



علل و استراتژی های پیشگیری از خطای دارویی (مطالعه کاربردی)

حسین جوادی کمپانی

دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

hosein.javadi.compani@gmail.com

چکیده

امروزه براساس آمار رسمی، خطاهای دارویی که شایعترین نوع خطای پزشکی محسوب می‌شوند در کشور ایران و جهان ارقام قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهند و بعلاوه تأثیر مستقیم بر جان و مال افراد جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است و لازم به ذکر است حتی با لحاظ این گزارشات رسمی زیاد باز هم بیشترین رقم سیاه جرائم مربوط به این دسته بوده که از چالش‌های اصلی آمار جنایی است. همچنین تبعات ناشی از آن به حدی خطرناک و مستمر است که میبایست اتخاذ تدابیری برای آن از برنامه‌های اصلی و دائمی نظام قانون گذاری باشد. جنس جرائم پزشکی بعلاوه سیستماتیک و زنجیره ای بودن آن به شکلی هست که واکنش سنتی و برخورد کلاسیک در برابر آن و متوسل شدن به سلاح کیفری در برابر خاطیان آن نتیجه موثری نخواهد داشت بنابراین اصلاح و از بین بردن زمینه شکل گیری این جرائم بهترین عملکرد برای حل این معضل است. بطور کلی خطای دارویی می‌تواند به چندین علت ایجاد شود که در این مقاله مهم ترین آنان تعریف و راه حل‌های پیشگیری از ایجاد آن ارائه می‌شود. در این پژوهش استراتژی پیشگیری از خطای دارویی بر محور چهار گام کاربردی طرح شده است که همه فرایندهای دارو درمانی حتی از مرحله قبل از تجویز و نسخه نویسی (آموزش پزشکان) تا بعد از وقوع این اتفاق یعنی خطای دارویی و مرحله شکایت در دادگاه لحاظ شده است در همین راستا معتقدیم برای به حداقل رسیدن آمار خطایی دارویی مستلزم هماهنگی و همکاری همه ارگان‌های کشور است تا در سریع ترین زمان این امر محقق گردد جدا از همه مباحث تحلیلی و تفسیری این موضوع که تاکنون به کرات توسط پژوهشگران مختلف انجام یافته نیاز به ایده‌های کاربردی و قابل اجرا بیش از پیش وجود دارد و همچنین این پیشنهادات با در نظر گرفتن الکترونیکی شدن نسخه‌ها و زمینه‌های ایجاد خطای دارویی پیش بینی شده است تا امکان پیاده کردن آن در جامعه ایران و متناسب با قوانین جزایی و پزشکی و رویه‌های مرسوم عرصه بهداشت داشته باشند نه اینکه صرفاً جنبه تحلیلی را دارا باشد.

کلید واژه ها: خطای دارویی، گزارش، الکترونیکی شدن نسخه نویسی، نظارت، داروهای با هشدار بالا، پیشگیری.

مقدمه

خطاهای پزشکی از چالش‌های مهم تهدیدکننده ایمنی بیمار در تمامی کشورهاست که از شایعترین خطاهای پزشکی شناخته شده می‌توان به خطاهای دارویی اشاره کرد (Anesthesia, 2007) در این راستا آمارهای متعددی از ایران و کل جهان پیوسته ارائه شده که مبین اهمیت این مبحث هست و در این باره می‌توان به حوادث سوء ناشی از داروها که پنجمین علت مرگ بعد از تصادفات با وسایط نقلیه، دیابت، بیماریهای کلیوی، سرطان سینه و آنفلونزا در آمریکا است (National Coordinating Council, 2012) اشاره کرد و همینطور در ایران نیز این خطای دارویی طبق بررسی‌های انجام شده رو به افزایش است. همانطور که نایب رییس انجمن داروسازان ایران در سال 1397 در این خصوص گفته بود که طبق آمارها و برخی تحقیقات انجام شده، احتمالاً سالانه حدود هزار نفر در ایران به علت خطاهای دارویی و عوارض ناشی از آن آسیب می‌بینند و متأسفانه حدود 3 هزار نفر جان خود را از دست می‌دهند. (252139.Salamat News). این آمار در سال‌های اخیر به مراتب بیشتر شده است چرا که مدیرکل امور کمیسیون‌های



پزشکی قانونی در آذر 1400 در این خصوص بیان کرده که طبق بررسی ها پرونده‌های قصور پزشکی در سازمان پزشکی قانونی 5 درصد رشد داشته است و در 7 ماهه نخست سال 1400 در نوبت‌های مختلف، حدود 6 هزار و 919 پرونده وجود داشته است. (ilna.news, 1166664)

اما با وجود این آمار های داده شده مساله مهمی که وجود دارد این هست که فرهنگ غیر قابل قبول عدم گزارش قصور پزشکی و عدم وجود نظارت دقیق در ایران باعث شده رقم سیاه این قصور چندین برابر واقعی باشد در خصوص ریشه یابی علل این مساله شاید بتوان به ناامیدی بزه‌دیده و به اصطلاح قربانی از اثبات اتفاق و عدم وجود راه های فوری گزارش و رسیدگی سریع و همینطور ناامیدی قربانیان از کسب نتیجه به علت نبود دادگاه اختصاصی رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران که بطور مستقل از سازمان نظام پزشکی و همینطور متخصص در این امر باشد وجود دارد که یک مشکل اساسی بوده و نیاز به اقدام فوری در اینباره است و همینطور عدم گزارش از سوی کادر درمان به علت تبعات آن و درحالت کلی به تفکر مردم راجع به خطا که با مسامحه و تساهل اجتماعی همراه است و نشان دهنده نبود قبح این تقصیر بوده اشاره کرد.

اتفاق مهمی که در خصوص خطای دارویی رخ داد و باعث عوارض سنگین آن گردید که در نهایت باعث نگارش این مقاله گردید بدین شرح است که دختر بچه 8 ساله به نام سارینا در علی آباد گلستان به دلیل تزریق اشتباه دارو دچار افت هوشیاری شده و به کما رفت. رئیس کل دادگستری گلستان در این خصوص آخرین جزئیات پرونده سارینا دختر بچه علی آبادی گفته است: «در نتیجه‌ای که از سوی کمیسیون اولیه منتشر شده، اشتباه دارویی محرز است و در آن علاوه بر متصدی داروخانه و پرستار کشیک به دلیل تحویل دارو اشتباه و مدیریت نامناسب تجویز دارو، شرکت داروسازی نیز به علت طراحی مشابه برچسب داروهای مترونی‌دازول و سولفات منیزیم که شانس بروز خطای دارویی را افزایش می‌دهد، مقصر شناخته شده‌اند.» لازم به ذکر است که این اتفاق در 25 دی سال 1396 رخ داده است (mizan.news/001tko). همچنین در این مقاله به فن آوری الکترونیکی شدن نسخه نویسی و معایب و مزایای آن و درضمن به اهمیت داروهایی با هشدار بالا نیز اشاره و نیز ایده های جدیدی نیز در این خصوص طرح گردیده است.

اشتباهات دارویی شایع‌ترین نوع خطاهای پزشکی هستند که امروزه به علت شیوع زیاد، رایج بودن و خطرات احتمالی برای بیماران به عنوان شاخصی برای تعیین میزان امنیت بیمار در برای بیماران، بیمارستان‌ها استفاده می‌شود. (Stratton Ks, etal.2004) در همین راستا به بررسی و در نهایت و نگارش این مقاله پرداختیم.

از استاد عزیز و بزرگوارم خانم دکتر اشرفی اصفهانی هم نهایت تشکر را دارم که با راهنمایی هایشان چراغ این راه گردیدند و از خانم هژیری که تجربیات خودشون را در اختیار ما قرار دادند بسیار ممنونم و قدردانی میکنم و همینطور از سایر بزرگوارانی که کمک کردند. امید است که این مقاله گامی حتی کوچک در مسیر اصلاح خطاهای دارویی بردارد.

الف: خطای دارویی

اشتباه دارویی به استفاده نامناسب دارو که قابل پیشگیری است تعریف شده است که می‌تواند باعث ایجاد آسیب در بیمار شود. (Hughes Rs, etal.2005) در واقع رویدادی است که می‌تواند منجر به ایجاد اثرات زیان‌آور در بیمار گردد با اینکه بروز خطا به هنگام تجویز خطا و تحویل آن به بیمار بسیار شایع تر است. (به موارد متعددی می‌تواند مربوط می‌باشد از جمله Medication error اشتباه دارو پزشکی)

نسخه نویسی، دستوردارویی، نسخه برداری، برچسب فرآورده های دارویی، بسته بندی، نامگذاری، ترکیب نمودن، نسخه پیچی، توزیع، تجویز دارو، پایش، مصرف و ... که به توضیح تعدادی از آنان می‌پردازیم.



1- تجویز داروی اشتباه (Prescribing Error)

این مرحله نخستین و شایع‌ترین قدم ارتکاب خطا محسوب می‌شود که با عدم آگاهی کافی در تشخیص صحیح بیماری و شناخت ویژگی‌های بیمار و تجویز داروی متناسب با ویژگی‌های جسمانی بیمار و تداخلات دارویی با داروهای مصرفی بیمار محقق می‌شود. تجویز داروی اشتباه توسط پزشک ابتدا نشان دهنده ضعف علمی وی بوده و همینطور عدم نظارت کافی به این مساله و نبود شفافیت و معیار دقیق و مشخص باعث گردیده حتی گاهی شاهد تجویز نسخه‌های گوناگون به یک نوع بیماری شخص توسط دکترهای مختلف باشیم که علاوه بر سردرگمی بیماران و تحمیل هزینه گاهی منجر به آسیب‌های جسمی شدید و جبران ناپذیر می‌شود.

اقدام مهمی که در این راستا باید صورت بگیرد این است که معاونت نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی و بطور کلی وزارت بهداشت باید از فرصت محیا شده یعنی الکترونیکی شدن نسخه نویسی نهایت استفاده را کرده و با تشکیل کارگروه ویژه بررسی نسخه‌های پزشکی در موارد مشابه (با لحاظ ویژگی‌های جسمانی بیماران و شرایط عمومی ایشان) نظارتی دقیق داشته و بر حسب تشخیص و تجویز پزشکان سیاست‌های تشویقی و تنبیهی متناسب وضع کند با استناد به (ماده 41 قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب 1367).

همین‌طور در ارتباط با این موضوع فراهم سازی زمینه گزارش سریع و موثر این نوع خطا توسط بیماران است که باید با نظارت دادرسی ویژه جرایم پزشکی و در صورت عدم وجود آن توسط دادگاه عمومی و تحلیل دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها صورت گیرد و انواع شایع این خطا توسط متخصصین دانشگاه جمع آوری و ضمن انتشار علل این خطاها و عوارض آن باید این لیست به مراکز آموزشی پزشکان نیز تحویل داده شود تا با استناد به (ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت... مصوب 1367) اهمیت و جدیت بیشتری به این مسایل معطوف شود.

در آخر به خود سامانه‌های نسخه نویسی الکترونیکی اشاره می‌کنیم که باید ویژگی و سوابق بیماری و دارو‌هایی که بیمار در حال حاضر مصرف می‌کند و همچنین حساسیت‌های بیمار نیز در نظر گرفته شود و همینطور داده‌هایی نیز در خصوص خود داروها باید به سامانه نسخه نویسی الکترونیکی وارد بشود که بطور اتوماتیک دارو‌هایی که تداخل داشته و یا مناسب بیمار نبوده در سامانه رد یا به دکتر اطلاع داده شود.

2- دوز نامناسب دارو (Improper Dose Error)

تمامی داروها حتی ویتامین‌ها باید مقدار مصرف مشخصی داشته باشند چرا که ترکیبات شیمیایی بعضی داروها ممکن است در طولانی مدت و یا کوتاه مدت بدون لحاظ شرایط بیمار تأثیرات مضر داشته باشد این نوع خطا به راحتی قابل پیشگیری است چرا که با الکترونیکی شدن فرایند نسخه نویسی و امکان اینکه نسخه‌ها متناسب با خصوصیات بیمار منطبق شود در واقع فراهم شده است.

همچنین این اتفاق حتی در صورت بروز این خطا در نسخه نویسی در داروخانه هنگام بررسی نسخه توسط مسئول فنی می‌توان از وقوع این اتفاق جلوگیری کرد بنابراین دارو‌هایی با اهمیت بالا و یا دارو‌هایی که در صورت عدم رعایت دوز مناسب عوارض جبران ناپذیری می‌تواند داشته باشد باید با دقت بالایی تجویز و تحویل داده شود.

3- مصرف داروی تخریب شده یا تاریخ گذشته (Deteriorated Drug Error)

دارو‌ها به واسطه خصوصیات شیمیایی خود نیازمند شیوه نگهداری منحصر به فردی هستند و گاهی ممکن است دارو به علت عدم نگهداری اصولی تبدیل به سم خطرناکی شود و بیشتر منجر به آسیب گردد. بنابراین توجه به این مورد از اهمیت به سزایی برخوردار است.

مساله بعدی بحث دارو‌های منقضی شده است. مهم‌ترین مساله‌ای که در این راستا مطرح می‌شود این هست که دستگاه بارکدخوان در داروخانه‌ها و مراکز درمانی به شکل جدی باید الزامی شده و در آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت تأکید



بیشتری به بهره گیری از این فناوری شود، به عنوان مثال: قرص ها که در برچسب ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت دارو ها تاریخ انقضا دارد که باید توسط بارکدخوان شناسایی و در صورت مغایرت هشدار داده شود یکی از فناوری هایی که در مراقبت های بهداشتی، نادیده گرفته شده بارکد و دستگاه بارکدخوان است؛ بارکدها ورود سریع و دقیق داده ها را برای صنعت بهداشت انجام می دهند و به جای وارد کردن داده به صورت دستی که زمان بسیاری برای آن صرف می شود به افزایش کارایی نیز کمک می کنند. می تواند نقش مهمی در کاهش (pharmacy Barcode reader) دستگاه بارکدخوان داروخانه خطای دارویی و عوارض ناشی از آن داشته باشد. زیرا نسخه ای که دکتر ارائه نموده را تأیید کرده و به وسیله آن اطمینان و دقت از اصالت، صحت، دوز و زمان مناسب استفاده حاصل می شود. در اوایل سال 1990 که برای اولین بار سیستم کنترل توسط بارکد در یک داروخانه پیاده سازی شد نرخ خطا را 86% کاهش داد به همین دلیل این تکنولوژی به سرعت فراگیر شد و اکثر مراکز درمانی این راه حل را پیش گرفتند.

۴- تداخل دارویی (Drug Interactions)

تداخل دارویی به معنی واکنش دارو با ترکیبی دیگر است که می تواند منجر به افزایش یا کاهش اثر دارو شده یا باعث بروز عارضه ای جانبی از داروی مذکور شود؛ تداخل دارویی دارای انواعی بدین شرح است :

جدول شماره (1): تداخل دارویی

Drug -drug interactions	Drug -disease interactions	Drug – food interactions
-------------------------	----------------------------	--------------------------

برای مثال : مصرف همزمان آنتی بیوتیک ها به همراه قرص های کنتراسپتیو (داروهای جلوگیری از بارداری) یک تداخل دارویی محسوب شده و منجر به کاهش تاثیر دارو های جلوگیری از بارداری میشود.

بنابراین دکتر هنگام تجویز دارو باید دارو های مصرفی بیمار و رژیم غذایی بیمار را در نظر بگیرد و حتی برای نحوه مصرف آن نیز توضیحات کافی را ارائه نماید تا از بروز این عارضه نیز پیشگیری شود همچنین به (استناد بند ده و یازده ماده 22 آیین نامه تاسیس، ارائه خدمات و اداره داروخانه ها مصوب 1400) مسئول فنی داروخانه نیز باید آموزش های لازم را در خصوص داروها و ویژگی آنان و تنظیم آن با سبک زندگی بیمار را ارائه دهد.

گذشته از آن در سیستم نسخه نویسی نیز با مدام با توجه به انواع و اشکال دارویی جدید و تداخلات شیمیایی آنان بروز رسانی شده و در مواقع چینی دکتر را هشیار سازد.

اشکال دیگری از خطاهای دارویی نیز مانند دستخط نامناسب در نسخه نویسی و یا استفاده از اختصارات در نسخ و ... نیز وجود دارد که با الکترونیکی شدن کامل نسخه نویسی این مسایل رفع می شود.

ب: تحلیل الکترونیکی شدن نسخه نویسی

نسخه نویسی الکترونیکی انقلابی در حوزه سلامت و بهداشت محسوب می شود که با ورود فناوری به این عرصه کلید خورد؛ اجرای این طرح از سال 1395 در کشور ایران شروع شد به مرور رواج یافت اما نبود زیر ساخت های مناسب و عدم همکاری ارگان ها این طرح با تاخیر چندین ساله مواجه گردید در نهایت از اسفند 1399 اجباری شد و تمامی پزشکان طرف قرارداد با بیمه تامین اجتماعی و بیمه سلامت ملزم به استفاده از آن شدند.



در ماده 74 برنامه ششم توسعه و همچنین ابلاغیه های اخیر دولت و وزارت بهداشت منجر به الزام قانونی اجرای این طرح شده است.

الکترونیکی شدن نسخه نویسی تاثیر بسیار مهمی در کاهش قصورات پزشکی میتواند داشته باشد در آمریکا تخمین زده شده است که سالانه پنجاه و دو هزار خطای دارویی جدی از طریق نسخه نویسی کامپیوتری به راحتی حذف و قابل پیشگیری است (12) استفاده از این فناوری موجب حذف ناخوانایی و بدخطی، استفاده از اختصارات، اشتباهات مربوط به صفر و ممیز و تجویز دارویی اشتباه، و تداخلات دارویی می شود در واقع با وجود این فناوری امکان نظارت دقیق غیرحضوری و دقیق و بدون اغماض و البته کم هزینه با استناد به (ماده 41 قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب 1367) نیز فراهم می شود.

عمده مشکلاتی که در راستای اجرای بی عیب و نقص این طرح وجود دارد از این قبیل است :

- عدم وجود زیر ساخت های مناسب و گسترده که شامل همه مراکز درمانی باشد
- عدم تعیین تکلیف دقیق در موارد قطعی اینترنت
- عدم آموزش کافی پزشکان و متصدیان این امر

همچنین نبود سایت پشتیبان قوی و زیرساخت های محکم امنیتی و سیستم های مقابله با حملات سایبری نیز از ضعف های این طرح بوده که البته قابل حل است اما سوال مهمی که پیش می آید این است که آیا با وجود عدم هماهنگی های لازم و فراهم سازی شرایط مورد نیاز الزام و اجبار حوزه پزشکی به استفاده از این فناوری می تواند منجر به تحقق هدف اصلی بانیان این طرح گردد یا بلعکس بالاترکلیفی های جدیدی خلق می شود؟ و بعلا حساسیت بالای این طرح و حجم گسترده آن نیاز به هماهنگی هرچه بیشتر وزارت بهداشت با استناد به (ماده 3 قانون تشکیلات وزارت بهداشت... مصوب 1367) وجود داشته و همچنین باید از سازمان آمار، ثبت احوال و سایر ارگان های مرتبط و موثر همکاری های لازم را درخواست کرد.

با وجود همه این موارد باز هم در صورت رفع موانع می توان نسبت به این اثرات این طرح خوشبین و امیدوار بود.

دارو های با هشدار بالا (High-Alert)

داروهایی که در صورت بروز اشتباه در مصرف آنان عوارض جدی و آسیب های گاه جبران ناپذیری به همراه دارد و به علت اهمیت بالای این موضوع باید احتیاط های بیشتری در تجویز، بسته بندی، نامگذاری، تحویل این دارو ها صورت گیرد.

برای کنترل این مساله و جلوگیری از هرگونه عوارض آن رعایت ضوابطی الزامی است.

- 1- برچسب گذاری این داروها در داروخانه باید اولاً حتماً توسط و یا با نظارت مسئول فنی صورت گیرد.
- 2- برچسب گذاری دقیق این داروهای پرخطر در بیمارستان ها و مراکز درمانی باید با نظارت سرپرستار و رییس بخش صورت گیرد.
- 3- بر روی برچسب قرمز رنگ، نام دارو همراه با قدرت دارویی آن فرآورده، با فونت متناسب با اندازه مخزن به نحوی که از دور قابل خواندن باشد، به رنگ مشکی و زبان فارسی درج شود.
- 4- در سیستم های نسخه نویسی الکترونیکی نیز باید در هنگام تجویز دارو های پرخطر به پزشک هشدار داده شود.
- 5- همچنین پیشنهاد میشود در سامانه نسخه نویسی حساسیت بیشتری بر روی داروهای با هشدار بالا از حیث تداخل دارویی آن و توجه به شرایط عمومی بیمار لحاظ گردد.
- 6- در داروخانه ها باید حین تحویل نهایی داروهای با حساسیت بالا به بیمار مجدد توسط مسئول فنی داروخانه بررسی شود.



7- لیست داروهای پرخطر باید هر سال باید توسط وزارت بهداشت با استناد به (اصل صد و سی و هشت قانون اساسی) و همینطور (ماده 24 قانون مربوط به مقررات امور پزشکی ..مصوب 1334) در آیین نامه ها وضع و با صدور بخشنامه به همه مراکز درمانی مرتبط و داروخانه ها و پزشکان ابلاغ شود .
بخشنامه ای در سال 1396 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد که در آن لیست داروهای با اهمیت بالا مشخص شد؛ در پیوست شماره (2) این بخشنامه 12 قلم دارویی که دارای بیشترین عوارض جدی ناشی از اشتباه داروپزشکی هستند بطور کامل مشخص شده است که بدین شرح است:

پیوست شماره (2) بخشنامه وزارت بهداشت

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
1	کلرید پتاسیم	7	آتروپین
2	سولفات منیزیم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هپارین سدیم
4	گلوکونات کلسیم	10	رتپلاز
5	هایپرسالین	11	هالوپریدول
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

ج: منشور حقوق بیمار

منشور حقوق بیمار اقدامی است که در جهت صیانت از حقوق بیمار شکل گرفته پس ابتدا بهتر است به بررسی حقوق بیمار بپردازیم:

اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال 1948 مفاهیم «کرامت ذاتی» و «حقوق برابر و مسلم همه اعضای خانواده بشری» در سال را به رسمیت شناخت که بدین ترتیب شخص مفهوم حقوق بیمار نیز شناخته به مرور قانونی شد.

حقوق بیمار در واقع انتظاراتی است که بیمار از مجموعه خدمات بهداشتی درمانی پزشکی دارد یعنی هر بیمار بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد، و دیگر تفاوتها موجود حق آگاهی، احترام، رازداری، حفظ حریم شخصی، دریافت مراقبت و درمان صحیح، محافظت و اعتراض را دارد و وظیفه پزشک و پرستار نیز رعایت حقوق بیمار است

مهمترین حقوق بیماران شامل توجه به عقاید و مسائل فرهنگی بیمار، حق رازداری اطلاعات، حق شناسایی محل بستری و کادر درمانی، حق کسب اطلاعات راجع به سیر بیماری، حق رسیدن به شکایات و درخواستها، حق تصمیمگیری، حق ارجاع به مراکز تخصصی تر، حق حفظ حریم خصوصی، حق دریافت خدمات درمانی با کیفیت مناسب، حق احترام و... است (پارسا پور، علیرضا؛ 1388).

در دین اسلام نیز توجه به حقوق بیمار در بسیاری از احادیث و روایات دیده میشود مانند: امام علی (ع) میفرماید: هر کس طبابت را پیشه خود ساخت باید با تقوا و خداترس باشد و برای مردم خیرخواهی کند و در تحصیل علم و معالجه ی بیمار تلاش نماید(رسولی، بهمن؛ 1388).

باتوجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهمترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن بر اساس (اصل بیست و نه) قانون اساسی ایران از مهمترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را در قبال ارائه مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسئول میداند.



منشور حقوق بیمار در سال 1381 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل 10 بند بود این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در قالب پنج محور کلی و 37 بند در سال 1388 توسط وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردید و ناگفته نماند که منشور حقوق بیمار در ایران تاثیر گرفته از اسناد بین المللی و منطقه ای است همانند:

(اعلامیه حقوق بیمار و مجمع پزشکی جهانی (1981) و همینطور (منشور حقوق بیماران کمیته بیمارستانی جامعه اقتصادی اروپا مصوب 1979)

محورهای پنجگانه منشور حقوق بیمار در ایران

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است

در شرح محور پنجم همچنین آمده است که:

(هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سالم به مقامات ذی صالح شکایت نماید).

(بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند)

(خسارات ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سالم باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاهترین زمان ممکن جبران شود)

نقاط ضعف منشور حقوق بیمار

این منشور ضمانت اجرایی ندارد و به همین دلیل افراد نمی توانند با استناد به عدم اجرای مفاد این منشور حق خود را مطالبه کنند که از ایرادات اساسی آن محسوب میشود و ایراد دوم آن عدم تعیین تکلیف نسبت به هزینه های درمان اشخاص بی بضاعت هست .

با یک بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای جهان نکات قابل توجهی بدست می آید. برای مثال : وزارت بهداشت آفریقای جنوبی با لایحه 108 قانون اساسی مصوب 1996 منشور حقوق بیمار را بعنوان یک قانون به تصویب رسانید و بند 13 این منشور در نه تنها حق شکایت را برای بیمار محترم شمرده بلکه مراحل بعدی آن یعنی رسیدگی عادلانه و پاسخ و نتیجه منطقی آنرا از هم وظایف و حقوق منشور حقوق بیمار تلقی شده است که لزوم اهمیت رسیدگی به شکایات بیماران و رسیدگی به آنرا نشان میدهد و یا مثلا بند 2 آن بدین شرح است (بیمار حق دارد به خدمات اورژانسی تمام وقت در هر مرکز بهداشتی درمانی بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه ها دسترسی داشته باشند)؛ و نکته مهم دیگر اینکه اطلاع رسانی این منشور به بیماران و آموزش حقوق مندرج در آن به بیماران هم باید مورد توجه وزارت بهداشت قرار گیرد (fail//A:africa.htm)

د: خطای پزشکی و جرائم پزشکی

هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد که میتواند در سه نوع مختلف صورت گیرد.



جدول شماره (2): خطای پزشکی و جرائم پزشکی

خطای پزشکی منجر به نتیجه و عوارض روحی و جسمانی و مالی به بیمار نمی شود	رویداد بدون آسیب
خطای پزشکی غالباً به علت سیستم مقاومت بیمار منجر به عارضه نشده است	رویداد نزدیک به خطا
خطای پزشکی باعث صدمه فیزیکی جدی و گاهی منجر به مرگ بیمار می شود	رویداد فاجعه آمیز

بر اساس دایرةالمعارف پزشکی فرانسه خطای پزشکی به مفهوم یک تشخیص اشتباه، یک روش مداخله درمانی یا حتی انتخاب یک درمان اشتباه است که مسئولیت پزشک یا سازمان بهداشت و درمان را مطرح میسازد (Erreur. medicale.2020) به عبارت دیگر خطای پزشکی به عمل یا تصمیم پزشک یا کادر درمانی گفته شود که با استاندارد های مراقبت سلامت تطابق ندارد و به دلیل استراتژیها و روش های تشخیص، درمان، پیشگیری و توانبخشی نامناسب اتفاق می افتد (Latil F. 2007) بر اساس آمارهای، هر ساله 400 هزار نفر به دلیل خطای پزشکی در جهان فوت می کنند و در اروپا بعد از سرطان و بیماریهای قلبی- عروقی، خطای پزشکی سومین عامل فوت محسوب میشود (Tabankia 2017.A)

بنابراین با ملاحظه اهمیت این موضوع نیاز به ضمانت اجرایی موثر و تخصصی در سیستم قضایی دیده میشود علی الخصوص در مواردی که محاسبه عارضه ایجاد شده شامل ارش (دیه مقدر) میباشد برای تحقق این امر باید هم در سطح دادسرا ها و دادگاه ها که باید مقامات قضایی تخصص مربوطه را داشته باشند هم در سطح وکلا نیز باید پروانه های تخصصی در خصوص جرایم پزشکی صادر گردد و البته شرکت های بیمه نقش حیاتی در این مساله دارند باید تخصص مهارت را کسب کنند تا به این نوع پرونده ها سریعتر و دقیق تر رسیدگی شده و منتج به نتیجه ای شود که اولاً حقوق بیمار در آن لحاظ شده باشد و همینطور با ضمانت اجرایی موثر باعث پیشگیری از تکرار مشکلات اینچنینی گردد.

همچنین اداره حقوقی در بیمارستان باید فعال و الزامی بوده و در تشکیل اولیه پرونده و بررسی تخصصی موضوع و ارائه گزارش باعث بهبود کیفیت رسیدگی گردد.

در راستای اجرای قانون (ماده 66 قانون آیین دادرسی کیفری اصلاحی مصوب 1394) باید سازمان های مردم نهادی که اساسنامه ایشان در خصوص اشخاص بیمار است باید فعالیت خود را صرفاً به مسائل مالی و معیشتی و درمانی بیمار معطوف نکنند و با حمایت های معاونت اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و همینطور بطور کلی با همکاری وزارت بهداشت و سیستم قضایی ایران میبایست زمینه فعالیت های مثر ثمر این سازمان ها در زمینه حقوق بیمار و گزارش و اعلام جرم و پیگیری نتایج آن نیز به طور جدی فراهم شود.

جرائم پزشکی در ایران مانند بسیاری از جرائم دیگر ابتدا باید آسیب شناسی شده و سپس راه های پیشگیری از وقوع آن طراحی و در مرحله آخر ضمانت اجرایی موثر برای آن در قانون مجازات تعیین و مهم تر از همه مهم تر نحوه رسیدگی و مرجع رسیدگی به این جرائم است که باید تخصصی گردد با اینکه جرائم پزشکی در قانون مجازات اسلامی جرم انگاری شده و همینطور قوانین متفرقه دیگر که ذکر تعدادی از آن اشاره میکنیم اما مساله مهم تر اجرای این مجازات و دادرسی عادلانه و تخصصی بوده که باید مورد توجه قوه قضائیه قرار گیرد و به اصل تفکیک مقام رسیدگی کننده و تصویب کننده و همینطور استقلال کامل نهاد رسیدگی کننده قضایی در رسیدگی به جرائم پزشکی و ایجاد زمینه برای تحقق این امر باید مد نظر قانون گذار باشد.

جلوه های جرائم پزشکی در مقررات کیفری و مقررات پایین دستی

ابتدا به تفاوت قصور و تقصیر پرداخته، سپس مصادیق از آن را در جرائم پزشکی بیان می کنیم.

قصور یعنی اینکه فعلی برخلاف مقررات قانونی بدون اینکه عمد و قصد مجرمانه ای در کار باشد و در قصور نوعی غفلت وجود دارد. اما در تقصیر عنصر آگاهی و معرفت وجود دارد یعنی فرد با علم و آگاهی خود و عامدانه (عمد پنهانی) مرتکب فعلی می شود؛ دیگر آنکه مجازات شخصی که مرتکب قصور شده است تنها از جنبه مدنی مورد



بررسی میشود درحالی که مجازات کسی که مرتکب تقصیر شده است میتواند بعد کیفری نیز داشته باشد و تبصره ماده (145) قانون مجازات اسلامی انواع تقصیر را شرح داده است (تبصره- تقصیر اعم از بی احتیاطی و بی مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آنها، حسب مورد، از مصادیق بی احتیاطی یا بی مبالاتی محسوب می شود).

در خصوص تعریف جرائم مغایر با شئون پزشکی باید اشاره کرد به ماده شش آیین نامه

(انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی) مصوب 1378

(انجام امور خلاف شئون پزشکی توسط شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می شود خودداری کنند) و درواقع منظور از اعمال خلاف شئون پزشکی هر فعلی است که به نحوی موجب هتک حرمت جامعه پزشکی میشود . به طور کلی تشخیص مصادیق اعمال خلاف شئون پزشکی در صلاحیت سازمان نظام پزشکی کشور است و دیگرآنکه مجازات انجام اعمال خلاف شأن پزشکی در بند (ث) ماده 29 آیین نامه ذکر شده است و همینطور جرائمی مغایر با شئون پزشکی وجود دارد که در قانون مجازات اسلامی ایران و.. جرم انگاری شده است مانند (افشای اسرار بیماران موضوع ماده 648 قانون تعزیرات 1375) و یا (صدور گواهی خلاف واقع پزشکی موضوع ماده 539 قانون تعزیرات 1375) و یا (تبلیغات گمراه کننده و فریب بیماران موضوع ماده 5 قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب 1334) و یا (دخالت غیرمجاز در امور پزشکی، موضوع ماده های 1 و 3 قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب 1334).

نکته مهم دیگر در خصوص دیدگاه مجازات اسلامی به بحث ضمان در جرائم پزشکی آنکه با اینکه قانونگذار در مواد (495و496و...) قانون مجازات موجبات ضمان را بطور دقیق بیان کرده است اما طبق رای وحدت رویه (شماره 804 مصوب 1399/10/02) در خصوص جراحات وارده در معالجات پزشکی تعیین تکلیف شده است که بدین شرح است: (جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی، قابلیت استناد به رفتار «واردکننده صدمه اولیه» را ندارد تا مطابق ماده 492 قانون مجازات اسلامی مصوب 1392 مستوجب پرداخت دیه یا ارش از جانب وی باشد. از طرفی با عنایت به مواد 495 و 496 قانون مذکور چنانچه جراحات موصوف با رعایت مقررات پزشکی و موازین قانونی ایجاد شده باشد، معالجه کننده اعم از پزشک یا پرستار و مانند آن نیز مسئولیتی برای پرداخت دیه یا ارش در قبال آن ندارد. بنا به مراتب مذکور، رأی شعبه نهم دیوان عالی کشور تا حدی که با این نظر انطباق دارد به اکثریت آراء صحیح و قانونی تشخیص داده می شود).

جرائم دارویی

در خصوص این نوع جرائم هم باید گفت که این گونه جرایم در دو قانون خاص پیش بینی شده اند: برخی از آنها در قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی (مصوب 1334) با اصلاحات بعدی، گنجانده شده اند و دسته ای هم در قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی (مصوب 1367/12/23) مجمع تشخیص مصلحت نظام آمده و این قانون از چهار فصل شامل چهل و چهار ماده و نه تبصره تشکیل شده است.

لزوم تشکیل دادگاه تخصصی رسیدگی به جرایم پزشکی

وجود دادگاه مخصوص جرائم پزشکی و درواقع شعبه ای که بطور تخصصی به جرایم مربوطه می پردازد طبیعتاً آرای نزدیک به واقعیت بیشتر و بهتری می تواند صادر کند از این حیث که با مسائل تخصصی این حرفه مربوطه آشنا بوده که باعث می شود تصمیم گیری درستی بگیرند از بدو رسیدگی تا حکم نهایی باید تخصصی و مستقل از وزارت بهداشت درمان باشد از کمیسیون های اولیه رسیدگی گرفته تا صدور حکم نهایی ، بنابراین تشکیل این شعبه تخصصی دادگاهی



با استناد به (ماده 566 قانون آیین دادرسی کیفری) و با لحاظ (آیین نامه شیوه تشکیل شعب تخصصی مراجع قضایی مصوب 1398) بیش از پیش نیاز است.

درحال مراجع صالح رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران بدین قرار است:

- دادگاه عمومی (اولین مرجع رسیدگی به جرائم پزشکی) با معیت وجود دادرسی ویژه جرایم پزشکی
- شورای حل اختلاف ویژه امور بهداشت
- دادگاه انقلاب
- سازمان نظام پزشکی
- سازمان تغذیرات حکومتی

پیشنهادها و راهکارهای کاربردی

- ✓ برای به حداقل رساندن تجویز داروی اشتباه پیشنهاد می شود:
 - (1) تشکیل کارگروه ویژه جهت بررسی کیفی نسخه های پزشکی از پزشکان مختلف برای موارد مشابه بیماری با شرایط عمومی نزدیک بیماران و تجویز سیاست های تشویقی و تنبیهی مسئولین و ارگان مربوطه
 - (2) ایجاد زمینه گزارش دهی سریع و موثر این خطا توسط بیماران
 - (3) اصلاحاتی در سامانه نسخه نویسی الکترونیکی جهت تکمیل و بروز رسانی آن برای (ثبت داروهای مورد استفاده بیمار) و (حساسیت های بیمار) و (سوابق بیماری) وی و بطور کلی هر اطلاعاتی که برای تشخیص اتوماتیک تداخلات دارویی مورد نیاز باشد و سیستم اعلام سریع آن به دکتر.
- ✓ جهت پیشگیری از تحویل داروهای تاریخ گذشته پیشنهاد می شود:

دستگاه بارکدخوان در داروخانه ها باید الزامی شود تا از هرگونه فروش داروی تاریخ گذشته و حتی دارو های با تداخل دارویی بلافاصله شناسایی شده و به متصدی هشدار داده شود که لازمه این امر با افزایش بهره وری این بارکدخوان مخصوص محقق می گردد.
- ✓ جهت بهبود صیانت از حقوق بیمار اصلاحاتی در منشور حقوق بیمار پیشنهاد می شود:
 - (1) منشور حقوق بیمار در ایران ضمانت اجرایی قوی نداشته و باید برای عدم اجرای مفاد این منشور بطور دقیق مجازات تعیین شود تا انجام دستورات آن الزامی شود.
 - (2) در این منشور نسبت به هزینه های درمان اشخاص بی بضاعت تعیین تکلیف نشده که پیشنهاد میشود نسبت به این موضوع مهم نیز موارد لازم اضافه گردد و مقدمات لازم برای اجرای آن نیز فراهم گردد.
- ✓ جهت تخصصی شدن مرجع رسیدگی به جرائم پزشکی پیشنهاد می شود:
 - (1) در سطح وکلای رسمی دادگستری باید پروانه های تخصصی رسیدگی به جرائم پزشکی توسط مراجع مربوطه صادر گردد تا زمینه دادرسی عادلانه در این مورد ایجاد شود.
 - (2) اداره حقوقی بیمارستان ها باید فعال بوده و در تشکیل اولیه پرونده و بررسی تخصصی موضوع و ارائه گزارش و بهبود کیفیت رسیدگی گردد.
 - (3) شعبه دادگاه بدوی تخصصی رسیدگی به جرائم پزشکی باید تشکیل شود.



بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه حفظ سلامت مردم طبق قانون اساسی ایران از وظایف اصلی حکومت است و با در نظر گرفتن اهمیت بالای بحث خطایی دارویی و عوارض آن باید سیاست هایی در سطح کلان نه صرفاً وزارت بهداشت و همینطور با لحاظ همه مسائل (تقنینی، آموزشی، قضایی و ..) اتخاذ گردد. تمرکز اصلی این مقاله بر روی پیشگیری از ایجاد خطای دارویی است چراکه در بحث جرائم دارویی و بطور کلی جرائم عمد و غیر عمد پزشکی فاصله آمار ارائه شده از مراکز رسمی و واقعیت جامعه (به اصطلاح رقم سیاه) بسیار بالاست، بنابراین حل این معضل بعد از وقوع نه تنها در سطح کاملی قابل انجام نبوده بلکه باید هزینه مجددی برای رفع تبعات آن نیز بر جامعه تحمیل گردد؛ و همینطور بحث تکرار جرم و بزه دیدگی ثانوی در این موارد میتواند جبران ناپذیر باشد پس میتوان نتیجه گرفت که پیشگیری بهترین عملکرد در این راستاست. برای نیل به هدف استراتژی هایی در این مقاله پیشنهاد شده از جمله: اصلاح قوانین مربوطه و تقنین ضمانت اجرایی موثر برای آن در ابتدا و نیز تاکید شده که رشد بینش حقوقی عموم جامعه نسبت حقوق و وظایف بیمار و پزشک از طریق رسانه عمومی میبایست صورت گیرد و در کنار آن آموزش تخصصی کادر درمان و تحلیل خطای دارویی در دانشگاه بعنوان یک آسیب خطرناک جامعه واکاوی شود و نیز عوامل ایجاد آن برای پزشکان و .. روشن گردد و سپس در مرحله اجرا نیز به نظارت دقیق مسئول فنی بر تحویل دارو ها و نحوه قرار گرفتن دارو های پرخطر در جایگاه های مخصوص و اهمیت لحاظ تداخلات دارویی توسط کاربران سامانه نسخه نویسی الکترونیکی اشاره شده، و نیز تاثیر دستگاه بارکد خوان بر جلوگیری از تحویل دارو اشتباهی یا منقضی پرداخته شده است؛ در نهایت نیز به سبک برخورد به بعد از وقوع این اتفاق توسط بیمار و دستگاه عدالت قضایی و نظام پزشکی اشاره شده که لاجرم زمینه اعتراض و شکایت سریع بیماران و رسیدگی به آن از حالت رسیدگی یک مرحله ای و (شائبه جانبداری عوامل نظارتی از مرتکبان) و عدم استقلال آن خارج شده و مجمعی متشکل از چندین ارگان تخصصی و قضایی و مردمی باشد و نیز رسیدگی قضایی به این جرائم نیز باید از حالت حقوقی کیفی صرف خارج شده و دادگاه های تخصصی در این زمینه در همه مراکز استان ها در حدود اختیارات قوه قضائیه محصور در قانون اساسی ایران تشکیل گردد تا بیماران نسبت به کسب نتیجه عادلانه در خصوص اعتراضات و شکایات خود امیدوار شوند؛ در آخر سازمان نظام پزشکی نیز با توجه به آمار قضایی و نظرات بیماران زمینه مقایسه و رتبه بندی پزشکان را فراهم سازد.

امید است که سیستم ایجاد کننده این خطا از ابتدا تا انتها هرچه بیشتر مدنظر پژوهشگران قرار گرفته و آسیب شناسی بیشتری در خصوص این بخش درمانی صورت بگیرد تا همه مردم (بیمار، کادر درمان) از حقوق خود مطلع شوند و با ایجاد بستر مناسب پیشگیری از این خطا و با رسیدگی مستمر و تخصصی به آن شاهد کاهش آمار بزه دیدگان این رفتار باشیم.

منابع

1. پارساپور، علیرضا، منشور جامع حقوق بیمار در ایران، خلاصه مقالات دهمین اجلاس آسیایی اخلاق زیستی، تهران 1388
2. رسولی، بهمن، اخلاق پزشکی از دیدگاه مکتب اسلام و سیرهی اهل بیت، خلاصه مقالات دهمین اجلاس آسیایی اخلاق زیستی 1388
3. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitude & beliefs of health care professionals on the cause and reporting of medication error in a UK intensive care unit. *Anesthesia*. 2007; 62 (1): 53-61.



4. National Coordinating Council for Medication Error & Prevention. [Cited 2012 February 5]. Available from : [http:// www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html](http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html)
5. Salamat New; کد خبر 252139
6. <https://www.ilna.news/fa/tiny/news-1166664>
7. لینک خبر mizan.news/001tko
8. Stratton KS, Blegen MA, Pepper G, et al. Reporting of medication errors by pediatric nurses. J Pediatr Nursing. 2004;19(6):385-92.
9. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC; National Academies Press. 2000; Pp:17-25.
10. Bates DW, Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995;274(1):29-34.
11. Hughes RG, Ortiz E. Medication Errors: why they happen, and how they can be prevented. Am J Nurs. 2005;28(2 Suppl):14-24.
12. Hansen RA, Greene SB, Williams CE, et al. Types of medication errors in north carolina nursing homes: A target for quality improvement. Am J Geriatr Pharmacother. 2006;4(1):52-61
13. Lehmann CU, Conner KG, Cox JM. Preventing provider errors: online total parenteral nutrition calculator. Pediatrics. 2004;113(4):748-53
14. Jones S, Moss J. Computerized provider order entry: strategies for successful implementation. J Nurs Adm. 2006;36(3):136-9.
15. fail//A:africa.htm
16. Erreur médicale / Faute [Internet]. Paris: Vocabulaire medical; 2018 [cited 2020 May 13]. Available from <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/146-erreur-medicale-faute>. [French]
17. Latil F. Place de l'erreur médicale dans le système de soins. Acta Endosc 2007;38(1):69-77.
18. Tabankia A. Comment briser le silence qui entoure les erreurs médicales [Internet]. Brussels: RTBF Web Site 2017 [cited 2019 Sep 03]

قوانین و آیین نامه ها

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- آیین دادرسی کیفری مصوب 1392



- قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب 1367
- آیین نامه شیوه تشکیل شعب تخصصی مراجع قضایی مصوب 1398
- بخشنامه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا مصوب 1396
- قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب 1334
- قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب 1367
- قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی مصوب 1396
- آیین نامه تاسیس، ارائه خدمات و اداره داروخانه ها مصوب 1400
- اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال 1948
- آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی مصوب 1378
- منشور حقوق بیمار (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) جمهوری اسلامی ایران مصوب اصلاحیه 1380
- قانون اساسی آفریقای جنوبی مصوب 1996
- منشور حقوق بیمار آفریقای جنوبی
- اعلامیه حقوق بیمار و مجمع پزشکی جهانی 1981
- منشور حقوق بیماران کمیته بیمارستانی جامعه اقتصادی اروپا مصوب 1979



Causes & Prevention Strategies of Medication Error (Applied Study)

Hossein Javadi Compani

Master's Degree in Criminal Law & Criminology, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

hosein.javadi.compani@gmail.com

Abstract

Today according to official statistics, medication errors, which are the most common type of medical error, account for significant figures in Iran and the world, and due to their direct impact on the lives and property of people in the society, it is of great importance and necessary. It should be noted that even considering these many official reports, the highest number of crimes is related to this category, which is one of the main challenges of criminal statistics. Also, its consequences are so dangerous and continuous that taking measures for it should be one of the main and permanent plans of the legislative system. The nature of medical crimes due to its systematic and chain nature is such that the traditional reaction and classic treatment against it and resorting to criminal weapons against its perpetrators will not have an effective result. Therefore, correcting and eliminating the basis for the formation of these crimes is the best practice to solve this problem. In general, medication errors can be caused by several reasons, the most important of which are defined in this article and the solutions to prevent them. In this study, the strategy of preventing medication errors has been proposed based on four practical steps, which include all drug treatment processes, even from the pre-prescription and prescription (training of doctors) to after the occurrence of medication error and the complaint stage in court. In this regard, we believe that in order to minimize the number of medication errors, it requires the coordination and cooperation of all the country's organs so that this can be achieved as soon as possible, apart from all the analytical and interpretive discussions of this issue, which have been done many times by different researchers. There are more practical and applicable ideas than before, and also these suggestions have been predicted by taking into account the electronicization of prescriptions and the fields of medication error, so that it is possible to implement it in the Iranian society and in accordance with the criminal and medical laws and Conventional procedures should have health care and not only have an analytical aspect.

Keywords: Medication Error, Reporting, Electronic Prescribing, Monitoring, High Alert Drugs, Prevention.