

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

راهنمای ارتقای کیفیت کمیته مرگ و میر بیمارستانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

معاونت درمان

مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

اداره ارتقا خدمات درمانی و حاکمیت بالینی

مهرماه ۱۳۹۳

مقدمه

بررسی مرگ افراد تحت مراقبت، در واقع یک بررسی کیفی، عمیق در مورد علل و شرایط محیطی موثر در مرگ افرادی است که در مراکز درمانی، بهداشتی اتفاق افتاده است. این بررسی، شمایی از مسیری که بیمار، تا زمان مرگ، در سیستم درمانی بیمارستان طی کرده است، را مشخص می کند تا بدینوسیله هرگونه خطاها و عوامل قابل اجتناب و قابل علاج که می توان آن را به منظور بهبود مراقبت از بیماران در آینده تغییر داد، شناسایی شود. در صورت امکان این اطلاعات باید توسط اطلاعات گرفته شده از جامعه تکمیل گردد؛ که البته همیشه امکان پذیر نیست.

بررسی مرگها در مراکز پزشکی، می تواند با کشف خطاها برای متخصصین و کارکنان بهداشتی - درمانی جنبه آموزشی گسترده ای داشته باشد. همچنین این بررسیها، مشخص می کند که مراقبت های بالینی ارائه شده برای بیمار، در کدام قسمت، زیر استاندارد بوده است؛ بنابراین می توان اقداماتی در این زمینه انجام داد، تا مطمئن شد که این موارد دیگر تکرار نمی شوند. این کار می تواند به نوبه خود، باعث ایجاد پیشرفت اقدامات درمانی جدید یا تدوین یکسری اصول راهنمایی برای مدیریت مراقبت از بیماران شود. بررسی مرگها در مراکز درمانی، زمانی کامل می شود که براساس یافته ها اقدامات مناسب اجرا شود.

کمیته مرگ و میر بیمارستانی برای بررسی علل مرگ و میر، روند مرگ و میر، جلوگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب، ارزیابی ابعاد قانونی موضوع، بررسی، تجزیه و تحلیل عوارض بیمارستانی و روند آنها، تجزیه و تحلیل و بررسی عوارض اتفاق افتاده، اتخاذ تدابیر برای جلوگیری از بروز عوارض ناخواسته و پیشگیری از عوارض قابل اجتناب و ... تشکیل میگردد.

در صورتیکه کمیته مرگ بیمارستان دقیق، هدفمند و نظام مند عمل نکند موارد زیر اتفاق می افتد که متأسفانه در حال حاضر در بسیاری از مراکز شاهد آن هستیم:

- اطلاعات کامل جمع آوری نمی شوند
- اطلاعات ضروری و مورد نیاز جمع آوری نمی شوند
- اطلاعات در زمان مناسب و به موقع جمع آوری نمی شوند
- بسیاری از حقایق کشف نمی شوند
- علل قابل اجتناب شناسایی و دسته بندی نمی شوند
- مداخله موثر و مناسب طراحی نمی شود
- مداخلات اجرا نمی شود
- فعالیت کمیته منجر به کاهش مرگها نمی شود

اهداف کمیته مرگ و میر بیمارستان

هدف کلی:

ارتقاء کیفیت مراقبتها و خدمات درمانی

اهداف اختصاصی:

- تعیین میزان فراوانی خطاها و عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ و معلولیت
- تعیین میزان بروز مرگ و میر بیمارستانی ناشی از عوامل قابل اجتناب
- کاهش میزان بروز مرگ و میر بیمارستانی ناشی از عوامل قابل اجتناب
- کاهش میزان بروز ناتوانی و عوارض سوء ناشی از عوامل قابل اجتناب
- تعیین و اجرای مداخلات پیشنهادی مرتبط با عوامل شناسایی شده

شاخصهای ارزیابی عملکرد کمیته مرگ و میر

- میزان بروز مرگ و میر بیمارستانی به تفکیک بخش
- میزان بروز مرگ و میر بیمارستانی گروه آسیب پذیر (نوزادان، اطفال زیر ۵ سال، مادران باردار و..)
- فراوانی تعداد مرگهای بررسی شده در کمیته
- درصد مرگهای کارشناسی شده
- تعداد خطاها و عوامل قابل اجتناب موثر در مرگ که از طریق کمیته بررسی و کشف شده اند.
- تعداد مداخلات طراحی شده در کمیته مرگ و میر
- تعداد عوامل قابل اجتناب موثر در مرگ یا عارضه که برطرف شده اند.

شرح وظایف کمیته مرگ و میر

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر به ویژه موارد مرگ غیر منتظره
- بررسی دوره ای عوارض
- بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان (مرگ مادر، مرگ ۱-۵۹ ماهه مرگ پریناتال و سایر مرگ های رخ داده)
- پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی
- تهیه پاسخ مورد نیاز مراجع قانونی
- برخورد با مواردی که قصور یا تقصیر اتفاق افتاده است در حدود اختیارات بیمارستان
- اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان
- برگزاری کنفرانس های مورتالیتته و موربیدیتته در سطح بیمارستان
- گزارش نمونه های بیوپسی و اتوپسی و نکروپسی

اعضای کمیته مرگ و میر

اعضای ثابت:

- رئیس بیمارستان بعنوان رئیس کمیته
- مدیر بیمارستان
- حراست بیمارستان
- مدیر خدمات پرستاری
- دو نفر پزشک متخصص با سابقه و مجرب به انتخاب رئیس بیمارستان
- مسئول بهبود کیفیت بیمارستان
- کارشناس مسئول ایمنی بیمار مرکز
- سوپروایزر آموزشی
- مسئول فنی بخش آسیب شناسی
- مسئول فنی آزمایشگاه
- متخصص پزشکی قانونی در صورت امکان جذب در مرکز

اعضای متغیر:

- رئیس بخش مربوطه
- پزشک متخصص معالج متوفی
- سرپرستار بخش مربوطه بر حسب نیاز
- متخصصین مرکز بنا به ضرورت و بررسی مورد
- سایر افراد به تشخیص کمیته با حسب ضرورت

شیوه برگزاری جلسات کمیته

جلسات کمیته باید حداقل هر ماه یکبار تشکیل گردیده و صورتجلسات از طریق ریاست بیمارستان به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ارسال گردد. بدیهی است در معاونت درمان صورتجلسات بررسی و تصمیمات مقتضی اتخاذ می گردد. صورتجلسات کمیته باید در فایلی به نام کمیته فوق درج و به عنوان اسناد بیمارستان نگهداری شود

تبصره: در بیمارستانهای بزرگ و بیمارستانهای آموزشی زیر کمیته های این کمیته مهم بایستی در سطح ۴ بخش اصلی با ترکیب مناسب تشکیل گردد:

- کمیته رسیدگی به موارد مرگ و میر بخش داخلی
- کمیته رسیدگی به موارد مرگ و میر بخش کودکان و نوزادان
- کمیته رسیدگی به موارد مرگ و میر بخش جراحی
- کمیته رسیدگی به موارد مرگ و میر بخش زنان و مامائی

روش کار کمیته مرگ و میر بیمارستان

در این قسمت ، جزئیات قدم به قدم چگونگی بررسی مرگ در مراکز درمانی شرح داده می شود. این مراحل شامل موارد زیر است:

قدم ۱: شروع روند اقدامات بررسی مرگ در مرکز درمانی

برای بررسی مرگ در مرکز درمانی نیاز است شرایط ضروری و اصلی زیر را فراهم نمود:

- باید کمیته مرگ بیمارستان تعیین گردد.
- چنانچه در بیمارستان نیاز به تشکیل بیش از یک کمیته وجود دارد ، بیمارستان می توان کمیته های متعدد تشکیل دهد. ولی این امر نباید باعث دوباره کاری، پیچیده شدن اقدامات، کاهش تمرکز مدیریت در طراحی و اجرای مداخلات شود.
- کمیته باید چگونگی فرایندهای شناسایی و گزارش مرگهای قابل بررسی، تشکیل گروه بررسی، انجام بررسی، تحلیل و تهیه گزارش بررسی، ارائه گزارش نهایی، چگونگی تشکیل کمیته مرگ و تصمیم گیری نهایی و چگونگی تصویب و اجرای مداخلات را تعیین نماید.
- متخصصین درمانی که مسئول بررسی مرگ در بیمارستان هستند و یا در این گروه وارد شده اند، نیاز به حمایت مسوولین مانند رئیس بیمارستان، مدیریت، رئیس بخش مامایی و یا مدیر پرستاری بیمارستان دارند.
- هنگام درخواست اجازه برای اجرای بررسی مرگ در مرکز درمانی، باید شرحی از نحوه اجرای طرح مورد نظر ارائه گردد.
- باید موافقت مسوولین در زمینه هزینه ها و پرسنل اجرا کننده تحقیق، کسب گردد.

قدم ۲: انتخاب محدوده انجام تحقیق روی مرگ مرکز درمانی

هرگاه حجم نمونه های قابل بررسی در مرکز زیاد باشد ، بهتر است کمیته مرگهایی را که جهت بررسی در اولویت قرار می گیرند (با توجه به اولویتهای کشوری یا استانی) تعیین نماید. دیده شده است که اکثر اطلاعات را می توان جمع آوری کرد ؛ ولی نمی توان انتظار داشت همه اطلاعات ، تحلیل شوند. اطلاعات ، در جهت شناسایی و طبقه بندی عوامل قابل اجتناب و عواملی که شایع ترند و در آینده با انجام مداخلات راحت تر قابل کنترلند، جمع آوری می شوند. اگرچه مرور مرگ، در هر مورد به طور جداگانه مهم است و می تواند باعث بدست آوردن تجربه های مفید فردی باشد، جستجوی لحظه به لحظه عوامل و علل قابل اجتناب که بر حداکثر مرگها دخالت دارند نیز، می تواند مفید باشد.

قدم ۳: تهیه فرمهای جمع آوری اطلاعات

تهیه فرمهای جمع آوری اطلاعات به وقت زیادی نیاز دارد . نمونه برخی از این فرمها که می توانید از آن استفاده کنید در انتهای راهنما ارائه شده است.

قدم ۴: انتخاب همکار و آموزش پرسشگران

- معمولاً گروه، شامل دو تا چهار نفر است که ترکیبی متعادل از متخصصین و افراد حرفه ای و ماهر هستند.
- هریک از اعضای گروه بر حسب تخصص و مهارتشان در جمع آوری اطلاعات، مسئولیت خاصی دارند . مهم ترین مسئله این است که اعضای تیم باید علاقه مند و مقید به انجام بررسی مرگ باشند و بتوانند وقت زیادی را به این کار اختصاص دهند. یک فرد به عنوان مسئول تیم ، وظیفه انتقال اطلاعات و مهارتها به اعضاء تیم و فراهم کردن امکان ارتباط با بقیه ارگانها و مراکز را برعهده دارد.
- در گروه بررسی، تعدادی فرد با تجربه و ماهر نیاز است که مسئولیت همکاری را بپذیرند
- باید در مرکز درمانی نظام ثبت و نگهداری سوابق بیمار و ثبت مرگها و کیفیت ثبت یادداشت ها و گزارشات در سطح قابل قبولی باشد. مثلاً آدرس بیماران باید ثبت شود تا در صورت نیاز، در بررسی بتوان به خانواده فرد در جامعه دسترسی پیدا کرد.

قدم ۵: شناسایی مرگهای اتفاق افتاده

در مراکز درمانی معمولاً اطلاعات مرگ، از ثبت های موجود در مرکز درمانی، مانند ثبت و گزارشات قسمت پذیرش و ترخیص، دفاتر ثبت، اتاق عمل، اتاق زایمان، گواهی فوت و سردخانه، بدست می آید . مابقی منابع اطلاعاتی در دسترس، شامل پرونده بیمار و گزارشات حفظ شده در بخش تخصصی می باشد.

چنانچه مرگ در شیفت عصر و شب رخ داده باشد سوپرزوایزر موظف است طبق سیاست کمیته موضوع را به دبیر کمیته مرگ اطلاع دهد.

قدم ۶: شناسایی منابع اطلاعاتی

شرایط پیرامون هر مرگ، با جمع آوری اطلاعات از منابع چند گانه موجود در جامعه و مرکز درمانی تعیین و تکمیل می شود. پس هدف، بدست آوردن حتی الامکان تصویری کامل و درست از ماجرا است . البته با توجه به اینکه منابع مختلف، نظرات متفاوتی را نیز ارائه می دهند . منابع اطلاعاتی معمول به طور خلاصه شامل:

- مستندات: مستندات و گزارش های موجود در بخش و نوشته های کارکنان مرکز، دفاتر ثبت بیمارستان.
- پرسشگری از: پزشکان، پرستاران، ماماها، بقیه کارکنان بیمارستان، کارکنان سایر مراکز سلامتی در خارج از بیمارستان، وابستگان و همسایگان فرد و سایر موارد بر حسب تصویب کمیته
- سوابق بیمار: منبع کلیدی و مهمی است، اما این سوابق ثبت شده معمولاً فاقد برخی جزئیات هستند و لازم است که توسط پرسشگری از بعضی کارکنان، تکمیل شوند. پرسشگری باید بدون هیچ پیش داوری و قضاوت و با اطمینان از اینکه اطلاعات گرفته شده، موفق و معتبر هستند، انجام شود؛ بخصوص وقتی که پرسشگر از پرسنل مرکز درمانی مربوطه نیست.

اگر وسعت یک بررسی یا تحقیق به گونه ای است که اطلاعات با مرور نوشته ها و گزارشات و صحبت با کارکنان و منحصین مراقبتی در مرکز درمانی تکمیل می گردد، ترتیب اجرای چنین اقداماتی نیز باید داده شود. گرفتن اطلاعات دقیق درباره حداقل اتفاقات منجر به مرگ، معمولاً تحقیق را ملزم به پرسشگری از بستگان فرد مانند همسر می کند. مجدداً تاکید می شود پرسشگر کار خود را بدون پیش داوری و قضاوت از آنچه در جامعه و بیمارستان اتفاق افتاده، انجام دهد.

قدم ۷: جمع آوری اطلاعات از مرکز درمانی و جامعه در صورت نیاز

برای دستیابی به اطلاعات دقیق تر، بهتر است در صورت امکان اطلاعات بلافاصله پس از مرگ فرد جمع آوری شود. همه کارکنان مرکز درمانی باید مطمئن شوند که هدف از روند تحقیق و بررسی مقصود جلوه دادن و سرزنش هیچ کس و هیچ چیز نیست و همه یافته ها کاملاً بدون ایجاد مزاحمت برای آنها، ثبت و گزارش می شود. پرسشگر باید مطمئن شوند که بجای نام هر کدام از آنها، کد محرمانه ای مشخص می شود که در جمع آوری اطلاعات، آن کدها وارد می گردد و فقط تیم تحقیق می توانند به آنها دسترسی یابند. یک پرسشگر، اگر می خواهد در کار خود موفق شود باید تدبیر و مردم داری، حساسیت و دقت به جزئیات را فراموش نکند. دستوراتی که پرسشگر باید طبق آن عمل کند به شرح زیر می باشد:

۱) کارشناسی پرونده:

کارشناسان پرونده با مرور مستندات پرونده، گزارش پزشکی، مامایی و بستاری، اطلاعاتی را جمع آوری می کنند. این کار توسط کارشناسانی که کمیته تعیین کرده است انجام می گیرد. در کارشناسی پرونده ها و پرسشگری توصیه می شود به هیچ وجه از متخصصین و کارکنان درگیر در همان مورد مرگ کمک گرفته نشود و بیمارستان از نظرات کارشناسی افرادی استفاده نماید که در آن پرونده درگیر نبوده اند و ترجیحاً در آن مرکز شاغل نباشند. در واقع بهتر است از متخصصین خارج مرکز استفاده شود.

یکی از روشهای موثر در کارشناسی مرگها بهره گیری از کنفرانسهای مورتالیتی کلینیکوپاتولوژی است. برگزاری این کنفرانسها بخصوص در مراکز آموزشی می تواند در زمینه آموزش کارکنان رده های مختلف و همچنین کشف و اصلاح خطاها بسیار کمک کند. راه اندازی و توسعه کنفرانسها زیر نظر کمیته مرگ هر مرکز می باشد

۲) پرسشگری:

باید پرسشگران از تمام کارکنانی که در مراقبت بالینی بیمار دخیل بوده اند پرسشگری نمایند. در حقیقت گرفتن اطلاعات از کارکنان مراقبین بالینی، بهتر از گرفتن سوابق بهداشتی خارج از بیمارستان است. براساس تعداد پرسنل مورد نظر و حساسیت کار تحقیقاتی، تصمیم گرفته می شود که از هر کس به طور جداگانه پرسش شود، یا به طور گروهی از افرادی که تقریباً در یک رده هستند پرسش شود. با توجه به حجم کاری بالای این روش توصیه می گردد این روش فقط برای آن گروه از مرگهایی که کمیته در اولویت قرار می دهد انجام گیرد (مانند مرگهای اورژانس، مرگ مادران و نوزادان)

در این پرسش ها فرد پرسشگر باید در ابتدا پرسنل مربوطه را تشویق نماید که یک شرح حال آزاد، از ماجرا بدهد . سپس سوالات پرسشنامه به طور کامل از آنها پرسیده شود تا فاصله ها و جاهای خالی شرح حال، تکمیل و قسمت های مبهم روشن شود. گاه نمی توان از بعضی از مرگها هیچ اطلاع مفیدی بدست آورد؛ اما این مرگها هم ، نباید از بررسی حذف شوند. در حقیقت باید تلاش شود که بفهمند چرا این مرگها فاقد اطلاعاتی هستند و در جهت اصلاح امور ثبت و گزارش دهی اقدام نمود.

مرگهای اورژانس، مادران باردار و سایر مرگهایی که کمیته تعیین می نماید ، بلافاصله پس از وقوع به سوپروایزر اطلاع داده شده و وی نیز نسبت به تکمیل گزارش اقدامات انجام شده (مراقبتهای اورژانسی، عملیات احیاء و...) اقدام می نماید. سپس گزارش در اختیار دبیر کمیته قرار می گیرد. در این موارد سرعت انجام پرسشگری اهمیت دارد تا از هرگونه مخدوش شدن داده ها جلوگیری شود و به اعتبار نتایج کمک کند.

اعضای کمیته بایستی عملکرد تیم پرسشگری و کارشناسی را بر اساس اطلاعات جمع آوری شده ارزیابی کنند و پسخوراند لازم را ارائه و اقدام لازم را اعمال نمایند .

۳) کیفیت اطلاعات:

در بررسیها باید با اجرای روش کنترل کیفیت صحت اطلاعات گرفته شده ثابت شود. یک روش کنترل کیفیت ارایه آموزش با کیفیت بالا ، به پرسشگران می باشد. روش و مقیاس دیگری که می تواند اجرا شود؛ شامل چک کردن دوباره فرمهای اطلاعاتی و پرسشنامه ها و تکرار بعضی از آنها توسط یک پرسشگر دیگر است.

۴) راهنمای کدگذاری کارکنان:

به منظور محرمانه نگه داشتن اطلاعات باید از نوشتن اسامی کارکنانی که به نحوی در مراقبت متوفی دخالت داشته اند ، خودداری نمود و از کدهای قراردادی استفاده شود.

۵) جمع آوری اطلاعات از محیط در صورت نیاز :

ثابت شده است که اگر اطلاعات را بتوان از اعضای خانواده و جامعه پیرامون فرد بعد از فوت بیمار جمع آوری کرد، بسیار مطلوب است. این کار می تواند اطلاعات با ارزشی را درباره شرایط قبل از مراجعه به مرکز درمانی که در مرگ فرد موثر بوده اند را آشکار کند. همچنین فرصتی فراهم می کند تا در صورت امکان تمام سوابق و مدارکی را که در اختیار خود فرد بوده است، بررسی و مرور کنیم.

اما ثابت شده است که این کار همیشه عملی نیست. چون ممکن است مسافت یا مشکلات تدارکاتی در، یافتن منزل فرد وجود داشته باشد. کمیته باید مشخص کند که در مناطقی که انجام چنین کاری عملی باشد، چه کسی باید اطلاعات را جمع آوری کند، از چه کسی پرسیده شود؟ و چگونه پرسشگر وظایف خود را انجام دهد؟ چه کسی باید اطلاعات را جمع آوری کند؟ هنگام تکمیل پرسشنامه تحقیقاتی بهتر است یک سوال کلی از فرد مربوطه پرسیده شود و به او اجازه داده شود تا ابتدا به زبان خود، به طور ساده، ماجرا را تعریف کند و پس از آن پرسشنامه اصلی از فرد پرسیده شود.

پرسشگر همیشه این حقیقت را درک می کند که اعضای خانواده فرد، هرکدام احساس کاملاً متفاوتی نسبت به حادثه دارند و ممکن است احساس گناه یا ترس داشته باشند. این مسئله مهم است که پرسشگر به عوامل اجتماعی توجه کند و روی رسیدگی در بیمارستان، تفسیر و داوری نداشته باشد و اگر افراد جامعه، اطراف فرد در این مورد از او پرسیدند، باید آنها را به فرد مناسب در مرکز درمانی مربوطه، ارجاع دهد.

۶) نظارت بر ثبت اطلاعات:

ضرورت دارد کمیته در صورت ناقص بودن مستندات پرونده متوفی، در جهت بهبود وضعیت ثبت، اقدام نماید.

قدم ۸: جمع بندی اطلاعات، تفسیر نتایج اطلاعات و ترسیم و نتیجه گیری نهایی

در طی بررسی هر مورد مرگ باید عوامل قابل اجتناب موثر در مرگ، قبل از پذیرش در مرکز درمانی و قبل از ارایه مراقبت ها توسط متخصصین بالینی روشن شود و جلسه ای با کلیه کسانی که در رسیدگی و مراقبت بیمار در بیمارستان دخالت داشته اند؛ انجام گیرد. افراد دعوت شده در این جلسه می تواند شامل مراقبین بهداشتی که قبل از پذیرش بیمار، مراقبت های لازم را به او ارایه داده اند نیز باشند. همچنین پرسنل اتاق عمل، زایشگاه، پاتولوژیست مربوطه و همه کسانی که به نوعی می توانند اطلاعاتی در این زمینه داشته باشند؛ در جلسه حضور داشته باشند. جزئیات دریک مصاحبه واقعی و به شکل دقیق و روشن و بدون هیچ پیشداوری ارایه شود و بحث به گونه ای ادامه یابد که زنجیره توالی اتفاقات شناخته شود. این مهم است که محیطی خالی از تهمت برقرار باشد، به طوری که بحث و گفتگو کاملاً صادقانه و بدون ترس از متهم شدن انجام گیرد. این بررسی باید بدون نکته مبهم و بدون رمز و راز باشد؛ این امر باعث بهبود احساس رضایت و مسئولیت، برای همکاری در اجرای صحیح طرح می شود. هدف اصلی از این نشست ها، شناسایی عواملی است که اگر از آنها اجتناب می شد، می توانست از مرگ فرد جلوگیری کند. یکی از شایع ترین و کارآمدترین روش های تحلیلی و تفسیر اطلاعات بدست آمده از بررسیها، روش تحلیل ریشه ای علل است. در این روش، ابتدا براساس بررسیهای قبلی، زمان بندی مفصل و کامل وقایع اتفاق افتاده انجام می گردد. در مراحل بعدی کلیه عواملی که احتمالاً می تواند در مرگ فرد نقش داشته باشد، فهرست می شده و سپس این فهرست، در زیر گروه های مربوطه (همانند علل محیطی، علل سازمانی، علل مرتبط با فرایند و...) دسته بندی می گردد. در این مرحله می توان سپس از دسته بندی با ترسیم الگوریتم هایی (همانند الگوریتم های استخوان ماهی) به تعیین مکان واقعی و ارتباطات ساختاری علل و عوامل موثر در مرگ فرد پرداخت و بدین ترتیب عوامل قابل اجتناب، مشخص می گردد و با شناخت آنها مقدمات جهت بررسی و رفع آن بوجود می آید.

در کمیته مرگ ابتدا باید بررسی، روی مرگ تک تک مرگها صورت گیرد؛ سپس نتایج همه (مانند: مرگهای اورژانس - Icu - ccu مرگ مادران - مرگ نوزادان) برای شناسایی الگوهای رایج جمع بندی شود. در جمع آوری نتایج همه مرگهای هم گروه یا هم طبقه، یافته های مهم از بررسی مرگ تک تک موارد ترکیب می شوند تا الگوهای مشترک بدست آید. در این قسمت باید اطلاعات، تأیید شده و نتایج، به صورت رمز ارایه شوند. این کار بسیار مهم

است تا یافته‌ها حالت آشکار پیدا نکنند. در ابتدا یک یا دو نفر از اعضای گروه بررسی یافته‌ها را جمع‌آوری کند و آنها را در اختیار کمیته مرگ قرار دهند.

توافق در کمیته:

در کمیته مرگ در زمینه یافته‌های مهم توافق ایجاد می‌شود که می‌تواند مربوط به مسائلی از قبیل موارد زیر باشد:

- آیا بیماری زمینه‌ای منجر به فوت شده است؟ بله خیر
- آیا کمبود امکانات و تجهیزات منجر به فوت شده است؟ بله خیر (ذکر موارد)
- آیا تاخیر در زمانهای ویزیت اولیه و مشاوره‌ها منجر به فوت شده است؟ بله خیر (ذکر موارد)
- آیا اقدامات درمانی انجام شده به موقع بوده است؟ بله خیر (ذکر موارد)
- آیا اقدامات درمانی انجام شده صحیح است؟ بله خیر (ذکر موارد)
- آیا اقدامات درمانی انجام شده کافی بوده است؟ بله خیر (ذکر موارد)
- چه اقداماتی باید انجام می‌گرفت تا بیمار فوت نکند؟ (ذکر موارد)
- راهکار مناسب کدام است؟

مثال:

- عدم کفایت در تزریق خون می‌تواند یکی از عوامل قابل پیشگیری باشد.
 - در بسیاری از مواقع، تاخیر در نظرخواهی و مشاوره با یک متخصص دوم، نیز اتفاق می‌افتد.
- این یافته‌های اصلی، نیاز به شرح و تفسیر بیشتری دارد اما به شرطی که برای هر یک از یافته‌های بالا چندین تفسیر وجود داشته باشد. برای مثال، چند نظریه در این مورد که چرا عدم کفایت استفاده از تزریق خون می‌تواند یک عامل شایع قابل اجتناب باشد، شامل موارد زیر می‌باشد:
- آیا اعضاء جامعه تمایل به اهداء خون نداشتند؟
 - آیا ذخایر خون سالم کافی وجود نداشت؟
 - آیا بیماران، تمایلی به دریافت خون نشان نمی‌دادند به علامت مثلاً تنس از عفونت HIV؟
 - آیا کمک‌های آزمایشگاهی، برای چندین ساعت در دسترس نبود؟
 - آیا پزشکان، تمایلی به انجام تزریق خون و کراس مچ نشان نداده‌اند؟
 - آیا ذخایر، ناکافی بوده است (مثل کیسه‌های تزریق و ست تزریق خون؟)
 - آیا متوجه نیاز مجدد بیمار به تزریق خون نشده‌اند؟

قدم ۹: بکارگیری یافته‌ها

لازم است اعضای کمیته پس از مطالعه نظرات کارشناسی و گزارشات و پرسشنامه‌ها عوامل قابل اجتناب را شناسایی و سپس نوع مداخله و سطح مداخله و سقف زمانی برای اجرای مداخله را مشخص نمایند. اعضای کمیته

باید بدانند این وظیفه آنهاست که از اعمال و پیاده شدن تمام نتایج بدست آمده از تحقیق مطمئن شوند. در حقیقت رایه بازتاب کار به افراد مورد نیاز، یک الزام اخلاقی و پسندیده است. بنابراین براساس نتایج و بررسی یک فهرست عملکرد آماده می شود که این فهرست در زمینه یک مرگ و یا تعدادی از مرگها است.

در این فهرست آنچه باید انجام شود و کسانی که باید انجام دهند و کسانی که باید آن را به افراد دیگر، با برگزاری جلسات رایه دهند، مشخص می شود. سپس این فهرست بررسی می شود تا اطمینان حاصل گردد که همه موارد آن اجرا شده است.

برای مثال اقداماتی که پس از بررسی یک مرگ می تواند انجام شود، شامل موارد زیر است:

- ۱ - انتقال اطلاعات جدید به وابستگان نزدیک بیمار .
- ۲ - صحبت با مسئول داروخانه، درباره داروهای اصلی موجود در داروخانه .
- ۳ - ترتیب تهیه و ذخیره خون جدید از بانک خون ، داده شود .
- ۴ - بازنویسی قسمتی از راهنمای بالینی بخش مربوطه.
- ۵ - تهیه و تدارک کلاسها و آموزش های تکمیلی برای کارکنان بیمارستان.
- ۶ - رایه بازتاب کار برای آموزش دهنده های بهداشتی، NGO و مسئولین امکانات عمومی (مثل حمل و نقل)، در مواردی که یافته ها به کار آنها نیز مربوط می شود.

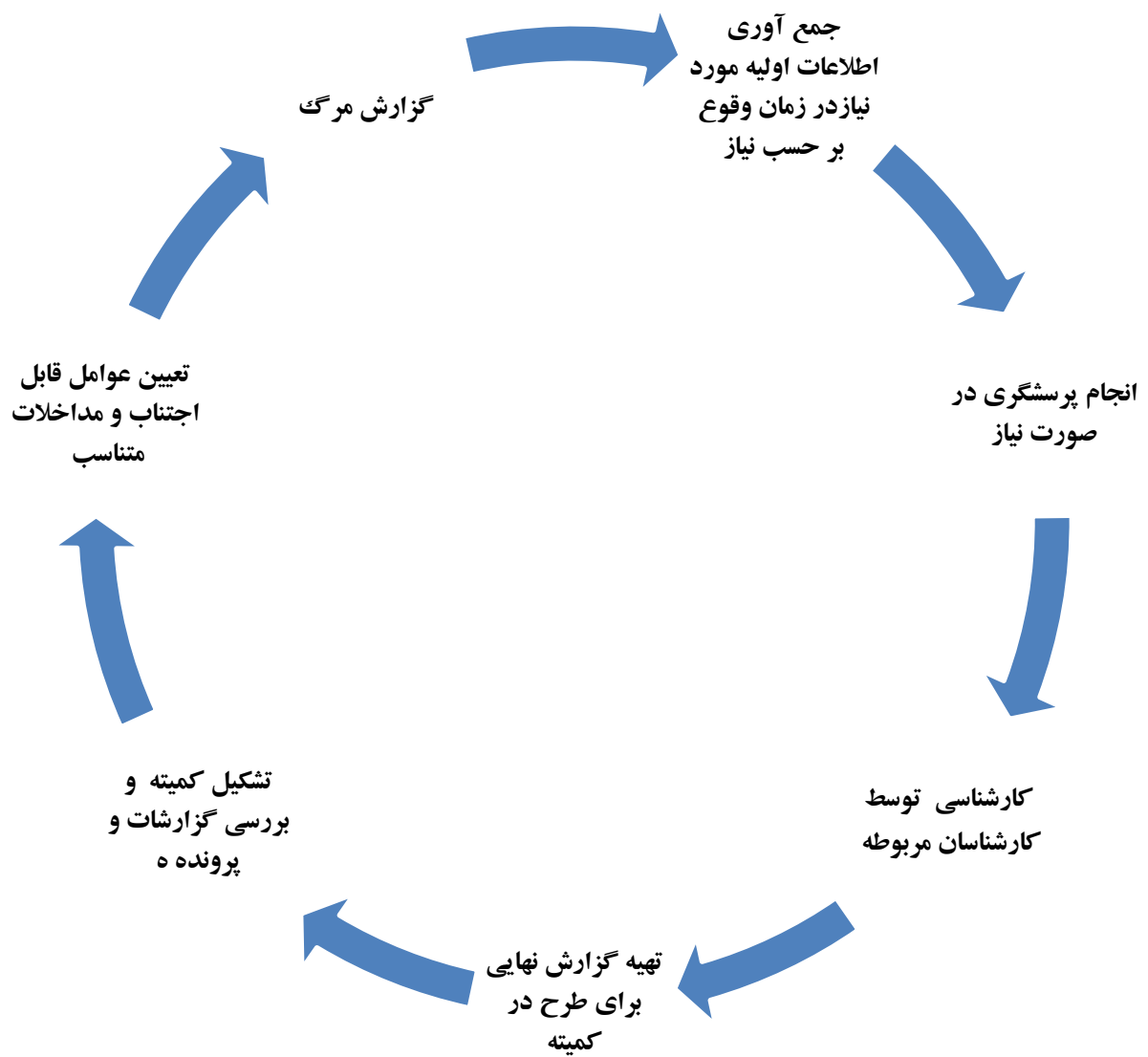
هر سطحی در بیمارستان که متولی رفع مشکل و مداخلات شناخته می شود باید برنامه اجرایی مداخله را در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد. همچنین گزارش اقدامات انجام شده و پیشرفت کار را به دبیر کمیته تحویل دهد. اگر کمیته تشخیص دهد که سطح مداخله در سطوح و مرکزی بالاتر قرار دارد (دانشگاه، وزارتخانه و...) موارد را به سطح مربوطه گزارش می نماید.

نتیجه مداخلات انجام شده باید بصورت دوره ای به سطوح بالاتر گزارش شود . زمان ارسال این گزارشات توسط سطح بالاتر (دانشگاه و...) تعیین می گردد. بهتر است مداخلات پیشنهادی قابل دسترسی، ارزان و موثر باشند.

قدم ۱۰: تصمیم بر اینکه بررسی مرگ در بیمارستان، در آینده به همین صورت تکرار شود و ادامه یابد.

با توجه به تجارب بدست آمده از این بررسیها، کامل کردن آنها امری مهم است. بر اساس منابع اطلاعاتی و پیاده کردن اطلاعات قابل اجرا، تصمیم گرفته می شود که آیا فرایند در حال بررسی ادامه یابد یا روند دیگری شروع شود. آموخته های مفید حاصل از این بررسی باید اجرا شود و برای بهبود بررسیهای بعدی مورد استفاده قرار گیرد. ضروری است بصورت دوره ای (۳ تا ۶ ماه) گزارشات بررسی شده در کمیته های قبلی بصورت گره و هی بازبینی، جمع بندی و تحلیل شوند و در صورت امکان مداخلات جدید طراحی شوند.

گردش کار بررسی یک مرگ در بیمارستان در نمودار زیر نشان داده شده است:



کمیته مرگ و میر اورژانس بیمارستان

اورژانس‌های بیمارستانی اولین نقطه تماس بیماران با سیستم خدمات درمانی می باشد. در به ثمر رسیدن تلاش‌های پیشگیرانه در زمینه کاهش مرگ و میر به ویژه اقدامات اورژانس پیش بیمارستانی نقش اساسی دارد. اورژانس بیمارستان نقش بسزایی در کاهش مرگ و میر، اعاده سلامتی و رضایتمندی از نظام خدمات درمانی دارد. آنچه که باید در اورژانس بیمارستان مورد توجه قرار گیرد، فرآیندهای منجر به مرگ بیماران و شناسایی نقاط کلیدی و رفع نارسایی‌های منجر به مرگ و کاهش مرگ بیماران می باشد. بهتر است این کار توسط کمیته مرگ و میر اورژانس انجام گیرد.

تعریف مشخصی برای مرگ بیماران اورژانسی وجود ندارد و بصورت قراردادی می باشد. اما آنچه که مورد توافق می باشد تقسیم بندی مرگ‌های اورژانس به مرگ‌های منتظره و غیرمنتظره می باشد. در این گونه مرگ‌ها علائم حیاتی، سطح هوشیاری و زمان ماندگاری بیمار در اورژانس مورد توجه قرار می گیرد. از سوی دیگر امکان بررسی تمام مرگ‌های ثبت شده در اورژانس شامل بیماران مزمن در مراحل نهایی (End stage) نمی باشد. بر این اساس تعریف مرگ بیماران اورژانس عبارت است از:

بیمارانی که با علائم حیاتی (تنفس، فشارخون، نبض) و هوشیار به اورژانس مراجعه می نمایند و مرگ آنها غیر منتظره (un expected) و در ۲۴ ساعت اول رخ می دهد. بیماران End stage با زمینه بیماریهای مزمن و بیمارانی که بدون علائم حیاتی به اورژانس مراجعه نمایند و تحت C.P.R قرار گیرند مورد نظر نمی باشد. در واقع فقط مرگ‌های مورد بررسی قرار می گیرند که منطبق بر تعریف فوق یا معیارهای مدنظر کمیته باشد

- در کمیته اورژانس مرگ‌های غیر منتظره بررسی می شوند، ولی گزارشی برای مراجع قضایی تهیه و ارسال نمی شود. در این بررسی فرایند منجر به مرگ از قبل از بیمارستان نیز مورد توجه قرار می گیرد
- تشکیل کمیته مرگ بیماران اورژانسی در کلیه بیمارستانها ضروری می باشد.
- شناسایی فرایند منجر به فوت و مداخله مناسب در جهت بهبود عملکردها اهمیت فوق العاده ای دارد. اگر این روند بدرستی انجام نگیرد جمع آوری اطلاعات و آمار مرگ بیماران اورژانس به تنهایی ثمری نخواهد داشت

اعضاء کمیته مرگ بیماران اورژانسی در هر بیمارستان:

۱. رئیس بیمارستان (بعنوان رئیس کمیته)
۲. یک نفر پزشک عمومی اورژانس به عنوان دبیر
۳. رئیس بخش اورژانس
۴. معاون آموزشی بیمارستان (در بیمارستانهای آموزشی)
۵. نماینده گروههای آموزشی مربوطه
۶. پزشک معالج در بیمارستانهای درمانی
۷. تیم درمانی بیمار
۸. مسئول پرستاری اورژانس

شرح وظایف کمیته مرگ و میر اورژانسی در هر بیمارستان:

۱. بررسی موارد مرگ اعلام شده و حذف مرگ‌های غیر مرتبط بر اساس تعریف اعلام شده
۱. تعیین عوامل قابل پیشگیری و نوع مداخله و سطح مداخله کننده
۲. ارسال نتایج به سطوح بالاتر

فرمها و گردش کار اطلاعات

در کلیه مراحل بررسی یک مورد مرگ، کارشناسان و پرسشگران باید جنبه های زیر را مد نظر داشته باشند:

● پذیرش:

- ✓ آیا کارکنان ذی صلاح برای پذیرش و درمان بیمار، حضور دارند؟
- ✓ موارد بستری اورژانس چگونه صورت می گیرد؟

● تجویز داروها:

- ✓ آیا داروهای کافی جهت رفع نیازهای بیمار وجود دارد؟
- ✓ آیا برای کنترل داروها از دستورالعمل ها پیروی می شود؟

● اقدامات تشخیصی:

- ✓ چه انواعی از اقدامات تشخیصی انجام می شود؟
- ✓ آیا ابزارهای لازم، موجود و سالم هستند؟
- ✓ آیا افراد شایسته جهت انجام آزمون ها حضور دارند؟
- ✓ آیا نتایج به گونه ای بهنگام در دسترس قرار می گیرند؟

● درمان و اقدامات:

- ✓ درمانها و اقدامات معمول شامل چه مواردی است؟
- ✓ آیا نیازهای بیمار مد نظر قرار می گیرد؟
- ✓ آیا تاخیر در مراقبت وجود دارد؟

● مراقبت پرستاری:

- ✓ آیا مراقبت پرستاری بر طبق دستورالعمل ها و راهنماهای خاص، صورت می گیرد؟
- ✓ آیا نگرانی هایی در ارتباط با ارزیابی، برنامه ریزی، پیاده سازی و ارزشیابی مراقبت از بیمار وجود دارد؟

● مشاوره و آموزش بیمار و خانواده:

- ✓ آیا بیماران و خانواده ها، آموزش و مشاوره درباره درمان دریافت می کنند؟
- ✓ آیا مفاد آموزشی موجود برای جمعیت های مد نظر، مناسب است؟

● پرونده های پزشکی:

✓ آیا اطلاعات به خوبی در پرونده های پزشکی ثبت می شوند؟

✓ کارکنان چقدر برای ثبت مراقبت از بیمار، وقت صرف می کنند؟

✓ آیا پرونده های پزشکی قبلی سریعاً به بخش آورده می شوند؟

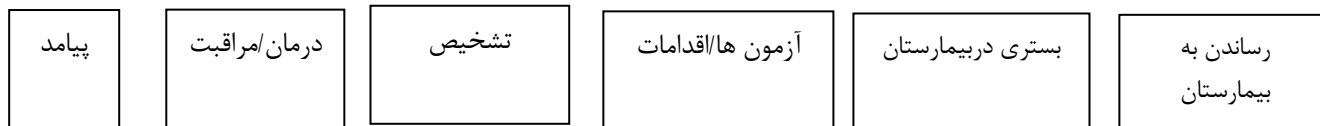
نمونه پرسشها طبق مسیری که بیمار در بیمارستان طی می نماید و باید مدنظر پرسشگران یا کارشناسان باشد در شکل صفحه بعد ارائه شده است. پرسشگران نکته های زیر را مد نظر قرار دهند:

- در صورت نیاز به فضای بیشتر برای پاسخ ها می توان یک یا چند برگ دیگر به پرسشنامه ها اضافه کرد.

- پرسشگر باید مسیر گفتگو را به نحوی هدایت کند که به اطلاعات مفید و مورد نظر دست یابد.

جارت شماره ۱: اقامت بیمارستانی منجر به مرگ و میر .

جریان وقایع بیمار



دیها:

● فوت بیمار	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا سطوح و تعداد کارکنان در مرگ بیمار مشارکت داشت؟ ● آیا کارکنان، مدرک مناسب و شایستگی مورد نیاز برای مسولیت های خود را دارند؟ ● آیا مرگ و میرها مرتبط با یک خدمت (اقدام) خاص یا استفاده از یک وسیله ویژه بوده است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا پزشک جهت تشخیص مشکل بیمار حضور داشت 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا مواد و تجهیزات ضروری موجود بودند؟ ● آیا کارکنان ماهر و خبره جهت انجام آزمونها / اقدامات حاضر بودند؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا کارکنان ماهر جهت پذیرش بیمار حضور داشتند ● آیا اطلاعات لازم در هنگام نیاز موجود بود؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا بیمارستان به حتی در دسترس ده است؟ (مثلا زبون درها، دسترسی، اتاق اورژانس) آیا وسایل حمل و نقل ردسترس بوده است؟
-------------	---	---	--	---	---

فرایندها:

<ul style="list-style-type: none"> ● آیا درمان یا مراقبت ارائه شده، متناسب با وضعیت بیمار بوده است؟ ● آیا درمان یا مراقبت ارائه شده، در مرگ بیمار مشارکت داشته است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا یک ارزیابی سریع و کامل، طبق دستورالعمل انجام گرفت؟ ● آیا تشخیص مناسب صورت گرفته است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا آزمون ها و اقدامات طبق دستورالعمل بیمارستان انجام گرفت؟ ● آیا نتایج سریعاً به پزشک اطلاع داده شد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا سریعاً برای بیمار اقدامات طبق دستورالعمل بیمارستان انجام گرفت؟ ● آیا نتایج سریعاً به پزشک اطلاع داده شد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ● آیا ارجاع مناسب و به هنگام صورت گرفت؟
---	---	--	---	---

فرم شماره ۱ : جمع آوری اطلاعات مربوط به زمان فوت:

- این فرم برای آن گروه از مرگهایی که کمیته تعیین کرده است و توسط پرسشگرانی که توسط کمیته تعیین شده اند تکمیل و به دبیر کمیته ارائه می شود. این فرم شامل اطلاعات زیر می باشد:
- کد کمیته مرگ و میر: منظور شماره ای است که کمیته مرگ و میر توسط دبیر کمیته به هر مرگی که قرار است بررسی شود اختصاص می دهد
- علت فوت بر اساس گواهی فوت ثبت می شود
- سیر بیماری شامل شرح وضعیت بیمار در طی روزهای آخر درمان و یا بستری
- آخرین تشخیص و مراقبتهای انجام شده انتهایی برای بیمار در قبل از فوت
- مشاهدات از پیرامون متوفی شامل: تجهیزات، داروها، کارکان شرکت کننده در مراقبتها
- گزارش جامعی از عملیات احیای بیمار طبق چک لیست بررسی وضعیت احیاء که توسط کمیته تهیه می شود

نام مرکز:

بررسی اقدامات و مراقبتهای انجام شده در مراحل انتهایی قبل از فوت

فرم شماره ۱

بخش بستری:

شماره پرونده:

علت زمینگی فوت:

علت مستقیم فوت:

کد کمیته مرگ و میر:

جنس: مرد زن

تاریخ و ساعت ورود:

تاریخ و ساعت فوت:

وضعیت بیمار هنگام پذیرش و ورود به بخش:

کمبودها و ضعفهای احتمالی	کد پرسنل	اقدامات انجام شده	وضعیت بیمار

اگر در هر کدام از فرایندهای مراقبت تاخیری وجود داشته است قید شود: در انتقال:

حضور پزشک و شروع مراقبت پزشکی:

شروع مراقبت پرستاری:

سایر موارد:

انجام خدمات تشخیصی:

کد و امضاء تکمیل کننده فرم

فرم شماره ۲: مصاحبه با کارکنان فنی بیمارستان در خصوص رخدادهای مرتبط با متوفی:

- این فرم برای آن گروه از مرگهایی که کمیته تعیین کرده است و توسط پرسشگرانی که توسط کمیته تعیین شده اند تکمیل و به دبیر کمیته ارائه می شود. در تکمیل این فرم باید موارد زیر را مدنظر داشت:
- فاصله زمانی از پذیرش بیمار تا انجام اولین معاینه پزشک یا ماما و شروع مراقبتها
- وضعیت متوفی در اولین معاینه شامل شکایات وی، علائم مشاهده شده در معاینه و تشخیص احتمالی در نظر گرفته شده؛
- تعیین عنوان و مدرک اولین فردی که بیمار را ملاقات کرده،
- سابقه بیمار؛
- اولین تشخیص و مراقبتهای انجام شده؛
- سیر علائم بیماری شامل شرح وضعیت بیمار در طی روزهای درمان و یا بستری؛
- علت اصلی (زمینه ای) فوت از نظر مصاحبه شونده؛
- تجهیزات و کمبودها برحسب مشکل متوفی، سالم بودن تجهیزات و ثبت کمبودهای مشاهده شده از نظر پرسنل درمانی مورد مصاحبه.

نام مرکز

مصاحبه با کارکنان فنی مرکز

فرم شماره ۲

کد کمیته مرگ و میر:

جنس: مرد زن

بخش بستری:

شماره پرونده:

ضعفها و کمبودهای احتمالی	کد پرسنل	شرح مراقبتهای انجام شده

اگر در هر کدام از فرایندهای مراقبت تاخیری وجود داشته است قید شود: در انتقال:
انجام خدمات تشخیصی: شروع مراقبت پرستاری:

حضور پزشک و شروع مراقبت پزشکی:
سایر موارد:

کد و امضاء تکمیل کننده فرم

فرم شماره ۳: مصاحبه با اطرافیان متوفی

مصاحبه و جمع آوری اطلاعات برای خویشاوندان متوفی غم انگیز است و باید با توجه به عزادار بودن خانواده و اظهار همدردی با غم آنان هدف از مصاحبه و اهمیت همکاری آنها در کاهش مرگهای مشابه برای خانواده توضیح داده شود. این فرم برای آن گروه از مرگهایی که کمیته تعیین کرده است و توسط پرسشگرانی که توسط کمیته تعیین شده اند تکمیل و به دبیر کمیته ارائه می شود. برای مثال در مرگهای بخش اورژانس توسط مسئول علمی یا پرستاری یا دبیر کمیته مرگ اورژانس و یا در شیفت عصر و شب توسط سوپروایزر تکمیل شود.

۱- رخدادهای مرتبط با فوت بیمار از زمان ورود به بیمارستان تا هنگام فوت نظیر:

- زمان ویزیت پزشکان

زمان انجام اقدامات پرستاری

زمان انجام اقدامات پاراکلینیک

میزان رضایتمندی از خدمات ارائه شده و سایر سوالاتی که به روشن شدن رخداد کمک نماید.

۲- علت فوت بیمار از نظر همراه

۳- چه کاری باید انجام می شد تا بیمار فوت نکند.

پرسشگرانی که برای این منظور انتخاب می شوند باید درایت و مهارت لازم را داشته باشند تا از ایجاد تنشهای احتمالی پیشگیری شود:

نام مرکز

مصاحبه با اطرافیان بیمار

فرم شماره ۳

کد کمیته مرگ و میر:

جنس: مرد زن

بخش بستری:

شماره پرونده:

ضعفها و کمبودهای احتمالی	نسبت	نظر اطرافیان متوفی

اگر در هر کدام از فرایندهای مراقبت تاخیری وجود داشته است قید شود: در انتقال:

شروع مراقبت پرستاری:

انجام خدمات تشخیصی:

حضور پزشک و شروع مراقبت پزشکی:

سایر موارد:

کد و امضاء تکمیل کننده فرم

فرم شماره ۴ : اطلاعات اقتباس شده از پرونده پزشکی

این فرم می بایست با توجه به پرونده متوفی و توسط کارشناسانی که از قبل کمیته تعیین کرده است تکمیل و به دبیر کمیته ارائه شود. انتظار می رود اسناد پزشکی در خصوص موارد زیر کامل باشد:

- ثبت دقیق وضعیت بیمار و شرح حال پزشکی وی، همراه با ثبت تاریخ و ساعت ملاقات و نام و نام خانوادگی فرد معالج،
- ثبت تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار در پرونده بیمارستانی وی، همراه با نام و نام خانوادگی فرد اقدام کننده و تاریخ و ساعت اقدام انجام شده،
- وجود کلیه سوابق مهم پزشکی شامل آزمایشها درخواست های مشاوره، برگ شرح عمل در اسناد پزشکی بیمار **نکته:** در صورت نبود هر یک از موارد فوق در بررسی اسناد پزشکی، اطلاعات ناقص محسوب میشود .

مواردی که باید از پرونده استخراج شوند عبارتند از:

- اقدامات مهم انجام شده و وضعیت جسمانی بیمار به ترتیب ساعت و روز، ثبت گردیده و به جای نام مراقبت کننده، کد وی درج شود.
- شرح وضعیت بیمار از بدو ورود و در زمانهای انتقال: شامل علائم مشاهده شده و شکایات بیمار و ... است .
- اقدامات انجام شده: ثبت اقدامات مهم درمانی جهت بیمار شامل درمان دارویی با ذکر نام دارو، تزریق خون، انجام آزمایشات مورد نیاز (خون و ادرار، رادیولوژی، سونوگرافی) مشاورهای تخصصی انجام شده و ارجاع از مرکز درمانی به سایر مراکز است.

نتیجه براساس پرونده:

تیم کارشناسی پس از بهره گیری از اطلاعات (مدارک پزشکی، مصاحبه با کارکنان فنی و اطرافیان متوفی) باید با همکاری با دبیر کمیته مرگ و سایرین، گزارش مرگ را تدوین نمایند. نکات کلیدی دریافت شده باید به ترتیب زمان و محل به صورت داستان مرگ باز نویسی شود این امر سبب میشود تا علل زنجیره ای مرگ راحت تر بررسی شود. در این گزارش باید نکات زیر ثبت شود: مشخصات کلی متوفی - شرح مختصری از سابقه بیماریها و مراقبتهای قبلی - اقدامات انجام شده و مراقبتهای طول مدت بستری - هر نوع اشکال در پرسشگری، جمع آوری و ثبت اطلاعات در انتهای گزارش مرگ - کارشناس پرونده بایستی نظر خود را در مورد علت زمینه ای و علت مستقیم منجر به مرگ، تاخیرهای صورت گرفته و عوامل قابل اجتناب منجر به فوت در گزارش بیان نماید.

نام مرکز

اطلاعات اقتباس شده از پرونده پزشکی

فرم شماره ۴

تاریخ و ساعت	شرح وضعیت بیمار	اقدامات انجام شده	ضعفها و کمبودهای احتمالی
قبل از ارجاع به مرکز			
در دوران بستری			

کد کمیته مرگ و میر:

جنس: مرد زن

بخش بستری:

شماره پرونده:

کیفیت ثبت اسناد: اطلاعات: کامل ناقص

توضیح موارد نقص:

توضیح موارد نقص:

خوانا ناخوانا

توضیح موارد ناخوانا:

انجام خدمات تشخیصی:

اگر در فرایند مراقبت تاخیری وجود داشته است قید شود: در انتقال:

شروع مراقبت پرستاری:

حضور پزشک و شروع مراقبت پزشکی:

سایر موارد:

نام و امضاء تکمیل کننده فرم

فرم شماره ۵: بررسی عوامل قابل اجتناب مرگ و شبکه علیت تعیین علل و عوامل موثر بر مرگ و طراحی مداخله

پس از شناسایی عوامل موثر در مرگ باید عوامل بر اساس اولویت را انتخاب و در این فرم منتقل شود در این فرم برای هر یک از عوامل انتخاب شده محلی برای درج علل اصلی و برای هر علت نیز محلی برای نوشتن مداخله در نظر گرفته شده است

کمیت مرگ پس از مطالعه و بررسی کلیه مطالب ذکر شده در پرسشنامه ۱۰ و گزارش کارشناسی باید نسبت به شناسایی عوامل قابل اجتناب و علل بروز آنها و مداخلات اقدام نماید

نام مرکز

فرم شماره ۵

عوامل قابل اجتناب و علل بروز آنها و طراح مداخلات

کد کمیته مرگ و میر:

جنس: مرد زن

بخش بستری:

مداخلات پیشنهادی	علل بروز	قابل		عامل قابل اجتناب
		پیشگیری قطعی	احتمالی	

امضای اعضای کمیته

فرم شماره ۶: جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده در کمیته مرگ بیمارستان

مداخلات تعیین شده در فرم برای سازماندهی منابع و برنامه ریزی برای اجرا شامل: مشخص کردن سطح مسئول مداخله، فرد مسئول اجرا، زمان یا دوره اجرا، واحد فعالیت، کل هزینه، محل تأمین اعتبار به این فرم منتقل و پس از تکمیل شدن امضای رئیس بیمارستان جهت اجرا به سطوح مربوطه ابلاغ میشود.

ضمناً سه ستون آخر فرم جهت پایش اجرای مداخلات در نظر گرفته شده که در آن تاریخ اجرا و اینکه اجرا در زمان مقرر انجام شده یا خیر مشخص میشود همچنین در صورت عدم اجرا یا تأخیر ذکر علت آن ضروری است.

نام مرکز

فرم شماره ۶

جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده در کمیته مرگ بیمارستان

عنوان مداخله:

واحد مسئول اجرا:

مربوط به مصوبه کمیته مرگ و میر تاریخ:

پایش اجرا			محل اجرا	محل تامین اعتبار	هزینه مورد نیاز	زمان یا دوره اجرا	مسئول اجرا	فعالیت
تاخیر در اجرا	عدم اجرا به علت	اجرا در زمان مقرر						