عامل سازمان‌دهی و سیاست-گذاری آیتم "وجود سیستمی برای شناسایی حوادث ناخواسته در مورد بیمار و ملاقات‌کننده و کارکنان و نقاط بالینی پرخطر" با بارعاملی ۰/۶۸۵ بود. این آیتم در واقع به مفاهیم یادگیری از اشتباهات و سیستم ثبت حوادث می-پردازد که در متون مختلف مدیریت خطر مورد تاکید قرار گرفته است.

کوهن در این زمینه اشاره دارد که سیستم گزارش خطا برای سازمان‌های مراقبت‌های سلامت یک ضرورت است و این سیستم دو ویژگی مهم دارد: اول اینکه درمانگران را در مورد عملکرد خود پاسخگو می‌سازد و دوم اینکه اطلاعاتی را فراهم می‌کند که منجر به تأمین ایمنی می‌شود (Kohn et al. 2000).

اساس صدور پروانه، یا اعتبار بخشی داوطلبانه و یا اعتبار بخشی سازمان‌هایی همچون کمیته اعتبار بخشی خدمات سلامت (JCAHO) است. از جمله استانداردهای این کمیته برای اعتبار بخشی بیمارستان‌ها مثال‌های زیر است: برنامه‌های سازمانی با هدف تضمین ایمنی فیزیکی بیمار و حفظ بیمار از عوامل مضر و خطرات و حوادث و جراحات، ایمنی جانی بیمار، کنترل بیماری‌های عفونی، پیشگیری و کنترل استعمال و استفاده از خون و فرآورده‌های خونی و دیگر رویکردهایی که در مورد یادگیری خطاها و اینکه چگونه می‌تواند مرگ و میر و کشندگی آنها پیشگیری شود متمرکز هستند (Kohn et al. 2000).

سایر آیت‌های تایید شده در این تحقیق در حوزه‌های مشارکت کارکنان و توجه به فرآیندها، تنظیم خط‌مشی و بیانیه سازمانی، و تعهد مدیریت سازمان به برنامه است که تقریباً در بیشتر مدل‌های کیفیت و همچنین در برنامه حاکمیت بالینی کشورها مورد تاکید قرار دارد (Kumar 2009; Halligan and Donaldson 2001; Sedighi 2009; Scott et al. 2008).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه انجام تحلیل عاملی بر روی متغیرهای تحقیق نشان داد ۱۹ متغیر قابل تلخیص به عنوان عامل سازمان‌دهی و سیاست‌گذاری می‌باشند. این مفهوم به عنوان یکی از عوامل بنیادین مدیریت خطرات بالینی در بخش سلامت است که برای آغاز نمودن و طی مسیر چالش برانگیز مدیریت خطرات باید از آن بهره جست. این عامل آیت‌ها یا متغیرهایی را شامل می‌شد که هریک در جای خود اهمیت ویژه‌ای داشته و در بسیاری از مدل‌های کیفیت و مدیریت مورد تاکید قرار دارند. از اهم این متغیرها موضوع حیاتی و زیربنایی است که تحت عنوان "بهترین مراقبت از بیمار به

را به عنوان اصول اساسی برای پیشگیری از خطر در فضاهای بالینی توصیه نموده است:

۱- وظایف و فرآیندهای کاری را وابسته به توجه و دقت کاربران یا حافظه کوتاه مدت آنان نکنید.

۲- با بازنگری جریان کار، زمان و حجم کاری محوله پرسنل استرس شغلی را کاهش دهید.

۳- فرآیندها و وظایف کاری را ساده کنید.

۴- برای استفاده از تجهیزات ساده یا پیچیده به توانمندی کاربر توجه کنید همچنین نگهداری تجهیزات را جدی بگیرید.

۵- فرآیندهای کاری را استاندارد کنید و پیچیدگی‌های فرآیندهای غیراستاندارد را کاهش دهید.

۶- استفاده از پروتکل‌ها و چک لیست‌ها را در کار معمول کنید (Golfieri et al. 2010).

نتایج تحلیل‌ها نشان داد که آیت‌ها "تاثیرگذاری نحوه عملکرد بالینی تیم درمان در پرداخت‌های مالی به آنان" با کمترین بارعاملی ۰/۵۴۸ از دیگر مواردی است که در الگوی سازمان‌دهی و سیاست‌گذاری مدیریت خطرات بالینی مورد تایید قرار گرفته است. این آیت‌ها به همراه آیت‌ها "تاثیر دادن رتبه بندی بیمارستان، کیفیت مراقبت‌ها، کاهش خطاهای پزشکی و بهبود عملکرد بالینی برای تخصیص بودجه" باید مد نظر برنامه‌ریزان بخش سلامت قرار گیرد "متغیر اولی از موضوعات حوزه اعتبار بخشی و متغیر دوم از موضوعات حوزه ممیزی پزشکی هستند اعتبار بخشی در بعد سازمانی و ممیزی در بعد فردی از مواردی هستند که می‌توانند کمک موثری به پیشبرد اثربخشی برنامه‌های مدیریت خطر بکنند. در این خصوص کوهن و همکاران اذعان داشته‌اند "نگاهی اجمالی به برنامه‌های وسیع ایمنی اعمال شده در مراکز مراقبت‌های سلامت آمریکا نشان می‌دهد این برنامه‌ها بر

احتیاط بیشتری قدم بردارند. در حقیقت با توجه به محوریت پزشکان و پرستاران در اجرای برنامه‌های ایمنی و مدیریت خطر شاید استفاده و اعمال مکانیزم‌های محدودیت مالی در مراحل اولیه موجب توقف برنامه و مقاومت‌های احتمالی شود که این موضوع نیز باید با دوراندیشی مدیریت شود.

تشریح و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان طراحی الگوی مدیریت ریسک‌های بالینی در بیمارستان‌های ایران" در مقطع دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، در سال ۱۳۹۱ می باشد. بدینوسیله از کلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق همکاری داشته اند قدردانی به عمل می آید.

عنوان یک چشم انداز مشترک در سازمان پذیرفته شود". از آن نام برده شد. وزن بیشتر این آیتم نسبت به سایر حوزه‌ها، لزوم توجه بیشتر سازمان‌ها به زیربنای نگرشی و باوری افراد در موضوع ایمنی دارد. به این معنا که سازمان در بدو امر و قبل از هر اقدامی لازم است چشم انداز و دیدگاه مثبتی در مورد ایمنی نهادینه‌سازی نماید و همانگونه که از این مدل تایید شده مشخص است سایر آیتم‌ها لازم است همزمان به تقویت و حمایت این حوزه عمل کنند. نهایتاً آیتم "تاثیر گذاری نحوه عملکرد بالینی تیم درمان در پرداخت‌های مالی به آنان" با بار عاملی کمترین تایید شد که با توجه به نوپا بودن موضوعات ایمنی و مدیریت خطر در حوزه سلامت کشور ما می‌تواند بیانگر این باشد که برنامه‌ریزان ضمن داشتن جدیت در اجرای عملیات و تنظیم امور ساختاری و سازمانی، برای درگیر کردن عملکرد درمانگران با پرداخت‌های مالی آنان با

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره نظرات سه دسته مختلف پاسخگویان در خصوص الگوی مدیریت خطرات بالینی

پاسخگویان	انحراف معیار \pm میانگین
گروه صاحب نظران آکادمیک	۸۷/۹۱ \pm ۶/۳
پزشکان	۸۰/۲۹ \pm ۱۴/۰۴
پرستاران	۷۸/۰۳ \pm ۱۴/۶
کل پاسخگویان	۸۰/۳۱ \pm ۱۳/۸

جدول ۲- مقایسه نظرات سه گروه پاسخگویان در مورد الگوی مدیریت خطرات بالینی

پاسخگویان	انحراف معیار \pm میانگین	مقدار F	p-value
گروه صاحب نظران آکادمیک	۸۷/۹۱ \pm ۶/۳	۴/۵	۰/۰۱
پزشکان	۸۰/۲۹ \pm ۱۴/۰۴		
پرستاران	۷۸/۰۳ \pm ۱۴/۶		
کل پاسخگویان	۸۰/۳۱ \pm ۱۳/۸		

جدول ۳- بارعاملی چرخش یافته متغیرهای مربوط به عامل سازماندهی و سیاستگذاری

متغیرها	بارعاملی
۱- بهترین مراقبت از بیمار به عنوان یک چشم انداز مشترک در سازمان پذیرفته شود	۰/۷۳۹
۲- انتصاب فرد مشخص با شرح وظایف روشن برای فعالیتهای مدیریت ریسک سازمان از قبیل تضمین کیفیت مراقبتها، مدیریت ایمنی، رفع شکایات، تامین مالی، امنیت و روابط بیماران	۰/۶۸۷
۳- وجود سیستمی برای شناسایی حوادث ناخواسته در مورد بیمار و ملاقات کننده و کارکنان و نقاط بالینی پرخطر	۰/۶۸۵
۴- آموزش کافی برای پرسنل مدیریت ریسک	۰/۶۸۲
۵- تدوین و تشریح خط مشی سازمانی در مورد امور مالی ریسک ها و تنظیم چارچوب لازم گزارشات ارسالی به هیئت مدیره	۰/۶۷۹
۶- وجود سیستمی برای شناسایی حوادث ناخواسته در نقاط بالینی پرخطر	۰/۶۶۹
۷- معیارهایی برای ارزیابی عملکرد کادر پزشکی در زمینه مدیریت ریسک تعریف شود (مثلا این که آیا کادر پزشکی سالانه حداقل سه مشکل در زمینه مدیریت ریسک شناسایی می کند یا حداقل سه مشکل را حل کرده است و یا شکایات مربوط به کادر پزشکی کاهش یافته است؟)	۰/۶۶۴
۸- مکانیزم روشنی برای جلب مشارکت کادر پزشکی طراحی و نقش و همکاری کادر پزشکی در برنامه مدیریت ریسک سازمان تعریف شود	۰/۶۴۳
۹- تنظیم اقدامات و فعالیت های پیشگیرانه مدیریت ریسک با توجه به نتایج برنامه شناسایی ریسک ها (ونه به صورت مستقل)	۰/۶۴۲
۱۰- ایمنی پرسنل و بیماردغدغه سازمان باشد	۰/۶۳۷
۱۱- وجود فرایندی برای تحلیل روند وقوع ریسک ها	۰/۶۲۹

ادامه جدول ۳- بارعاملی چرخش یافته متغیرهای مربوط به عامل سازماندهی و سیاستگذاری

بارعاملی	متغیرها
۰/۶۲۰	۱۲-تائیردادن رتبه بندی بیمارستان ، کیفیت مراقبتها، کاهش خطاهای پزشکی و بهبود عملکرد بالینی برای تخصیص بودجه
۰/۶۱۹	۱۳-تدوین بیانیه وخط مشی سازمانی و تصویب رسمی برنامه مدیریت ریسک در هیئت مدیره
۰/۵۹۰	۱۴-توجه به الزامات قانونی برای گزارش حوادث به نهادهای قانونی وسازمانهای مسئول دولتی
۰/۵۸۹	۱۵-حمایت تیم مدیریت ارشد سازمان از برنامه های مدیریت ریسک
۰/۵۸۲	۱۶-وجود معیارهایی برای ارزیابی همکاری کادر پزشکی در برنامه مدیریت ریسک تعریف شود(مثلا این که آیا کادر پزشکی معیارهایی برای شناسایی حوادث ناخواسته حداقل در سه حوزه بالینی بیماران تعریف کرده است؟ یا در طراحی برنامه های آموزشی در مورد پیشگیری از آسیب ها همکاری می نماید؟)
۰/۵۶۸	۱۷-برقراری الزام ازطرف هیئت مدیره برای دریافت گزارش های مدیریت ریسک در دوره های زمانی
۰/۵۴۹	۱۸-بحث ومذاکره آزادانه درمورد خطاها انجام وازخطاهای واقع شده یادگیری شود(به منظور عدم تکرار همان اشتباه)
۰/۵۴۸	۱۹- تاثیر گذاری نحوه عملکرد بالینی تیم درمان درپرداختهای مالی به آنان

References

- Abbaspour, M., Shafieapour Motlagh, M. and Mansouri, N., 2004. A comprehensive program to control the environmental risk caused by chemical incidents. *Environmental science and technology*, 6(2), pp. 1-10 [In Persian].
- Alan, O., 2005. Minimizing clinical risk. *Current Pediatrics*, 15, pp. 466-472.
- Alizade, SH., Nasiri, P., Golbabaee, F. and Shahtaheri, SJ., 2006. Risk Assessment of potential dangers in a corporation using safety job analysis method. *Journal of environmental science and technology*. 8(4), pp. 77-87 [In Persian].
- Ayatollahi, J., Hatami, H. and Ghavidel, F., 2007. Occupational health hazards among health care workers of Shahid Sadoughi Hospital. *Iran occupational health*, 4(1), pp. 25-28 [In Persian].
- Bellandi, T., Albolinoy, SC. and Omassini, R., 2007. How to create a safety culture in the healthcare system: the experience of the Tuscany Region. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(5), pp. 495-507.
- Carrol, R., 2003. *Risk Management Handbook For Health Care Organizations*. Ward R.H. Ching (Author of Chapter1). 4thed, California, Jossey-Bass Publisher.
- Cassirer, C., 2003. *Risk program evaluation*. Roberta Carrol (ED). Risk Management Handbook For Health Care Organizations (pp 1295-1320).4th ed. California, Jossey-Bass Publisher.
- Garson, G., 2001. Guide to Writing Empirical Studies and Theses and Dissertations, November.
- Golfieri, R., Pescarini, L., Fileni, A., Silverio, R., Saccavini, C., Visconti, D., Morana, G. and Centonze, M., 2010. Clinical Risk Management in radiology. Part I: general background and types of error and their prevention. *Radiologia Medica*, 115(7), pp. 1121-1146.
- Habibpour, K. and Safari, R., 2009. *A comprehensive guide to apply spss in survey researches*. (3thed) Tehran. Ghazal publication [In Persian].

- Halligan, A. and Donaldson, L., 2001. Implementing clinical governance: turning vision into reality, *bmj*, 322.
- Harding, K., 2012. Risk management in obstetrics. *Gynaecology and Reproductive Medicine*, **22**(1), pp. 1-6.
- Helen L. and Treanor, D., 2000. Health risks and the health care professional. *Health Care and Philosophy*, **3**, pp. 251–255.
- Joint standards Australia., 2004. Standards New Zealand committee. OB-007, Risk Management, revision of AS/NZS 4360:1999, Risk management. S/NZS 4360:2004, Risk management. Available from: www.ucop.edu/riskmgt/erm/documents/as_stdrds4360_2004.pdf.
- Khaleghinezhad, N., Atae, M. and Hadizadeh, F., 2008. *Window to the Clinical Governance and Clinical Excellence Service*. Isfahan: Isfahan University of Medical Science pub. [In Persian].
- Kohn, L.T., Corrigan, JM. And Donaldson, MS., 2000. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America. IOM (Institute of Medicine) National Academy Press, Washington D.C.
- Kumar, SR., 2009. Clinical governance in operation –everybody’s business: A proposed framework. *International Journal of clinical Governance*, **14**(3), pp. 189-197.
- Mosadegh, R.A., 2007. *Health Services Principles*. Tehran. dibagaran publications. [In Persian].
- Nabi Bidhendi, GH. And Daryabeigi, ZA., 2004. Risk assessment of compost prepared from municipal waste (MSW) in comparison with other parts of the world. *The journal of environmental study*, **31**(38), pp. 31-50 [In Persian].
- NHS Quality Improvement Scotland., 2007. *Clinical Governance and Risk Management: Achieving safe, effective, patient-focused care and services*. Clinical Governance and Risk Management: / local Report, Available from: www.nhshealthquality.org.
- Ravanipour, M., Ravanipour, M., Soltanian, A., Rasafiani, H. and Ranjbar, D., 2008. The effect of education on the knowledge of environmental threats on health in students of elementary schools in Bushehr port. *Iranian south medical journal*, **8**(2), pp. 178-186 [In Persian].
- Reason, J., 2002. Combating omission errors through task analysis and good reminders. *QualSaf Health Care*, **1**, pp. 40–44.
- Sadaghiani, ME., 2006. *Heath care evaluation and hospital standards*. Tehran. Moeen Elm va Honar pub [In Persian].
- Scott, I.A., Poole, P.J. and Jayathissa, S. 2008. Improving quality and safety of hospital care: a reappraisal and an agenda for clinically relevant reform. *Internal Medicine Journal*, **38**(1), pp. 44-55.
- Sedwick, J., 2003. *The health care risk management professional*. Roberta Carrol (ED). Risk Management Handbook For Health Care Organizations (pp. 119-156). 4th ed. California, Jossey-Bass Publisher.
- Siddiqi K. and Newell, J., 2009. What were the lessons learned from implementing clinical audit in Latin America? *Clinical Governance: An International Journal*, **14**(3), pp. 215-225.
- Verbano, C. and Turra, F., 2010. A human factors and reliability approach to clinical risk management: Evidence from Italian cases. *Safety Science*, **48**, pp. 625–639.
- Western Australian department of health., 2005. Office of Safety and Quality in Health Care. *Clinical Risk Management*

- Guidelines for the Western Australian Health System Information, Series No. 8 [Online]. Available from: [http:// www.health.wa.gov.au/safetyandquality/](http://www.health.wa.gov.au/safetyandquality/)
- Western Australian Department of Health., 2006. Toolkit for Managing Risk in Health Care. [Online]. Available from: http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/clinical_risk_man/50621_Desktop%20Guide%20Final.pdf
- Wilson, J. and Taylor, K., 2011. Clinical risk management in out-of-hours services. *Nursing Management*, **17**(10), pp. 26-30.
- Yarmohammadian, MH., Tofighi, S., Saghaiannejad Esfahani, S. and Naseribooriabadi, T., 2007. Risks Involved in Medical Records Processes of Al-Zahra Hospital. *Health information management*. **4**(1), pp. 51-59 [In Persian].

Organization and policy-making: Key factors for establishing a clinical risk management system in hospitals

Nasiripour, AA., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Service Management, School of Management and Economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran-
Corresponding author: nasiripour@srbiau.ac.ir

Maleki, MR., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Service Management, School of Management and Medical Information Services, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Raeissi, P., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Service Management, School of Management and Medical Information Services, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Javadi, M., Ph.D. Student, Department of Health Service Management, School of Management and Economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: Aug 21, 2012

Accepted: Jan 3, 2013

ABSTRAC

Background and Aim: We cannot deny the threats and risks associated with the process of health service delivery in the health care system. Considering this, we should attempt to find practical solutions to the problem and adopt strategies to minimize the risks of nursing and medical malpractice. Organization and policy-making are the two major key factors in the process of managing clinical risks and institutionalizing safety principles in an organization. The objective of this study was to find how a clinical management model can be established in Iranian hospitals based on these two factors and variables affecting them.

Materials and Methods: This was an applied cross-sectional multi-stage research project to develop a model for clinical risk management. Different authentic texts on risk management models in the health sector were reviewed and compared. A total of 62 primary variables were extracted. A questionnaire was then designed on the basis of the variables and validated with a group of 20 physicians and nurses. The final questionnaire developed, containing 40 variables, was tested on a group of 215 subjects selected by random and stratified sampling. Exploratory factor analysis was done on the data obtained.

Results: Principal component analysis with a rotation of Varimax loadings showed 19 factors available in the models of clinical risk management loaded as the "organizing and policy-making" factor. This factor explained 25.3% of variances in the model of clinical risk management. The results also showed the factor load of variables to be desirable, ranging between 0.5 and 0.7, which indicated an acceptable correlation among them as seen by the participants.

Conclusion: It can be concluded that "the best care of the patient is accepted as a common perspective in organization" with a factor load of 0.739 and "the effect of the treatment team's clinical performance on financial payments made to them" with a factor load of 0.548 are the most and the least important variables, respectively.

Key words: Clinical risks management, Organization, Policy making, Immunity, Hospital