

# خلاصه گزارش نشست چهل و هفتمین عصرانه داغ سلامت

عنوان: رویکرد سیستمی به مدیریت خطاهای پزشکی

تاریخ: ۲۷ بهمن ماه ۱۴۰۴

چهل و هفتمین جلسه «عصرانه داغ سلامت» و چهارمین نشست تخصصی تفکر سیستمی با موضوع "رویکرد سیستمی به مدیریت خطاهای پزشکی"، روز دوشنبه ۲۷ بهمن ماه ۱۴۰۴ در تالار شهید بهشتی برگزار شد.

در این نشست تخصصی، اساتید برجسته حوزه سلامت از جمله دکتر ابوالفتح لامعی، دکتر علی سیبویه، دکتر مجتبی احمدزاده، دکتر پوریا عادلی، دکتر پرویز کاشفی و خانم دکتر شیما صفازاده، با استناد به نمونه‌های واقعی قصور پزشکی، دیدگاه‌های تحلیلی خود را در راستای ارتقای مدیریت خطاهای پزشکی ارائه کردند.

تغییر پارادایم؛ از فردمحوری به سیستم‌گرایی

نشست با تأکید بر ضرورت تغییر پارادایم از نگاه فردگرایانه به رویکرد سیستمی آغاز شد. دکتر لامعی با اشاره به یک پرونده قصور پزشکی در سال ۱۳۸۱، بیان کردند که تمرکز صرف بر یافتن «مقصر» موجب نادیده گرفتن روابط، ساختارها و بسترهای سیستمی می‌شود که زمینه‌ساز بروز خطا هستند. ایشان تأکید کردند علت‌های پنهان خطاهای پزشکی تنها از طریق تحلیل ریشه‌ای سیستم قابل شناسایی است و خطاهای پزشکی ماهیتی "نوظهور (Emergent)" دارند؛ بنابراین تمرکز صرف بر پزشک یا پرستار، بازتاب تفکر نیوتنی و جزءنگر است.



## تحلیل کیس‌های واقعی و لایه‌های دفاعی سیستم

در ادامه، دکتر احمدزاده به تحلیل یک مورد فوت مادر باردار در پی خطای پزشکی پرداختند. سپس خانم دکتر صفازاده با بررسی لایه‌های دفاعی نظام سلامت، دو رویکرد پیشگیرانه و واکنشی را در سطوح بیمارستان، معاونت درمان و وزارت بهداشت مورد تحلیل قرار دادند.

دکتر عادل‌نیز فرآیند اعزام کارشناسان متخصص برای بررسی علمی خطاها و نقش سازمان نظام پزشکی در ارزیابی تخصصی پرونده‌ها را تشریح کردند و مراحل رسیدگی کارشناسی را توضیح دادند.

## نکات کلیدی در مدیریت خطاهای پزشکی

دکتر کاشفی در بخش دیگری از نشست تأکید کردند که پیش از هر اقدام، باید هدف خود از بررسی خطا را مشخص کنیم. ایشان چارچوب DTMPS را برای تحلیل خطاهای پزشکی معرفی کردند:

- Diagnosis Error (خطای تشخیصی)
- Treatment Error (خطای درمانی)
- Medication Error (خطای دارویی)
- Prevention Error (خطای پیشگیری)
- Systemic Error (خطای سیستمی)

به باور ایشان، بخش قابل توجهی از مشکلات حوزه سلامت ریشه در خطاهای سیستمی دارد، در حالی که رویکرد غالب همچنان جستجوی فرد مقصر است. همچنین تأکید شد قضاات عموماً بر اساس نظر کارشناسی حکم می‌دهند و در بسیاری از موارد، تفسیر تخصصی پزشکی مستقیماً توسط ایشان صورت نمی‌گیرد.



دکتر سیبویه با استناد به دیدگاه‌های ادوارد دمینگ، بیان کردند که ۹۴ درصد مشکلات ناشی از سیستم و تنها ۶ درصد مربوط به افراد است. ایشان بر ضرورت توجه به ریشه‌ها، ساختارهای مولد خطا و نگاه کل‌نگر به جای بهینه‌سازی اجزاء تأکید کردند و با تشریح حلقه‌های بازخور مثبت و منفی، پویایی خطا در سیستم سلامت را تبیین نمودند.

### ابزارهای تفکر سیستمی در تحلیل خطا

دکتر احمدزاده چهار دسته اصلی قصور پزشکی (بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت مقررات) را تشریح کرده و چارچوبی برای طرح پرسش‌های سیستمی از طریق توجه به WH questions ارائه دادند.

- **Who?** → چه کسی درگیر بوده است؟
- **What?** → چه اتفاقی افتاده است؟
- **When?** → چه زمانی رخ داده است؟
- **Where?** → در کجا رخ داده است؟
- **Why?** → چرا رخ داده است؟
- **How?** → چگونه رخ داده است؟

در رویکرد سنتی معمولاً سؤال با **Who?** چه کسی مقصر است؟، شروع و تمام می‌شود. اما در تفکر سیستمی مسیر پرسش تغییر می‌کند:

1. **What happened?** (چه رخ داد؟) ابتدا
2. **How did it happen?** (چگونه رخ داد؟) سپس



### 3. Why did it happen? (چرا رخ داد؟) بعد

۴. و در نهایت بررسی می‌شود **Who was part of the system?** نه «چه کسی مقصر است؟»

در واقع، حرکت از «چه کسی؟» به «چرا؟» و «چگونه؟» جوهره تحلیل سیستمی است.

ایشان تأکید کردند که حرکت از «چه کسی؟» به «چرا؟» و «چگونه؟» جوهره تحلیل سیستمی است و اظهار داشتند پرسش کلیدی مطرح‌شده در نشست این بود: «سهم من در این خطا چه میزان است؟».

همچنین بر ضرورت پرهیز از رسانه‌ای کردن غیرمسئولانه خطاها و حفظ اعتماد عمومی به نظام سلامت تأکید شد.

#### جمع‌بندی و پیشنهادها

در پایان، جمع‌بندی مباحث توسط اعضای پنل و دکتر رضایتمند انجام شد. تأکید گردید که:

- سیستم‌های پیچیده راه‌حل‌های ساده ندارند و گاه راهکارهای ساده می‌توانند پیامدهای فاجعه‌بار ایجاد کنند.
- به جای تمرکز بر «یافتن مقصر»، باید به سمت خوداظهاری و بررسی نظام‌مند خطاها در جلسات بدون ذکر نام افراد حرکت کرد.
- کاهش ارتباط مؤثر میان تیم درمان و بیمار، زمینه‌ساز بروز خطاهای ثانویه می‌شود.
- چک‌لیست‌ها می‌توانند به عنوان ابزار یادآور مؤثر باشند، اما جایگزین تفکر انتقادی و تحلیل سیستمی نخواهند شد.
- خطاها ماهیتی نوظهور دارند و تمرکز صرف بر اجزاء، مانع درک رفتار کل سیستم می‌شود.
- تفاوت میان سیستم‌های پیچیده فنی (Complicated) و پیچشی (Complex) تبیین شد. تأکید گردید که در سیستم‌های Complicated، هرچند اجزا متعدد و تخصصی‌اند، اما روابط میان آن‌ها نسبتاً خطی، قابل تحلیل و پیش‌بینی‌پذیر است و با دانش فنی می‌توان علت مشکل را شناسایی و اصلاح کرد. در مقابل،



نظام سلامت نمونه‌ای از یک سیستم Complex است که در آن تعاملات پویا، روابط غیرخطی و پدیده‌های نوظهور سبب می‌شود رفتار کل سیستم فراتر از مجموع اجزا باشد و نتوان با رویکردهای ساده و فردمحور آن را مدیریت کرد. بر این اساس، مدیریت خطاهای پزشکی مستلزم نگاه سیستمی، یادگیری مستمر و تحلیل ریشه‌ای تعاملات و ساختارهاست، نه صرفاً شناسایی فرد مقصر.

- تاکید بر ضرورت اصلاح رویکرد کمیته‌های مرگ‌ومیر و ایمنی بیمار از مدل حادثه‌محور و مقصرمدار به رویکرد سیستمی

این نشست که پایان‌بخش سلسله جلسات «عصرانه داغ سلامت» با موضوع تفکر سیستمی برای رهبران نظام سلامت در سال جاری بود، با اهدای لوح تقدیر و تندیس از دست‌اندرکاران برگزاری به کار خود پایان داد.

