

## مقاله پژوهشی

# چالش‌های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی: مطالعه کیفی در بیمارستان‌های دانشگاهی

محمد کشوری<sup>۱</sup>، زهرا خوانساری<sup>۲</sup>، کورش رجب خواه<sup>۳</sup>، آناهیتا الماسیان<sup>۴</sup>

رودابه امیدی‌فر<sup>۵</sup>، سید مسعود موسوی<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، خرم‌آباد، ایران

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد ارزیابی فن‌آوری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، خرم‌آباد، ایران

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد مدیریت فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، خرم‌آباد، ایران

\* نویسنده مسؤول: سید مسعود موسوی

m.mousavihp93@gmail.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود دائمی کیفیت، پاسخ‌گو می‌باشند. هدف پژوهش حاضر، شناسایی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه مدیریت خطر بود.

**روش پژوهش:** این مطالعه یک پژوهش کیفی است. محیط پژوهش را ۷ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه پژوهش را افراد درگیر در برنامه حاکمیت بالینی تشکیل می‌دانند. ۱۸ شرکت کننده با روش نمونه‌گیری غیرتصادی هدفمند و از روش موارد شناخته شده، انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که با موافقت شرکت کنندگان ضبط، بازنویسی و تحلیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی با نرم افزار MaxQDA استفاده شد.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید دو درون مایه اصلی گردید که شامل «عوامل مربوط به فرهنگ نامناسب سازمانی و عوامل مربوط کمبد منابع» بود.

**نتیجه‌گیری:** توانمندسازی مدیریت در کنار توانمندسازی کارکنان مراقبتی و درمانی می‌تواند کلید برطرفسازی موانع استقرار مدیریت خطر در محیط‌های درمانی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت خطر، حاکمیت بالینی، مطالعه کیفی

ارجاع: کشوری محمد، خوانساری زهرا، رجب خواه کورش، الماسیان آناهیتا، امیدی فر رودابه، موسوی سید مسعود. چالش‌های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی: مطالعه کیفی در بیمارستان‌های دانشگاهی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۵، ۱۰-۲۱: ۹۲-۱۰۲.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۲۶

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۷

## مقدمه

حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های رائئه کننده خدمت در قبال بهبود دائمی کیفیت، پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی، شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (۱۴). رواقی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با هدف بررسی موانع موجود در استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی از دیدگاه معاونین درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مهم‌ترین چالش استقرار و ارزیابی حاکمیت بالینی را، آگاهی ناکافی مدیران از اهداف، اصول و استانداردهای اجرایی چه در سطح دانشگاه و چه در سطح بیمارستان گزارش نموده اند که اهمیت برگزاری دوره توجیهی را نشان می‌دهد (۱۵). میسن (۲۰۰۱) و شهرآبادی (۱۳۹۲)، نبود راهکارهای تشویقی کافی برای بیمارستان‌های موفق در برنامه بهبود کیفیت، عدم آموزش به کارکنان جدید الورود، نداشتن دانش و مهارت کافی در انجام کارها، نبود تعهد کافی در اجرای برنامه و همچنین بالا بودن هزینه اجرای برنامه را، به عنوان چالش اجرایی برنامه عنوان نمودند (۱۶,۱۷). در مطالعات دیگری نیز، عوامل مقاومت سازمانی برای اجرا و ارزیابی توسط کارکنان سازمان، ضعف سیستم جمع‌آوری اطلاعات و درک متفاوت پرسنل و مدیران رده‌های مختلف، به عنوان موانع و چالش در مسیر اجرای اعتباربخشی ذکر شده است (۱۸-۲۰).

از طرفی شناسایی راههای پیشگیری از خطاهای کاهش عوارض آن‌ها و اولویت بندی راهکارهای اساسی، از مهم‌ترین اقدامات در جهت کاهش این خطاهای می‌باشد. مدیریت خطر یکی از حیطه‌های برنامه حاکمیت بالینی یا برنامه اعتبار بخشی در سال ۱۳۹۵ است که احتمال خطای درمان گران و آسیب دیدن بیمار را کاهش می‌دهد. در عین حال این روش، احتمال شکایت و پیگردگاهی قانونی را نیز از خدمت گیرندهای به حداقل می‌رساند. درگذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی (reactive) بررسی می‌شد؛ یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می‌شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل آید ولی در چهارچوب اجرای حاکمیت بالینی، تأکید بر شیوه پیشگیرانه (proactive) بوده که در این شیوه، احتمال خطر، پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می‌شود (۲۱,۲۲).

یکی از مسائل مهم بخش سلامت، کیفیت خدمات و مراقبتها را ارائه شده به بیماران است. کیفیت مراقبت از عناصری تشکیل شده که اینمی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌ها است. بیمار در بیمارستان محور اصلی است و خدمات بیمارستانی به خاطر حضور او انجام می‌شود (۱,۲). مراقبتها سلامت به طور غیرقابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای اینمی بیمار همراه است. همه اعضا تیم پزشکی بدون در نظر گرفتن این که چه قدر ماهر، متعدد و با دقت باشند، ممکن است در هنگام انجام مراقبت از بیماران، دچار خطأ و اشتباه شوند (۳-۵).

بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آن‌ها مطابق با بهترین شرایط و استانداردها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد (۶). خطأ عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه‌ریزی شده مطابق با برنامه و یا استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (۷). طبق برآوردهای انجام شده، تقریباً از هر ده نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر روی داد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آن‌ها قابل پیشگیری هستند، همچنین حدود یک سوم از رویدادها به صورت‌های گوناگون، از بالا بردن که این زیان می‌تواند به صورت‌های گوناگون، از بالا بردن طول اقامت تا مرگ، متغیر باشد (۸). بدیهی است این اشتباهات، با افزایش قابل توجهی در میزان مرگ و میر بیماران و همچنین مشکلاتی از جمله افزایش طول مدت بستری در بیمارستان و افزایش هزینه‌ها، همراه هستند (۹).

مطالعات نشان می‌دهد که تنها وقایع جدی و مضر ناشی از خطاهای گزارش می‌شود، در حالی که خطاهایی که علایم ضعیف ایجاد کرده‌اند، ممکن است گزارش نشوند (۱۰). در ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، علت انجام خطأ ممکن است به دلایلی مانند ساعت کار نامناسب و غیر طبیعی مانند شیفت عصر و شب، شیفت روز تعطیل، دو شیفت شب پشت سر هم، دو شیفت شب و صبح، ساعت کار طولانی و مسئولیت بیش از اندازه پرستاران، تجربه کاری کم و کمبود نیرو در شیفت شب باشد. بر اساس آمار در این کشورها، سالیانه ۴/۴ میلیون اتفاق ناخواسته در اثر این خطاهای رخ می‌دهد (۱۱-۱۳).

می‌گردید. مصاحبه با سوال وضعیت اجرای برنامه مدیریت خطر در بیمارستان شما به چه صورت است؟ آغاز و سپس با توجه به اهداف پژوهش، هدایت می‌شد. جهت دستیابی به صحت (trustworthiness)، استحکام داده‌ها (rigor) و مقبولیت (credibility) آن‌ها با استفاده از مطالعه و بررسی مستمر داده‌ها (پیاده کردن مصاحبه‌ها و بررسی مرور آن‌ها تا پیدایش درون مایه‌های اصلی)، بازنگری و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط همکاران طرح (peer check) و بازنگری نوشتۀ‌ها توسط شرکت کنندگان طرح (member check) (نجام گرفت).

به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای نهفته (latent content analysis) استفاده شد. در این پژوهش جهت تحلیل داده‌های کیفی از نرم افزار MaxQDA برای کد گذاری و تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها ابتدا پس از گوش دادن چندیاره به هر مصاحبه و خواندن خط به خط مطالب پیاده شده از نوار مصاحبه‌ها، عبارات مهم موجود در محتوای داده‌ها مشخص، سپس مفاهیم مناسب (کدباز) آن تعیین و سپس به طور همزمان بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود و مقایسه مستمر کدهای باز در طبقات مشابهی قرار داده شد. کدهای باز بر اساس مشابهت در یک طبقه قرار گرفتند و زیر طبقات را تشکیل دادند و در نهایت با ادغام طبقات، درون مایه‌های اصلی تعیین شدند (۲۴). به منظور قابلیت اطمینان یافته‌ها (reliability) و برای بررسی اعتبار داده‌های پژوهش (validity)، یک ارتباط مؤثر و مبتنی بر اعتماد از (طريق بيان شفاف هدف مطالعه و اطمینان از محترمانگی اطلاعات بدون ذكر نام) با مشارکت کنندگان برقرار شد. جهت تأیید داده‌ها، هر مصاحبه پس از تجزیه و تحلیل، در اختیار مشارکت کنندگان در پژوهش قرار می‌گرفت و نظرات آن‌ها اخذ می‌شد. به منظور قابلیت تصدیق، پژوهشگر سعی کرد پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد و به منظور قابلیت انتقال یافته‌ها، مشارکت کنندگان از رشته‌های مختلف و با پست‌های سازمانی متفاوت انتخاب شدند.

این مطالعه در کمیته اخلاقی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاقی ۱۰۸۱۴۹-۰۲-۶۱-۱۹۹۲۰-۹۲ تأیید شد. همچنین، اهداف پژوهش برای

از این رو در ایران نیز با اجرای طرح حاکمیت بالینی در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان‌های سراسر کشور و برنامه اعتباربخشی در حال حاضر، اینمی بیماران بیش از گذشته مورد توجه سیاستگذاران سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها قرار گرفته است. وجه تمایز این مطالعه با سایر مطالعات این است که در این مطالعه به بررسی عمیق برای پیاده سازی صحیح مدیریت خطر به عنوان یکی از ارکان کلیدی برای بهمود کیفیت در چارچوب مدل حاکمیت بالینی سابق یا اعتباربخشی فعلی پرداخته شده است. در حالی که در مطالعات اخیر بیشتر بر روی شناسایی موانع اجرایی و عملیاتی این مدل به صورت کلی پژوهش‌های زیادی انجام شده بود (۱۴, ۱۵, ۱۷, ۲۳)؛ هدف پژوهش حاضر شناسایی چالش‌های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی بود.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه کیفی بوده که به روش تحلیل محتوا و با هدف کاربردی در زمستان ۱۳۹۴ انجام شد. این مطالعه، با هدف دستیابی به ادراک از موانع اجرای مدیریت خطر در چهارچوب برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه مشارکت کنندگان در تحقیق انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با استفاده از روش موارد شناخته شده انجام و جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع ادامه یافت. منظور از نمونه‌گیری هدفمند یا مبتنی بر معیار این است که افراد مورد مطالعه ترجیحاً بر اساس هدف تحقیق و نه بر اساس روش‌های تصادفی انتخاب می‌شوند (۲۴). جامعه آماری در این مطالعه، ۱۸ نفر از صاحب نظران و خبرگان ۷ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که برنامه حاکمیت بالینی را اجرا کرده اند تشکیل دادند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با خبرگان در محیط بیمارستان‌ها صورت گرفت. زمان هر مصاحبه بین ۳۵ تا ۸۵ دقیقه و با میانگین ۵۵ دقیقه بود و مکان مصاحبه‌ها به انتخاب مشارکت کنندگان در محیط بیمارستان انتخاب می‌شد. جهت انجام مصاحبه‌ها، مجوز لازم از کادر مدیریتی بیمارستان‌ها اخذ گردیده بود. برای تهیه فرم راهنمای مصاحبه اخذ گردیده بود. برای تهیه فرم راهنمای مصاحبه پژوهشگران، با مرور متون و استخراج گویه‌هایی مناسب از استناد و مطالعات مشابه به طراحی سوالات اقدام نموده و سپس با تایید استاد راهنمای، فرم راهنمای سوالات، نهایی

کنندگان، زن با حدود ۴۸ سال سن و دارای تجربه کافی با سابقه خدمتی حدود ۱۳ سال و سطح تحصیلات کارشناسی ارشد، بودند. تمامی مصاحبه شوندگان در پست‌های سازمانی کلیدی اعم از مدیریت، سوپر وایزر بالینی و مسئول حاکمیت بالینی وايمنى بيمار فعالیت مى نمودند و به طور مستقیم، درگیر در برنامه مدیریت خطر حاکمیت بالینی بوده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه منجر به استخراج ۲ درون‌مايه یا طبقه اصلی تحت عنوان فرهنگ سازمانی نامناسب و کمبود منابع و ۱۴ درون‌مايه یا طبقه فرعی گردید (جدول ۱).

مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و حفظ ناشناسی مشارکت‌کنندگان، حق امتناع آن‌ها از ادامه پژوهش و نگهداری متن مصاحبه‌ها در محل امن تضمین شد.

#### یافته‌ها

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حیطه مدیریت خطر در بیمارستان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. برای این منظور ۷ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران که در زمینه حاکمیت بالینی فعال بودند، انتخاب شدند. در مجموع با ۱۸ نفر از افراد درگیر اجرای برنامه حاکمیت بالینی مصاحبه انجام شد. اکثریت شرکت

جدول ۱: درون‌مايه‌ها و طبقات عنوان شده در رابطه با چالش‌های حاکمیت بالینی حیطه مدیریت خطر در بیمارستان

درون‌مايه‌ها	طبقه‌ها
فرهنگ نامناسب سازمانی	نقص در فرهنگ گزارش‌دهی خطأ و وجود نگرانی از عاقب آن سوء استفاده بیماران و همراهان از گزارش‌دهی خطأ
	نقص در هماهنگی مراجع قضایی با مراکز درمانی در خصوص گزارش‌دهی خطأ عدم احساس نیاز به وارد شدن به این حیطه توسط پزشکان
	کمبود اعتماد (در خصوص این‌که خطاهای گزارش‌داده شده تنها جهت بهبود کیفیت استفاده می‌شوند) داده‌سازی (گزارش‌دهی داده‌های غلط به مسئول ارشد)
	نقص در همکاری پرستاران بخش‌ها با مسئول مدیریت خطر و اینمی بیمار جهت دریافت بازخورد کمبود انگیزه کافی برای حل مشکل
	ضعف در آموزش کاربردی و اثربخش مبانی حاکمیت بالینی به کارکنان بالینی نقص در ارزیابی عملکرد کارکنان
کمبود منابع	غیر استاندارد بودن فضای فیزیکی بیمارستان کمبود منابع مالی جهت رفع کمبودها
	کمبود زیرساخت‌های لازم جهت اجرای برنامه عملی مدیریت خطر کمبود وقت و حجم بالای کارکنان و کاهش مشارکت آنان در انجام برنامه

دیگری (۲م) نیز با بیان: "ما بیاییم و سیستم رو جوری کنیم که همه هر خطایی که مرتكب میشن رو گزارش کن و تضمین کنیم که برخوردي با افراد انجام نمیشه و هدف یادگیریه اما خب نمیتونیم تضمین کنیم مراجع قضایی هم برخوردي نکن، ما مشکل و موانع قانونی داریم"، به وجود این مانع اشاره داشت. برای ترویج فرهنگ گزارش‌دهی خطأ، کارکنان باید آگاه باشند که گزارش خطاهای صرفًا به منظور برنامه‌ریزی برای پیشگیری از تکرار خطاهای رخ خواهد داد و اجراء در عدم اعلام اسامی افراد در گزارش خطاهای می‌تواند به ترویج این مهیم کمک نماید. علت ترس ارائه دهنده‌گان از بابت گزارش دادن خطاهای عدم اعتماد

الف: عوامل مربوط به فرهنگ نامناسب سازمانی  
نقص در فرهنگ گزارش‌دهی خطأ و وجود نگرانی از عاقب احتمالی آن، نقص در هماهنگی مراجع قضایی با مراکز درمانی در خصوص گزارش‌دهی خطأ و سوء استفاده بیماران و همراهان از گزارش‌دهی خطأ از موانع اجرای برنامه مدیریت خطر در بیمارستان‌ها، ذکر شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۱۲م) در این خصوص عنوان داشت: "ما هرچند هم که بگیم که جرمیه و سرزنش نمی‌کنیم باز همکاران نمیان خطاهایی رو که انجام میدن رو گزارش کنن، یه مقدارش به خاطر ترس از اینه که ممکنه بیماران هم از گزارش خطاهای سو استفاده کنن". مشارکت‌کننده

کار تیمی داره و متأسفانه ما تو این زمینه ضعیف هستیم و فرهنگ کاریمون انجام کار فردیه نه کار تیمی". باید دانست برنامه مدیریت خطری که بر اساس اطلاعات حاصل از سیستمی نارسا (سیستمی که قدرت شناسایی و ثبت خطا بر اساس اتفاقات انجام شده در بخش‌ها را نداشته باشد) طراحی گردد، توانایی برطرف نمودن مشکلات و اجرای موثر را نداشته و این فرآیند به صورت سیکلی معیوب تداوم خواهد یافت که توانایی رفع نارساپی‌های سیستم را نخواهد داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان (۶م) در این خصوص عنوان داشت: "مدیریت خطر در بیمارستان‌ها بر اساس داده‌های گزارش شده انجام می‌شود نه بر اساس واقعیات". مشارکت‌کننده دیگری (۱۰م) نیز با اشاره به بحث لزوم نظارت و پرهیز از داده‌سازی بیان داشت: "وقتی نظرات نباشه خیلی از کارهایی که واقعاً انجام نشده یا حداقل اونجور که نشون داده می‌شیم، صحیح انجام نشده رو، می‌شیم داده‌سازی کرد و بیمارستان‌ها هم این کار رو می‌کنند". کلید اجرایی هر برنامه‌ای وجود انگیزه کافی توسط کارکنان صفت و حمایت مدیران می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۱۱م) در این خصوص عنوان داشت: "وقتی تک‌تک مدیران براشون مهم باش و دغدغه پیشگیری از خطا رو داشته باشن، کسی نمی‌تونه از وظایفش کوتاهی کنه و یا خطای رو مخفی کنه".

مشارکت‌کننده دیگری (۱۴م) نیز پیشنهاد داد: "برنامه مدیریت خطر بهتره مرحله به مرحله طراحی، اجرا و ارزشیابی بشه، با نظارت بر کاره که ما مطمئن می‌شیم داده‌سازی صورت نگرفته و وقتی مطمئن شدیم یک بیمارستان تو یک حیطه موفق بوده با تبادل اطلاعات بقیه بیمارستان‌ها هم می‌توون از اون استفاده کنن و موفق باشن". با این تفاسیر الزام عملی کارکنان درمان جهت مشارکت در اجرای برنامه مدیریت خطر، ضروری به نظر می‌رسد. برنامه مدیریت خطر بیمارستان‌ها، فرآیندی پویا می‌باشد که در صورت مشارکت تمام کارکنان بیمارستان اجرایی خواهد شد. این تفکر که اجرای برنامه را به گروه اندکی از کارکنان واگذار نموده و انتظار بهبود عملکرد و کاهش خطا را داشته باشیم دور از واقعیت می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۶م) در این خصوص عنوان داشت: "وقتی رو خطاها و اتفاقات تمرکز می‌کنیم از اصل برنامه غافل می‌شیم. به همه‌ی حیطه‌های حاکمیت بالینی باید در

کافی آن‌ها در مورد این مساله است که گزارش هر یک از خطاهای خواسته یا ناخواسته توسط آن‌ها با رویکرد سیستمی جهت بهبود کیفیت بیمارستان‌ها استفاده می‌گردد یا استفاده از رویکرد فردی جهت تنبیه خطاکننده؟

یکی از مشارکت‌کنندگان (۷م) در این خصوص بیان داشت: "وقتی خطای رخ میده باید رفتار اشتباه مورد نقد قرار بگیره نه فرد مرتكب‌شونده خطا، اگه شخصیت کارکنان سرزنش و نقد بشه اون موقع سعی می‌کنن خطاهاشون رو پنهون کنن". مشارکت‌کننده دیگری (۱۱م) نیز با این: "باید سیستم‌هایی یک‌پارچه وجود داشته باشه که همه‌ی خطاهایی که اتفاق می‌فته چه بزرگ و چه کوچیک تو اون سیستم گزارش و ثبت بشن و هر بخش و در کل همه بیمارستان‌های دانشگاه با هم تبادل اطلاعات داشته باشن و از خطاهای هم‌دیگه مطلع بشن و بتونن پیشگیری کن از انجام اون خطا در بخش و بیمارستان خودشون"، وجود سیستم‌های اطلاعاتی را راهکاری برای رفع این مانع پیشنهاد داد.

کمود انگیزه، عدم احساس نیاز به وارد شدن به این حیطه توسط پزشکان و کادر مراقبت و داده‌سازی(گزارش داده‌های غیر واقعی به مدیر ارشد) از موارد دیگریست که به عنوان چالش‌های اجرای مدیریت خطر در بیمارستان‌ها اعلام شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۱م) در این خصوص عنوان داشت: سری که درد نمی‌کنه رو که دستمال نمی‌بندن، وقتی مدیران نخوان و نظارت و برنامه نباشه دلیلی واسه گزارش خطاها وجود نداره". مشارکت‌کننده دیگری (۱۲م) نیز عنوان داشت: "فرض ما بر اینه که به ازای هر بیمار یک خطا رخ میده اما خیلی از پزشکان همکاری نمی‌کنند چون نیازی نمی‌بینند وارد این موضوع بشن". نظارت و پایش مستمر عملکرد و ترویج فرهنگ تیمی، لازمه اجرای برنامه مدیریت خطر در بیمارستان‌ها می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۴م) در خصوص خطرات نبود نظارت کافی عنوان داشت: "کار تیمی یعنی افراد با هم از وقوع خطا پیش‌گیری کنن نه اینکه خدایی نکرده با هم از گزارش خطا و اشتباهات اعضای گروهی چشم‌پوشی کنن". مشارکت‌کننده دیگری (۱۳م) نیز عنوان داشت: "مدیریت خطر در چارچوب مدل FMEA انجام می‌شیم. اجرای این برنامه نیاز به مشارکت گروهی و

لحوظ شوند. یکی از مشارکت‌کنندگان (۱۴م) کمبود وقت و حجم بالای کار کارکنان را دلیل عدم گزارش خطای دانست: "وقتی خطای منجر به اتفاق خاصی نمیشه و قابل چشم‌پوشی باشه گزارش نمیشه چون وقت برای گزارش خطاهای کوچیک نیست". مشارکت‌کننده دیگری (۴م) نیز بر این نکته تأکید کرد و عنوان داشت: "حجم زیاد کار و کمبود نیرو مانع میشه تا همه‌ی خطاهای مخصوصاً خطاهای کوچیک و قابل چشم‌پوشی از نظر کارکنان گزارش بشن". کمبود وقت و حجم بالای کار به همراه کمبود انگیزه و نظرات بر کارکنان موجب گردید کارکنان عملأً خود را درگیر اجرای برنامه مدیریت خطر نکنند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص عنوان داشت: "کمبود پرسنل باعث شده پرستاران کارایی که از نظر خودشون مهم‌تره رو، اولویت قرار بدن نه گزارش خطاهایی که میتوانه دید همکارا رو نسبت به او نبا منفی کنه".

غیراستاندارد بودن فضای فیزیکی بیمارستان‌ها و کمبود منابع مالی جهت رفع کمبودها، از دیگری موانع مربوط به این بخش عنوان شدند. استاندارد نبودن فضای فیزیکی بیمارستان‌ها مشکلی است که رفع آن در بلندمدت امکان‌پذیر بوده و البته در کوتاه مدت می‌توان با تدبیری جهت ارتقای اینمی بیماران و کارکنان اقداماتی را انجام داد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص عنوان داشت: "این ساختمان به عنوان بیمارستان طراحی نشده و خیلی از استانداردای درمانی توی ساختش لحظ نشده". مشارکت‌کننده‌ی دیگری، نبود منابع مالی را مانع اجرای اثربخش مدیریت خطر می‌دانست و اظهار داشت: "ما هر سال یک برنامه اجرایی می‌نویسیم و مشخص می‌کنیم چه کارایی باید برای بهبود اینمی بیمار انجام بشه. وقتی منابع مالی کافی برای اجرای برنامه وجود نداره همه تلاش‌های ما بی‌ثمر میشه".

### بحث

استقرار حاکمیت بالینی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی فواید زیادی از جمله بهبود مراقبت از بیمار، افزایش رضایت بیمار، استقرار نظام مدیریت خطر و دوستار اینمی بیمار، بهبود همکاری کارکنان و متخصصان پزشکی و مدیریت بهتر سازمان را داشته است (۲۵). وربانو (۲۰۱۰) در پژوهشی در مؤسسات بهداشتی درمانی ایتالیا به بررسی خطاهای انسانی و پایایی سیستم مدیریت خطر پرداخته و

چارچوب یک برنامه‌ی کامل و کلی نگاه کنیم مثلاً قسمت استفاده از اطلاعات رو در نظر بگیر، ما تو چه حیطه‌ای میتوانیم کار کنیم و از اطلاعات استفاده نکنیم؟ این یک حیطه‌ی جدا نیست این تو دل همه‌ی حیطه‌های است، آموزش و مدیریت خطر هم همینه". مشارکت‌کننده دیگری (۳م) نیز در این خصوص اظهار داشت: "درمان یک کار تیمیه. وقتی خطای رخ بد خیلی‌ها میفهنه و میتوان گزارش بدن فقط باید ترس و رودربایستی و گروه‌های غیر رسمی مدیریت بشن".

ضعف در آموزش کاربردی و اثربخش مبانی حاکمیت بالینی به کارکنان بالینی و اختلال در همکاری پرستاران بخش‌ها با مسئول مدیریت خطر از دیگر موانع اشاره شده در این حوزه بود. ارائه آموزش اثربخش، می‌تواند ادراک صحیح از اهداف اجرای مدیریت خطر در بخش‌ها را توسعه ببخشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۱۵م) در این خصوص عنوان کرد: "هدف مدیریت خطر یادگیریه وقتی یه خطای رخ بد اگه درست تحلیل بشه توی شرایط مشابه تکرار نمیشه". اجرای کامل و درست هر کاری نیازمند اطلاع و آگاهی کامل از نحوه انجام آن کار به صورت درست و اشراف بر اهمیت و نحوه اجرای آن می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان (۳م) در این خصوص عنوان داشت: "وقتی برنامه گسترده‌ای مثل حاکمیت بالینی در بیمارستان اجرا میشه قبلش باید آموزش‌های کافی تو این زمینه داده بشه و هر کدوم از کارکنان بدونن دقیقاً چه کاری رو و با چه هدفی باید انجام بدن".

### ب: عوامل مربوط به کمبود منابع:

کمبود زیرساخت‌های لازم جهت اجرای برنامه عملی مدیریت خطر و حجم بالای کار کارکنان و کاهش مشارکت آنان در انجام برنامه مدیریت خطر از چالش‌های مرتبط با کمبود منابع عنوان شد. برنامه‌ها باید با توجه به زیرساخت‌های سازمان و در نظر گرفتن محدودیت‌های آن طراحی شوند. به اعتقاد اکثر مشارکت‌کنندگان حداقل در حال حاضر و با زیرساخت‌های موجود نظام سلامت، امکان اجرای برنامه‌هایی به وسعت برنامه حاکمیت بالینی، میسر نیست. برنامه‌هایی که در کشورهای توسعه‌یافته به صورت موفق اجرا می‌شوند، لزوماً در کشورهای در حال توسعه موفق نخواهند بود، مگر آن‌که به زیرساخت‌ها، امکانات، منابع و محدودیت‌ها، توجه شده و در بازطراحی برنامه

عنوان نمودند؛ نتایج این مطالعه با تمامی یافته‌های پژوهش حاضر مطابقت دارد (۲۹).

ایجاد فرهنگ پویای سازمانی می‌تواند راهکاری برای چالش‌های این حیطه باشد. یکی از ویژگی‌های فرهنگ پویای سازمانی نیز همین است که نتیجه منفی را به حساب یادگیری می‌گذارد. بیشتر مسائل سازمان، از خطاها سرچشم نمی‌گیرند بلکه از درس نگرفتن از آن‌ها ناشی می‌شوند (۳۰). فونگ (۲۰۰۵) در این رابطه در گزارش خود بیان می‌کند که برخورد سیستمیک با خطاها پزشکی و نبود فرآیند مستند سازی، می‌تواند در افزایش حوادث و خطاها موثر باشد. در برخی مواقع علت خطاها، عدم انجام فرآیند های کاری است که در نتیجه راه مقابله با خطاها را نه در تنبیه و تغییر انسان‌ها بلکه در تغییر و اصلاح روابط کاری آن‌ها و تهیه و تعییه سیستم‌های دفاعی می‌داند، تا بدین صورت جلوی خطاها را بگیرد و یا اثرات آن‌ها را به حداقل برساند (۳۱).

در این مطالعه حجم بالای کار، کمبود زمان و کمبود منابع انسانی از چالش‌های مربوط به کمبود منابع عنوان شد. یافته‌های مطالعه‌ی محمدپور (۱۳۸۵) در مراکز آموزشی درمانی گنبد این مشکل را برای بیماران در هنگام ترخیص ذکر نموده است (۳۲). همچنین هوگان (۲۰۰۷) نبود فرهنگ کار تیمی، عدم تمرکز بر اهداف برنامه بهبود کیفیت، نداشتن درک صحیح از برنامه حاکمیت بالینی، کمبود وقت و در نهایت روابط تعاملی نامناسب بین گروه‌های حرفه‌ای در بیمارستان را به عنوان چالش‌های اجرایی برنامه حاکمیت بالینی از دیدگاه متخصصین عنوان کرد (۲۷). ضعف در آموزش کاربردی و اثربخش مبانی حاکمیت بالینی به کارکنان بالینی و نقص در ارزیابی مبنی بر عملکرد کارکنان از دیگر موانع و چالش‌های برنامه بود که مصاحبه شوندگان به آن اشاره داشته‌اند و البته با مطالعاتی که در زمینه چالش‌های اجرای برنامه حاکمیت بالینی توسط رواقی (۲۰۱۴)، میسن (۲۰۰۱) و شهرآبادی (۱۳۹۲) انجام شد، همخوانی داشت (۱۵-۱۷).

در بعد مشکلات ساختاری و منابع در حیطه مدیریت خطر، مطالعات فراوانی در رابطه با استانداردهای ایمنی بخش‌های مختلف انجام شده است که تاییدکننده موانع اجرای صحیح مدیریت خطر در بیمارستان‌ها می‌باشد. از

چنین نتیجه گرفته است که در افراد مختلف، توجه به خطر و مدیریت آن در بیمارستان به دلیل تفاوت‌های فرهنگی حاکم بر آن سازمان تفاوت دارد و باید فرهنگ خطر را از طریق برنامه‌های آموزشی مدیریت خطر، پیاده‌سازی مدیریت خطر بالینی و بررسی سیاست‌ها و توجه به حاکمیت بالینی در بیمارستان ایجاد نمود (۲۶). هدف این پژوهش شناسایی چالش‌های استقرار حیطه مدیریت خطر حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های آموزشی بود.

در این پژوهش یکی از اساسی‌ترین چالش‌های پیش روی استقرار مدیریت خطر در بیمارستان‌های مورد مطالعه، داده‌سازی یا گزارش دهی غلط از خطاها شناخته شد. وجود این چالش می‌تواند برنامه را از اهداف اصلی آن منحرف سازد. هوگان (۲۰۰۷) معتقد است در صورت نبود پایش مستمر، وسوسه برای یادگیری داده‌سازی خلاقانه توسط بیمارستان‌ها به وجود می‌آید. برای دستیابی به تغییر واقعی، تلاش در جهت اصلاحات بخش سلامت باید مستمر باشد و از نزدیک پایش شود. برای موفقیت اجرایی هر سیاست، نظام گزارش دهی مناسب کلیدی است. باید توجه داشت ارائه کنندگان برای گزارش‌های نادرست و حتی دروغ، انگیزه‌های کافی را دارند. مجریان اصلاحات باید با طراحی نظام پایش، اقدام بر ضد مقاومت و تقلب را آسان کنند (۲۷).

عدم احساس نیاز به وارد شدن به این حیطه توسط کارکنان درمان و نقص در فرهنگ گزارش دهی خطا و وجود نگرانی از عواقب آن نیز از چالش‌های اساسی این بخش شناخته شدند. بر اساس یافته‌های پژوهش صیدی (۱۳۹۱)، پرستاران مهم‌ترین علل موانع گزارش دهی خطاها را کمبود اطلاعات در مورد نحوه گزارش دهی (۵۹/۸ درصد) و فراموش نمودن گزارش خطا (۵۹ درصد) ذکر کردند. ترس از پیامدهای گزارش دهی، مشغله کاری زیاد، کمبود نیرو و حجم زیاد فعالیتها در بخش، یا اعتماد به ذهنیات خودشان که آخر شیفت این موضوع را گزارش دهند و در نهایت سهل‌انگاری نسبت به این موضوع، از عوامل دیگر عدم گزارش خطاست (۲۸). احمدی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ی خود، نقص فرهنگ گزارش خطاط، ترس از عواقب گزارش خطاط، بالا بودن حجم کاری پرسنل که منجر به مشارکت نامتوازن هر یک از کارکنان می‌شود را به عنوان چالش‌های استقرار حاکمیت بالینی در حوزه مدیریت خطر

پیش روی استقرار مدیریت خطر در بیمارستان‌ها، مشهود است و اقدامات اساسی برای اجرای درست و اصولی مدیریت خطر ضروری به نظر می‌رسد. همچنین تقویت اهرم‌های اجرایی و نظارتی وزارت بهداشت و فرهنگ سازی مناسب در راستای تحلیل خطاها رخ داده در بیمارستان به صورت گذشته نگر، از جمله توصیه‌های سیاستی به مجریان و برنامه ریزان نظام سلامت می‌باشد.

### سپاسگزاری

نویسنده‌گان از کلیه مدیران و پرسنل بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در راستای همکاری با تیم پژوهش به منظور مصاحبه و ارائه اطلاعات لازم تقدیر و تشکر می‌نمایند.

### مشارکت نویسنده‌گان

طراحی پژوهش: م. ک

جمع آوری داده‌ها: الف. الف، ر. الف

تحلیل داده‌ها: ز. خ، م. ک، ک. ر

نگارش و اصلاح مقاله: م. م، م. ک، ک. ر

### سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته اقتصاد بهداشت می‌باشد و از سوی دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۹۰۱۱۱۹۰۰۳ مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسنده‌گان گزارش نشده است.

## References

- Moghri J. Validation of Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) and Assessment Patient Safety Culture from Physicians, Nurses and Radiology and Laboratory Staff View [MS thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health; 2009. [Persian]
- Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G, Groenewegen PP. The Psychometric Properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch Hospitals. BMC Health Services Research 2008; 8(1): 1-9.
- Ebrahimi Rigi Tanha Z, Baghaei R, Feizi A. A Survey of Frequency and Type of Medical Errors Done by Nursing Students of Urmia Medical Sciences University in 1390. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2012; 10(2): 139-44. [Persian]
- Mohammad Nejad I, Hojjati H, Sharifiya SH, Ehsani SR. Evaluation of Medication Error in Nursing Students in Four Educational Hospitals in Tehran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2010; 3(10): 60-9. [Persian]
- Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy SM, Foy R, et al. Advancing the Science of Patient Safety. Annals of Internal Medicine 2011; 154(10): 693-6.
- Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, Barrett S, et al. The Epic Project: Developing National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare Associated Infections. Phase I: Guidelines for Preventing Hospital-Acquired Infections. Department of Health (England). The Journal of Hospital Infection 2001; 47(Supplement): S3-S4.

- 7) Wu AW. Medical Error: the Second Victim. *Western Journal of Medicine* 2000; 172(6): 358-59.
- 8) Wachter RM. Patient Safety at Ten: Unmistakable Progress, Troubling Gaps. *Health Affairs* 2010 Jan 1; 29(1): 165-73.
- 9) Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. *JAMA* 2001; 285(16): 2114-20.
- 10) Penjvini S. Investigation of the Rate and Type of Medication Errors of Nurses in Sanandaj Hospital. *Iran J Nurs Res* 2006; 1(1): 59-64. [Persian]
- 11) Doshmangir L, Torabi F, Ravaghi H, Akbari SA, Mostafavi H. Challenges and Solutions Facing Medical Errors and Adverse Events in Iran: A Qualitative Study. *Hospital* 2016; 15(1): 31-40. [Persian]
- 12) Siddiqi S, Elasady R, Khorshid I, Fortune T, Leotsakos A, Letaief M, et al. Patient Safety Friendly Hospital Initiative: from Evidence to Action in Seven Developing Country Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24(2): 144-51.
- 13) Khajavi A. Physicians' Perceptions of Patient Safety Factors: a Systematic Review and Narrative Synthesis. *Asian Biomed* 2013; 7(6): 735-42. doi: 10.5372/1905-7415.0706.235.
- 14) Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion R, Heidarpour P, Sajadi HS. Implementing Clinical Governance in Iranian Hospitals: Purpose, Process and Pitfalls. *Electronic physician* 2016; 8(1): 1796-803.
- 15) Ravaghi H, Rafiei S, Heidarpour P, Mohseni M. Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Governance: A Qualitative Study among Senior Managers in Iran. *Iran J Public Health* 2014; 43(9): 1266-74.
- 16) Misson JC. A Review of Clinical Risk Management. *J Qual Clin Pract* 2001; 21(4): 131-4.
- 17) Shahrabadi R, Moeini B, Faradmal J, Khatib M. The Study of Hospital Administrators's Views of Quality Improvement of Health: Applying Clinical Governance Model. *Pajouhan Scientific Journal* 2014; 12(3): 28-36. [Persian]
- 18) Murray J, Fell-Rayner H, Fine H, Karia N, Sweetingham R. What do NHS Staff Think and Know about Clinical Governance? *Clinical Governance: An International Journal* 2004; 9(3): 172-80.
- 19) Gluyas H, Alliex S, Morrison P. Do Inquiries into Health System Failures Lead to Change in Clinical Governance Systems? *Collegian* 2011; 18(4): 147-55.
- 20) Tait AR. Clinical Governance in Primary Care: a Literature Review. *J Clin Nurs* 2004; 13(6): 723-30.
- 21) Sandars J, Cook G. ABC of Patient Safety. First edition. Oxford: Blackwell Publishing; 2007: 4-9.
- 22) 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.
- 23) Som C. Sense Making of Clinical Governance at Different Levels in NHS Hospital Trusts. *Clinical Governance: An International Journal* 2009;14(2): 98-112.
- 24) Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. Second Edition. Sage Publication; 2013: 186-90.
- 25) Hartley AM, Griffiths RK, Saunders KL. An Evaluation of Clinical Governance in the Public Health Departments of the West Midlands Region. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56(8): 563-8.
- 26) Verbano C, Turra F. A Human Factors and Reliability Approach to Clinical Risk Management: Evidence from Italian Cases. *Safety Science* 2010; 48(5): 625-39.
- 27) Hogan H, Basnett I, McKee M. Consultants' Attitudes to Clinical Governance: Barriers and Incentives to Engagement. *Public Health* 2007;121(8): 614-22.
- 28) Seidi M, Zardosht R. Survey of Nurses' Viewpoints on Causes of Medicinal Errors and Barriers to Reporting in Pediatric Units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2 (3): 142-7. [Persian]
- 29) Ahmadi B, Keshvari M, Homauni A, Gharaei H. A Study on the Challenges Faced By Health Systems in Establishing Risk Management in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Patient Safety and Quality Improvement* 2014; 2(3): 126-30. doi: 10.22038/psj.2014.2991.
- 30) Singer SJ, Vogus TJ. Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 373-96. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114439.
- 31) Fong N. Western Australian Clinical Governance Guidelines. Information Series Department of Health Government of Western Australia 2005. Available from URL: <http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au>.
- 32) Mohammad pour A, Dehghan Niri N. The survey of the patient educational need on discharge phase in Gonabad health and treatment centers. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences* 2007; 12(4): 45-52. [Persian]
- 33) Yavari M, Ardehali SH, Moeeni M. Evaluation of Intensive Care Unit in Terms of Standards of Care in Selected Hospitals in Tehran. *journal of Medical Council of Iran* 2015; 33(2): 131-7. [Persian]
- 34) Marzban S, Maleki MR, Nasiripour AA, Jahangiri K. Assessment of Patient Safety Management System in ICU. *J Qazvin Univ Med Sci* 2013; 17(5): 47-55. [Persian]



## Research Article

## Challenges of Clinical Governance in Risk Management: A Qualitative Study of Teaching Hospitals

Mohammad Keshvari<sup>1</sup>, Zahra Khansari<sup>2</sup>, Kourosh Rajabkhah<sup>3</sup>, Anahita Almasian<sup>4</sup>, Rodabe Omidifar<sup>5</sup>, Seyed Masood Mousavi<sup>\*1</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. student of Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> BSc in Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

<sup>3</sup> MSc in HTA, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

<sup>4</sup> MSc in Education Management, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

<sup>5</sup> MSc in HIT, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

**\* Corresponding Author:** Seyed Masood Mousavi

[m.mousavihp93@gmail.com](mailto:m.mousavihp93@gmail.com)

### ABSTRACT

**Citation:** Keshvari M, Khansari Z, Rajabkhah K, Almasian A, Omidifar R, Mousavi SM. Challenges of Clinical Governance in Risk Management: A Qualitative Study of Teaching Hospitals. Manage Strat Health Syst 2017; 1(2): 93-102.

**Received:** July 16, 2016

**Revised:** January 14, 2017

**Accepted:** January 16, 2017

**Funding:** This study was supported by Tehran University of Medical Sciences (No: 9011119003).

**Competing Interests:** The authors declared that no competing interests exist.

**Background:** Clinical governance is a framework in which health care provider will be responsible for continuous quality improvement. This study aimed to identify implementation challenges of Clinical governance in the area of risk management.

**Methods:** This is a descriptive-qualitative study. We used Content Analysis method for data analysis. Study environment contained 7 teaching hospitals, and the study population included the hospitals staff engaged in Clinical Governance implementation. Using purposive non-randomised sampling, 18 participants were selected. A semi-structured face-to-face interview was used for data collection. Content Analysis method was used to conceptualize, interpret and analyze the texts and MaxQDA software for data analysis.

**Results:** Our research findings presented two main themes as cultural factors and lack of resources.

**Conclusion:** Promoting management as well as empowering health care providers could act as a key factor in addressing problems related to the implementation of risk management in health care environments.

**Key words:** Risk management, Clinical governance, Qualitative study