تمهيد للحلول المتصلة بسلامة المرضى- أيار/ مايو ٢٠٠٧

يواجه إيتاء الرعاية الصحية في كل أرجاء العالم تحدياً يتمثل بطائفة عريضة من مشكلات السلامة. فالأطباء أو الممرضات أو غيرهم من ممارسي الرعاية نادراً ما يحنثون بالقسم الطبي التقليدي - «أولاً لا تسبب الأذى»، لكن واقع الحال أن المرضى يتعرضون للأذى كل يوم وفي كل بلد في شتى أصقاع العالم لدى تلقيهم للرعاية الصحية. وأول ما يتعين علينا عمله هو التسليم بهذه الحقيقة المزعجة؛ ورفض الفكرة القائلة بأن الوضع الراهن يعتبر مقبولاً، ولعل الأهم من ذلك كله، السعي إلى تدارك المشاكل التي تساهم في إيتاء الرعاية على نحو غير مأمون.

إنه من حق جميع المرضى تلقي الرعاية الفعالة والمأمونة في جميع الأوقات.

والضرر غير المتعمد الذي يلحق بالمرضى الخاضعين للمعالجة ليس ظاهرة جديدة. حيث إن أقدم سجل لهذه المشكلة يعود تاريخه إلى القرن السابع عشر قبل الميلاد. وكانت ردة الفعل تلك الأيام كانت بكل بساطة العقاب وحده (كبتر يد الجراح على سبيل المثال). أما اليوم فإن الحلول المتوفرة لتحسين سلامة المرضى فتوفر أسلوباً أكثر إيجابية - أسلوب يتحدد فيه النجاح (الرعاية المأمونة) بقدر ما يعمل مقدمو الرعاية مع بعضهم البعض كفريق، ومدى فعالية تواصلهم مع بعضهم ومع مراضاهم، ومدى العناية والدقة التي يتم بها رسم عمليات إيتاء الرعاية والنظم الداعمة لها. وقد آن الأوان، مع تزايد التسليم بمشاكل السلامة في مجال الرعاية الصحية، لوضع وتعميم «الحلول» المتصلة بسلامة المرضى.

ولحسن الحظ أن القادة السياسيين في بعض البلدان يغلّفون حججهم الداعية إلى إصلاح الرعاية الصحية بلغة الارتقاء بالجودة والتخلص من الممارسات التي يعرف أنها غير مأمونة أو تؤدي إلى هدر الموارد، أو تصحيح هذه الممارسات. وبالمثل، فقد أخذت تتزايد مهارة المرضى وأسرهم في الحصول على المعلومات التي تساعدهم على اتخاذ قرارات شخصية في مجال الرعاية الصحية حول أنواع المعالجة المطلوبة واختيارهم لمقدمي الرعاية، والمطالبة برعاية أكثر مأمونية أيضاً. زد على ذلك أن ممارسي الرعاية الصحية يكتسبون المزيد من البراعة في إدماج المعارف المرتكزة إلى البيّنات في عملية اتخاذ القرارات السريرية.

وأطلقت منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام ٢٠٠٥ "التحالف العالمي من أجل سلامة المرضى" وحددت ستة مجالات عمل في هذا المضمار. أحدها وضع "حلول من أجل سلامة المرضى". وفي ذلك العام تمت تسمية "اللجنة المشتركة" و"اللجنة المشتركة الدولية" كمركزين متعاونين مع المنظمة (WHO) في مجال الحلول المتصلة بسلامة المرضى، بغية استهلال وتنسيق إجراءات وضع وتعميم الحلول من أجل سلامة المرضى. وسيتم نقل نتاج هذا المكون من مكونات التحالف العالمي لأوساط الرعاية الصحية العالمية بوصفه «الحلول المتصلة بسلامة المرضى».

◄ تحديد الحلول وترتيب أولوياتها وتعميمها:

يمكن أن ترتكب الأخطاء وتحصل الأحداث الضائرة نتيجة مسائل شتى في مختلف مستويات الرعاية الصحية - من قبيل مستوى الدعم الحكومي (كالتمويل) ومستوى مرافق أو نظم الرعاية الصحية (كالبنية أو العمليات)، أو نقطة التدخل بين المرضى وممارسي الرعاية (كالخطأ البشري). لكن «الحلول» الناجمة عن هذه المبادرة لن تتناول الأسباب العريضة المستبطنة في مشاكل سلامة المرضى (مثل نقص الموارد)، بل سيتم توجيهها وجهة مستوى محدد حيث يمكن لتصميم العمليات على نحو جيد أن يحول دون وصول أية أخطاء (محتملة) من قبل الإنسان فعلياً إلى المرضى. وسيكون القصد من «الحلول» إذن النهوض ببيئة ونظم داعمة تكفل الإقلال من خطر الأذى إلى أدنى حد ممكن، رغم التعقيد ونقص التقييس اللذان يكتنفان الرعاية الصحية الحديثة.

ويعرّف مصطلح «حلول سلامة المرضى»، في إطار هذا السياق أعلاه، « بأنه:

أي نظام أو تدخل مصمم تم إثبات قدرته على منع إلحاق الضرر بالمرضى نتيجة لعمليات الرعاية الصحية أوالتهوين من هذا الضرر.

ويتطلب وضع الحلول في مجال العمل هذا الذي يضطلع به «التحالف العالمي من أجل سلامة المرضى» إجراء قدر واسع من البحوث بغية تحديد وترتيب أولويات مشاكل السلامة التي سيتم تناولها، واستعراض أية حلول قائمة لتلك المشاكل قد يمكن اعتمادها أو تكييفها أو زيادة تطويرها بهدف تعميمها على النطاق الدولي. وستقوم لجنة توجيهية دولية، هي عبارة عن هيئة من الخبراء الدوليين في ميدان سلامة المرضى، بالإشراف على اختيار

المواضيع، ووضع مجموعة محددة من «الحلول». ومن ثم يتم ترتيب أولويات الحلول المرشحة على أساس أثرها المحتمل، وقوة البينات وجدوى اعتمادها أو تكييفها في جميع البلدان، وذلك في سياق أوجه الاختلاف الثقافية والاقتصادية المعروفه. وسيتم استعراض «الحلول ذات الأولوية القصوى من جانب أفرقة استشارية إقليمية في شتى أرجاء العالم ومن ثم إتاحتها لإجراء استعراض ميداني على الإنترنت لها، مما يسمح بإبداء التعليقات وتقديم الاقتراحات من جانب أي طرف يهمه الأمر. وأخيراً ستعتمد اللجنة التوجيهية الدولية «الحلول»، التي يتم نقلها عندئذ إلى منظمة الصحة العالمية بغية نشرها وتعميمها.

◄ شاكلة حلول سلامة المرضى:

- عنوان حلول سلامة المرضى
- بيان المشكلة والأثر
- الخلفية والقضايا المطروحة
- الإجراءات المقترحة
- استشراف المستقبل
- إمكانية التطبيق
- إتاحة الفرص لإشراك المرضى وأسرهم
- قوة البيّنات
- العوائق المحتملة في التنفيذ
- مخاطر العواقب غير المتعمدة
- المراجع
- المصادر الأخرى المختارة

◄ حلول سلامة المرضى المبدئية

١. أسماء الأدوية المتشابهة شكلاً ونطقاً
٢. استعراف المرضى
٣. تبادل المعلومات عند تسليم واستلام المرضى
٤. أداء الإجراءات الصحيحة في الموقع الصحيح من الجسم
٥. مراقبة المحاليل الكهرلية المركّزة
٦. ضمان مضبوطية الأدوية عند تناوب العناية
٧. تفادي إساءة وصل القثاطير والأنابيب
٨. استعمال جهائز الحقن لمرة واحدة فقط
٩. تحسين نظافة اليدين للحؤول دون العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

◄ الخطوات التالية:

لقد تم وضع عملية تحديد «الحلول» وترتيب أولوياتها وتعميمها، حسبما ورد وصفه أعلاه بسبب التعقيدات المسلم بها والتحديات الماثلة في تنفيذ «الحلول» في كل أرجاء العالم. وثمة تحديات أيضاً تكتنف القدرة على قياس تأثير وآثاره الطويلة الأمد أي حل من «الحلول» على نحو فعال. ويتم حالياً، بهدف رسم الخطوات العريضة على نحو أفضل للمسائل المتصلة بتنفيذ « الحلول» وقياس التأثير والنتائج الطويلة الأمد، تطبيق برنامج ارتيادي مستقل. وستشكل نتائج هذا البرنامج الأساس الذي سيستند إليه تفصيل الاستراتيجيات فيما بعد بغية تنفيذ «الحلول» على نطاق واسع.

ولابد أن تكون التغييرات في التنظيم الصحي والثقافات المهنية في نهاية المطاف جزءاً من التحول الإجمالي الذي يسعى إليه «التحالف العالمي»، لكن ذلك سيشكل تحدياً رئيسياً حيث إنه سيبدل القيم، والمعتقدات وضروب السلوك على مستوى التنظيم والقيادة المهنية كليهما. وتشتد الحاجة إلى هذه التغييرات لتيسير تغييرات الخط الأمامي حيث يتم تطبيق عمليات الرعاية على المستوى الفعلي. وتوفر «الحلول» التبصر والطرق اللازمة لتدبر سلامة المرضى على مستويات متعددة، بما في ذلك الحكومات والصناعة ونظم الرعاية الصحية ومرافقها، وعلى مستوى الممارسين الأفراد والمرضى، دون أن يقتصر عليها.

وتتم إدارة المعلومات التراكمية ذات الصلة ببرنامج «الحلول» من خلال قاعدة معطيات مأمونة واحدة وتجرى إتاحتها للجمهور حالياً على موقع إلكتروني ثابت قائم لدى «مركز اللجنة المشتركة الدولية لسلامة المرضى». وللاطلاع على المزيد من المعلومات وتقديم الاقتراحات المتصلة «بالحلول» في المستقبل يرجى زيارة هذا الموقع على العنوان: (www.jcipatientsafety.org).

◄ شكر وتنويه

تم وضع «الحلول المتصلة بسلامة المرضى» بفضل توجيهات وخبرة أعضاء اللجنة التوجيهية الدولية التالية أسماؤهم:

- الدكتور أحمد عبد اللطيف، إقليم شرق المتوسط التابع للمنظمة (WHO)، مصر
- James P. Bagian, MD, PE, Director, VA National Center for Patient Safety, USA
- Dr. Enrique Ruelas Barajas, Subsecretario de Innovación y Calidad, Mexico
- Michael Cohen, RPh, MS, Sc.D., President, Institute for Safe Medication Practices, USA
- Diane Cousins, RPh, Vice President, United States Pharmacopeia, USA
- Charles R. Denham, MD, Chairman, Leapfrog Group Safe Practices Program, USA
- Kaj Essinger, Chair, Hope, Sweden
- Dr. Giorgi Gegelashvili, MP, Deputy Chairman, Georgia

- Helen Glenister, Director Safer Practice, National Patient Safety Agency, United Kingdom
- Carolyn Hoffman, Director of Operations, Canadian Patient Safety Institute, Canada
- Dr. Diana Horvath, Chief Executive Officer, Australian Commission for Safety and Quality in Health Care, Australia
- الدكتور توفيق خوجة، المدير التنفيذي، مجلس وزراء الصحة في منظمة التعاون الخليجي، المملكة العربية السعودية
- Niek Klazinga, Health Care Quality Indicator Project, OECD Health Division, Department of Social Medcine, The Netherlands
- Dr. Chien Earn LEE, Senior Director, Heathcare Performance Group, Ministry of Health, Singapore
- Dr. Tebogo Kgosietsile Letlape, President, The World Medical
- Association, Inc., South Africa
- Dr. Beth Lilja, Director, Danish Society for Patient Safety, Denmark
- Henri R. Manasse, Jr., PhD, ScD, Executive Vice President and CEO, American Society of Health-System Pharmacists, USA
- M. Rashad Massoud, MD, MPH, Senior Vice President, Institute for Healthcare Improvement, USA
- Dr. Ross McL Wilson, Director, Centre for Healthcare Improvement, Northern Sydney, Australia
- Andre C. Medici, Senior Health Economist, Social Programs Division, Inter-American Development Bank, Latin America
- الدكتور على جعفر محمد، المدير العام للشؤون الصحية، وزارة الصحة، سلطنة عمان
- William B. Munier, MD, Acting Director, Center for Quality Improvement and Patient Safety, Agency for Healthcare Research and Quality, USA
- Margaret Murphy, Ireland
- Melinda L. Murphy, RN, MS, CAN, Senior Vice President, National Quality Forum, USA
- Dr. Zulma Ortiz, Professor of Epidemiology, University of Buenos Aires, Argentina
- Diane C. Pinakiewicz, MBA, President, National Patient Safety Foundation, USA
- Didier Pittet, Director of the Infection Control Programme, Geneva's University Hospitals, Switzerland
- Shmuel Reznikovich, Israeli Ministry of Health, Tel Aviv, Israel
- Barbara Rudolph, Director of Leaps and Measures, Leapfrog Group, USA
- Susan E. Sheridan, President, Consumers Advancing Patient Safety (CAPS), USA
- Dr. LUI Siu-fai, Hong Kong Hospital Authority, Hong Kong, SAR, China
- Ronni P. Solomon, JD, Executive Vice President and General Counsel, ECRI, USA
- Per Gunnar Svensson, Director General, International Hospital Federation, Switzerland
- Stuart Whittaker, Chief Executive Council for Health Services Accreditation for Southern Africa (COHSASA), South Africa
- Robin Youngson, MD, New Zealand
- EpiQaul Committee, New Zealand

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

اسماء الأدوية المتشابهه شكلاً ونطقاً

حلول سلامة المرضى
المجلد ١، الحل ١ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

بيان المشكلة والأثر:

يعتبر الالتباس الذي يكتنف أسماء الأدوية أحد أكثر أسباب ارتكاب الأخطاء شيوعاً في إعطاء الأدوية وبذا فإنه يسبب مصدراً للقلق في شتى أرجاء العالم (١). فبالنظر إلى وجود عشرات ألوف الأدوية في الأسواق حالياً، وتعد إمكانية ارتكاب الأخطاء بسبب هذا الالتباس في أسماء الأدوية كبيرة بالفعل. ويشمل ذلك الأسماء غير المسجلة الملكية والأسماء (التجارية أو التي تحمل علامة تجارية). فالعديد من الأدوية يتشابه منظرها ونطق اسمها مع أسماء أدوية أخرى. ومما يساهم في هذا الالتباس كتابة الأسماء بصورة تستحيل قراءتها، وعدم المعرفة الكافية لأسماء الأدوية، والمنتجات الجديدة المتوفرة؛ وتشابه التغليف أو التوسيم، وتشابه مفاعليها استعمالاتها السريرية، وتشابه مفاعيلها، وأشكال الجرعات، وتواتر إعطائها، وإخفاق الجهات الصانعة والسلطات التنظيمية في إدراك إمكانية ارتكاب الأخطاء وإجراء تقييمات صارمة لعوامل الاختطار، سواء كان ذلك بالنسبة للأسماء غير المسجلة الملكية أو الأسماء التجارية، قبل اعتماد أسماء المنتجات الجديدة. (٢، ٣).

وتدل التقارير على وجود ما يفوق ٠٠٠ ٣٣ اسم لأدوية مسجلة الملكية و٨٠٠٠ دواء غير مسجلة الملكية في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها عام ٢٠٠٤ (٤)، وما يقدر بـ ٠٠٠ ٢٤ منتج صحي علاجي حسبما تفيد التقارير في السوق الكندية (٥). وقد نشر «معهد الممارسات الدوائية المأمونة» (ISMP) قائمة تتألف من ثماني صفحات بأزواج أسماء الأدوية المسؤولة حالياً عن ارتكاب الخطأ في المداواة. (٦). وثمة أسماء توليفات عديدة متشابهة شكلاً ولفظاً (LASA) يمكن أن تسفر عن ارتكاب أخطاء في المداواة. ويضم الجدول ١ أمثلة عن العديد من الأزواج التي سببت الالتباس في عدة بلدان في مختلف أرجاء العالم.

الجدول ١ – أمثلة عن أزواج أسماء الأدوية الملتبسة في بلدان مختارة

وتظهر الأسماء التجارية بأحرف مائلة – والأسماء غير المسجلة الملكية بأحرف مطبعية سوداء

البلد	الاسم التجاري (غير المسجل الملكية)	الاسم التجاري (غير المسجل الملكية)
استراليا	*Avanza* **(mirtazapine)**	*Avandia* **(rosiglitazone)**
	Losec **(omeprazole)**	*Lasix* **(frusemide)**
البرازيل	*Losec* **(omeprazol)**	*Lasix* **(furosemida)**
	Quelicin **(succinilcolina)**	*Keflin* **(cefalotina)**
كندا	*Celebrex* **(celecoxib)**	*Cerebyx* **(fosphenytoin)**
	Losec **(omeprazole)**	*Lasix* **(furosemide)**
فرنسا	**fluoxétine**	*Fluvoxamine*
	Reminyl **(galantamine hydrobromide)**	*Amarel* **(glimepiride)**
أيرلندا	*Losec* **(omeprazole)**	*Lasix* **(furosemide)**
	morphine	**hydromorphone**
إيطاليا	*Diamox* **(acetazolamide)**	*Zimox* **(amoxicillina triidrato)**
	Flomax **(morniflumato)**	*Volmax* **(salbutamolo solfato)**
اليابان	*Almarl* **(arotinolol)**	*Amaryl* **(glimepiride)**
	Taxotere **(docetaxel)**	*Taxol* **(paclitaxel)**
إسبانيا	*Dianben* **(metformin)**	*Diovan* **(valsartan)**
	Ecazide **(captopril/hydrochlorothiazide)**	*Eskazine* **(trifluoperazine)**
السويد	*Avastin* **(bvacizumab)**	*Avaxim* **(hepatitis A vaccine)**
	Lantus **(insulin glargine)**	*Lanvis* **(toguanine)**

◄ القضايا ذات الصلة:

يعمل فريق الخبراء التابع لمنظمة الصحة العالمية والمعني بالأسماء الدولية غير مسجلة الملكية للمواد الدوائية على وضع أسماء دولية غير مسجلة الملكية للمواد الدوائية الصيدلانية كي يتم اعتمادها في العالم كله. ومن ناحية ثانية تضع الأسماء التجارية المؤسسات الراعية للمنتج، وغالباً ما تختلف اختلافاً كبيراً من بلد إلى آخر. وقد تحتوي بعض الأدوية، رغم تسويقها تحت الأسماء التجارية ذاتها أو التي تتشابه لفظاً على شتى المكونات الفاعلة في بلدان مختلفة. زد على ذلك أن الدواء الذي تسوّقه أكثر من شركة واحدة قد يحمل أكثر من اسم تجاري واحد.

ويتم اعتماد الأسماء التجارية – التي يشار إليها بأسماء العلامات التجارية أو الأسماء المبتكرة – من جانب السلطات التنظيمية مثل «إدارة الأغذية والأدوية» في الولايات المتحدة أو فريق استعراض الأسماء المبتكرة (CPMP) في الاتحاد الأوروبي. وقد لجأت السلطات في السنوات الأخيرة إلى تقييم احتمال التباس الأسماء، مع أسماء أدوية أخرى، أثناء تسمية الأدوية، وذلك من بين معايير أخرى. كما أن صانعي الأدوية بدأوا يدمجون طرق التحري الإلكترونية والاختبار من جانب الممارسين في عملية وضع الأسماء. ورغم ذلك، فإنه مازال يتم اعتماد الأسماء الجديدة المشابهه لأسماء موجودة من قبل، ومازالت ترتكب الأخطاء في المداواة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من أزواج أسماء الأدوية المسببة للمشكلات التي ظهرت في بلد ما تسفر بالمثل عن مشاكل في بلدان أخرى. والمثال على ذلك هو الأدوية التي تحمل الأسماء"لوزك" (Losec) (أوميرازول) ولاسكس (Lasix) (فيوروسميد) يسببان مشاكل في كل أصقاع العالم. وتقتضي الضرورة إجراء المزيد من البحوث لتحديد أفضل الطرق لكفالة عدم حدوث الالتباس فيما يخص الأسماء التجارية والأسماء غير المسجلة الملكية الجديدة. وينبغي أن تركز السلطات التنظيمية العالمية وصناعة المستحضرات الصيدلانية في العالم تركيزاً أشد على قضايا السلامة والمأمونية المرتبطة بأسماء الأدوية.

وقد سلطت الأضواء على الاحتمال المتزايد بحصول أخطاء ناجمة عن تشابه الأسماء شكلاً ولفظاً (LASA)من قبل التحذير بالأحداث الخافرة الصادر عن "اللجنة المشتركة" (٧) في الولايات المتحدة الأمريكية وإدماجه في الأهداف الوطنية لسلامة المرضى (٨) التي حددتها "اللجنة المشتركة". وتركز التوصيات على ضمان قابلية قراءة الوصفات من خلال تحسين الكتابة والطباعة، أو استعمال وصفات مطبوعة مسبقاً أو الوصفات الإلكترونية. فالشرط القاضي بأن تضم الوصفات المطبوعة أو الوصفات الإلكترونية كلاً من الاسم التجاري والاسم غير المسجل الملكية، وشكل الجرعات، وقوة الدواء، والتوجيهات، ودواعي الاستعمال يمكن أن يساعد على التمييز بين أسماء الأدوية المتشابهة شكلاً ولفظاً. كما أن شرط تدوين الاسم وإعادة قراءته [١] لتوضيح الوصفات الشفوية وتحسين تبادل المعلومات مع المرضى يعتبر طريقة هامة أخرى للحد من احتمال ارتكاب الأخطاء (٩) وتشمل التوصيات الأخرى الهادفة إلى الحد ما أمكن من الالتباس فيما يتعلق بالأسماء إجراء تحليل دوري لأسماء المنتجات الجديدة، والفصل عملياً بين الأدوية التي تحمل أسماء متشابهة شكلاً واسماً في جميع أمكنة التخزين، بما في ذلك وضع كل من الاسم التجاري والاسم غير المسجل. الملكية على وصفات الأدوية لغرض الإسهاب والتوضيح؛ واستعمال الأحرف المسماة «الأحرف الكبيرة» (الأحرف الطباعية المختلفة الأحجام) (مثل DOPamine و DoBUTamine) للتشديد على الفوارق بين أسماء الأدوية (١٠). كما أنه يوصى بتدريب وتثقيف مهنيي الرعاية الصحية بشأن الأسماء المتشابهة شكلاً ولفظاً واحتمال الاختطار الشديد بارتكاب الأخطاء في إعطاء الأدوية لأن قصور تثقيف مهنيي الرعاية الصحية يمكن أن يشكل عاملاً مساهماً في الفشل في معالجة هذه المشكلة. ويمكن أن تحد منظمات الرعاية الصحية من خلال إدماج تدابير من هذا القبيل بصورة كبيرة من مخاطر أن يؤدي التباس تشابه الأسماء شكلاً ولفظاً إلى ارتكاب أخطاء في المداواة.

وفي حين يحدث عدد كبير من الأخطاء الناجمة عن تشابه أسماء الأدوية شكلاً ونطقاً في المستشفيات، فإن هذه المشكلة لا تقل شأناً عن ذلك في حالات رعاية المرضى في العيادات الخارجية، والتي تتطلب نفس القدر من الصرامة في تنفيذ استراتيجيات الحد من المخاطر.

(١) وهي عملية يتم بموجبها إجراء اتصال شفوي، ومن ثم تدوينه وقراءته ثانية على المتحدث. وهذه العملية تعد أفضل وسيلة لضمان سماع الرسائل الصوتية وتدوينها على الوجه الصحيح

◄ الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. ضمان التأكد من قيام منظمات الرعاية الصحية بفعالية بتحديد وتدبر المخاطر المرتبطة بتشابه أسماء الأدوية شكلاً ولفظاً من خلال:

(أ) إجراء مراجعة سنوية للأدوية المتشابهة الأسماء شكلاً ولفظاً في منظماتهم.

(ب) تنفيذ البروتوكولات السريرية التي:

- تحد إلى أدنى قدر ممكن من اللجوء إلى طلب الوصفات شفهياً بواسطة الهاتف.
- التشديد على ضرورة قراءة لصاقة التوسيم بدقة كل مرة يتاح فيها دواء ما ومرة أخرى عند إعطاء الدواء، وذلك عوضاً عن الاعتماد على التعرف عليه بالعين المجردة أو مكان وجوده أو تلميحات محددة.
- التأكيد على ضرورة التدقيق في الغاية من الدواء كما جاء ذكرها في الطلب، والتدقيق قبل إعطاء الدواء للإطلاع على التشخيص الفعلي الذي يتطابق مع الغاية منه/ داعي الاستعمال.
- إدراج كل من الاسم غير مسجل الملكية والاسم التجاري للدواء معاً في طلبات الأدوية ولصاقات توسيمها، على أن يكون الاسم غير مسجل الملكية بجوار الاسم التجاري ومطبوعاً بأحرف طباعية أكبر من أحرف الاسم التجاري.

(ج) وضع استراتيجيات لتجنب الالتباس أو سوء التفسير الناجمين عن وصفات أو طلبات أدوية تتعذر قراءتها، بما فيها تلك التي:

- تشترط طباعة أسماء الأدوية وجرعاتها.
- التشديد على الفوارق في أسماء الأدوية باستخدام طرق من قبيل الأحرف الطباعية المختلفة الأحجام.

(د) تخزين الأدوية الملتبسة في أماكن منفصلة أو بالترتيب غير الأبجدي، من قبيل أرقام الصناديق أو رفوف التخزين، أو بجهائز صرف الأدوية أوتوماتيكياً.

(هـ) استخدام تقنيات من قبيل الطباعة بالأحرف السوداء الثخينة أو الملونة لإظهار الفارق والحد من الالتباس المرتبط باستخدام أسماء متشابهة شكلاً ولفظاً على الملصقات، وصناديق ورفوف التخزين، وشاشات الحواسيب، وجهائز صرف الأدوية أوتوماتيكياً، وسجلات إعطاء الأدوية.

(و) وضع استراتيجيات لإشراك المرضى ومن يقدم لهم الرعاية في الحد من المخاطر بـ:

- تزويد المرضى ومقدمي الرعاية لهم بمعلومات دوائية مكتوبة، بما في ذلك دواعي استعمال الدواء، والأسماء غير مسجلة الملكية والأسماء التجارية والتأثيرات الجانبية المحتملة للأدوية.
- وضع استراتيجيات للتكيف مع احتياجات المرضى المصابين باختلال الرؤية، ومراعاة الفوارق اللغوية، وقصور المعارف حول الرعاية الصحية.
- اتخاذ ما يلزم لإجراء استعراض من جانب الصيادلة للأدوية المصروفة بمشاركة المريض المعني للتأكد من دواعي الاستعمال والمظهر المتوقع، سيما عندما يتم صرف أدوية يعرف بأنها تحمل أسماء تسبب المشاكل.

(ز) التأكد من قيام أشخاص مؤهلين وأكفاء بتنفيذ جميع مراحل عملية تدبر المداواة.

٢. إدراج التثقيف المتصل بالأدوية التي قد تتشابه شكلاً ولفظاً واستخدامها في المناهج الدراسية، والتوجيه، والتطور المهني المستمر في أوساط مهنيي الرعاية الصحية.

٣. ضمان أن تعمد المنظمات المسؤولة عن شراء الأدوية إلى:

(أ) دمج الاعتبارات المتصلة بتشابه أسماء الأدوية شكلاً ولفظاً واختبارها من قبل مستعمليها في عملية اختيار المنتجات الجديدة.

(ب) بأن اسماً تجارياً واحداً قد يرتبط بأدوية مختلفة في مختلف البلدان.

٤. الدعوة إلى زيادة التشديد على سلامة المرضى في تسمية الأدوية وإزالة الأسماء المتشابهه شكلاً ولفظاً من خلال مشاركة المجالس الاستشارية والتنظيمية وتلك المعنية بالمعايير على المستويين الوطني والدولي.

٥. التعاون مع الوكالات الدولية والصناعات من أجل:

(أ) وضع اتفاقية شاملة بشأن تسمية الأدوية.

(ب) تحري أسماء الأدوية الحالية لكشف أي التباس قد ينجم عن اسم أي دواء جديد قبل اعتماد هذا الاسم.

(ج) معايرة المقاطع المضافة إلى أواخر الأسماء (من قبيل الأدوية المستديمة الانطلاق).

(د) وضع استراتيجيات لتركيز الجهود على الأدوية التي ظهرت حديثاً.

◄ استشراف المستقبل:

◄ ينبغي للدول الأعضاء التي تخطط لاستخدام تكنولوجيات جديدة من قبيل "مدخلات طلبات الأطباء المحوسبة" (COPE))، أو نظام الترميز بالقضبان، أو جهائز صرف الأدوية المؤتمتة للحد ما أمكن من الأخطاء المتصلة بالأدوية، أن تدرك المخاطر المرتبطة بعملية (COPE)) هذه. وتشمل هذه المخاطر صغر حجم الحقل المستخدم، والذي يسفر عن بتر واختصار الأسماء، أو حقول إدخال المعطيات «التي تمتلئ ذاتياً». ويتعين استكشاف إمكانية إضافة التعاريف إلى نهاية الأسماء في نظم (COPE)) واستكشاف إمكانية إدراج التحذيرات المتصلة بالإنذار بتشابه الأسماء في نظم (COPE).

◄ قوة البيّنات:

◄ آراء الخبراء واتفاق هذه الآراء.

◄ إمكانية التطبيق:

◄ الجهات التنظيمية (السلطات والوكالات الصحية).

◄ شركات المستحضرات الصيدلانية.

◄ البرنامج الدولي للأسماء غير مسجلة الملكية (INN) التابع لمنظمة الصحة العالمية.

◄ جميع الأوضاع التي يتم فيها طلب الأدوية أو صرفها أو إعطاؤها.

◄ تدبر أوضاع المداواة بجانب السرير، بما في ذلك تناول الأدوية من قبل المريض وإعطاؤها من جانب الأسرة/ مقدمي الرعاية.

◄ فرص إشراك المرضى وأسرهم:

◄ إسداء المشورة وتوجيه وتحسيس المرضى وأسرهم ومن يحل محلهم (مقدمو الرعاية) فيما يخص المشاكل المحتملة المتصلة بأسماء الأدوية المتشابهه شكلاً ولفظاً وكيفية تجنبها – والمثال على ذلك كيفية قراءة الأحرف "المتفاوتة الأحجام" على لصاقات التوسيم.

◄ تشجيع المرضى، وأسرهم ومقدمي الرعاية على تعلم الأسماء غير مسجلة الملكية بوصفها وسيلة الاستعراف الرئيسية على المنتجات الدوائية التي يستعملونها.

◄ تزويد المرضى بالمعلومات الخاصة بلفت انتباه مقدمي الرعاية عندما يبدو لهم أن اسم الدواء يختلف بأي شكل من الأشكال عما يتناولونه/ أو يعطى لهم عادة.

◄ تحذير المرضى من مشكلة أسماء الأدوية المتشابهة اسماً ولفظاً عن طريق الإنترنت.

◄ تشجيع المرضى على استخدام الصيدليات المحلية كمصادر للمعلومات المتصلة بأسماء الأدوية المتشابهة شكلاً ولفظاً ومصادر ارتكاب الأخطاء الطبية الأخرى وكيفية تفاديها.

◄ العوائق المحتملة:

◄ استمرار إنتاج الأدوية المتشابهة شكلاً ولفظاً.

◄ ما يفضله واصفو الأدوية شخصياً وعدم استعدادهم للتقيد بكتيب وصفات محدود.

◄ حملة التثقيف المعقدة اللا زمة لتزويد المرضى والممارسين بالمعلومات ذات الصلة.

◄ التكاليف المترتبة على البدء بتطبيق تكنولوجيات وصف الأدوية.

◄ التغاير الواسع النطاق في نظم الصيدليات/ المستحضرات الصيدلانية بين البلدان.

◄ الحواجز اللغوية بين مهنيي الرعاية الصحية المتعددي الجنسيات، وخصوصاً عندما يمارسون المهنة كمغتربين في بلد تستخدم فيه لغات رئيسية مختلفة.

◄ نقص الموارد اللازمة لتوفير الدعم التكنولوجي، من قبل نظام (COPE) السالف الذكر.

◄ ازدياد استخدام الصناعة للتغليف الذي يعرّف بالأسماء التجارية.

◄ تزايد استحداث المنتجات المولفة المتعددة الفاعلية التي تستخدم فيها واصفات نهاية الكلمات الشائعة.

◄ انعدام الطرق المعيارية المتصلة بالأحرف المتفاوتة المقاييس.

◄ الاستخدام المنهجي للأسماء التجارية بدلاً من الأسماء غير مسجلة الملكية.

◄ إحجام سلطات الرعاية الصحية ومهنييها عن التشجيع على استعمال الأدوية غير المسجلة الملكية.

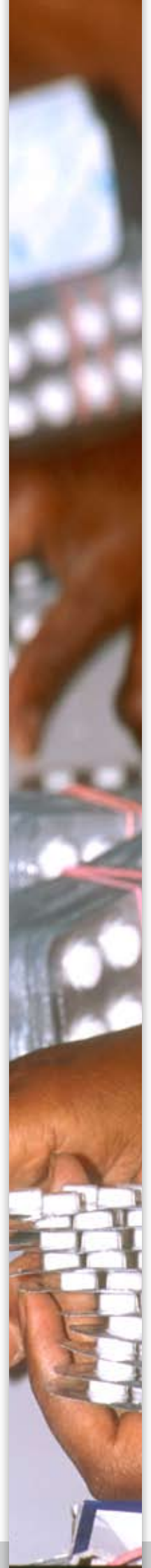
◄ الهواجس المتصلة بأن يتلقى المرضى أدوية أدنى نوعية إذا تم التشجيع على استعمال الأدويـة غير مسجلة الملكية وإذا تمت الاستعاضة عن المنتجات ذات الأسماء التجاريه بالأدوية "غير المسجلة الملكية"، والتي يتم تسويقها في أغلب الأحيان تحت "أسماء غير مسجلة الملكية".

◄ قلة البحوث والمعطيات والأسس المنطقية المقبولة عموماً فيما يتعلق بتحليل الفعالية بالنسبة للتكلفة أو العائدات على الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

◄ المخاطر المترتبة على النتائج غير المتعمدة:

◄ الاعتقاد بأنه ستنشأ الحاجة إلى زيادة تكاليف الإنتاج التي يتم تحويلها عندئذ إلى كاهل المرضى والمؤسسات.

◄ الترويج لاستخدام الأسماء التجارية بالتركيز على استراتيجيات الحد من المخاطر عوضاً عن الوقاية من هذه المخاطر باستخدام الأسماء غير مسجلة الملكية.



◄ المراجع:

1. *Lambert BL et al. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors. Medical Care, 1999, 37(12):1214–1225.*
2. *McCoy LK. Look-alike, sound-alike drugs review: include look-alike packaging as an additional safety check. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2005, 31(1):47–53.*
3. *Hoffman JM, Proulx SM. Medication errors caused by drug name confusion. Drug Safety, 2003,26:445–452.*
4. *Drug name confusion: preventing medication errors. FDA Consumer Magazine, July–August 2005, 39(4). http://www.fda.gov/fdac/features/2005/405_confusion.html.*
5. *Look-alike and sound-alike drug names—a step forward. Hospital News, January 2004. http://ismp-canada.org/download/HNews0401.pdf.*
6. *ISMP's list of confused drug names. Huntingdon Valley, PA, Institute for Safe Medication Practices, 1 April 2005 (http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf, accessed 11 June 2006).*
7. *Look-alike, sound-alike drug names. Sentinel Event Alert, Issue 19, May 2001. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_19.htm.*
8. *2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL, The Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm?print=yes, accessed 11 June 2006).*
9. *Davis NM, Cohen MR, Teplitsky B. Look-alike and sound-alike drug names: the problem and the solution. Hospital Pharmacy, 1992, 27:95–98, 102–105, 108–110.*
10. *Filik R et al. Drug name confusion. Evaluating the effectiveness of capital (« Tall Man ») letters using eye movement data. Social Science & Medicine, 2004, 59:2597–2601.*

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. *Improve core processes for dispensing medications: eliminate or reduce the availability of multiple medication strengths. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Improve+Core+Processes+for+Dispensing+Medications.htm, accessed 11 June 2006).*
2. *Look-alike/sound-alike medication errors. Safety First Alert, January 2001. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. http://www.macoalition.org/documents/SafetyFirst4.pdf.*
3. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛
عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

استعراف المرضى (تحديد هوية المرضى)

حلول سلامة المرضى
المجلد ١، الحل ٢ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◄ بيان المشكلة والأثر:

ما فتئ الاخفاق في استعراف المرضى على النحو الصحيح في كامل صناعة الرعاية الصحية يؤدي إلى ارتكاب الأخطاء في إعطاء الأدوية، وفي نقل الدم، والاختبارات، وإجراءات معالجة الشخص الخطأ، وتخريج الرضّع من المستشفيات وتسليمهم إلى أسر غير أسرهم. وقد أبلغت وكالة المملكة المتحدة الوطنية لسلامة المرضى بين تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٣ وتموز/ يوليو ٢٠٠٥، عن أخطاء كادت أن تقع تتعلق بفقدان أساور المعصم التي تحدد هوية الرضيع أو وجود معلومات خاطئة عليها (١). وقد ورد ذكر ارتكاب أخطاء في استعراف المرضى في أكثر من مائة تحليل إفرادي أجري للأسباب الجذرية لارتكاب هذه الأخطاء من قبل المركز الوطني لسلامة المرضى التابع لإدارة شؤون المحاربين القدامى في الولايات المتحدة الأمريكية بين كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠ وآذار/ مارس ٢٠٠٣ (٢). ولحسن الحظ، أن التدخلات والاستراتيجيات المتوفرة يمكن أن تحد بصورة ملحوظة من مخاطر ارتكاب الأخطاء في استعراف المرضى.

◄ القضايا ذات الصلة:

تشمل المجالات الرئيسية التي يمكن أن يحدث فيها الخطأ في استعراف المرضى إعطاء الأدوية، وفصد (بضع) الأوردة، وعمليات نقل الدم، والتدخلات الجراحية. ويؤدي الاتجاه للحد من ساعات عمل الفرق السريرية إلى زيادة عدد أعضاء الفرق الذين يقدمون الرعاية لكل مريض، مما يزيد من احتمال ظهور المشاكل في عملية التسليم والاستلام وسبل تبادل المعلومات الأخرى (٣). وبما أنه تم تحديد الخطأ في استعراف المرضى كسبب أساسي في ارتكاب الأخطاء، اعتبرت اللجنة المشتركة، في الولايات المتحدة الأمريكية، تحسين الدقة في استعراف المرضى بوصفه أول أسباب «الأهداف الوطنية في مجال سلامة المرضى» التي حددتها عام ٢٠٠٣، ومازال ذلك يشكل شرطاً من شروط اعتماد المستشفيات (٤). وعلى الرغم من استخدام أساور المعصم كطريقة تقليدية لاستعراف المرضى في المستشفيات في بعض البلدان، فإن الأساور الضائعة أو المعلومات الخاطئة تحد من كفاءة هذا النظام. ومن شأن استخدام الترميز الملون (الرموز الملّونة) على أساور المعصم أن يسهل التعرف البصري السريع على قضايا محددة، لأن انعدام نظم الترميز المقيّسة أدى إلى ارتكاب الأخطاء من جانب الموظفين الذين يقدمون الرعاية في مرافق متعددة (٥).

وثمة تكنولوجيات أحدث عهداً يمكنها تحسين استعراف المرضى، من قبيل الترميز بالقضبان مثلاً، وقد أثبتت بعض هذه التكنولوجيات فعاليتها بالقياس إلى تكلفتها (٦-١١).

وكائن ما تكن التكنولوجيا أو الأسلوب المتبع لاستعراف المرضى على وجه الدقة، فإن التخطيط الصحيح لعمليات توفير الرعاية يكفل استعراف المرضى على النحو الصحيح قبل إجراء التدخلات الطبية وتوفير الرعاية الأكثر مأمونية وارتكاب أخطاء أقل بكثير.

◄ الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. التأكد من وجود نظم لدى منظمات الرعاية الصحية تهدف إلى ما يلي:

(أ) التركيز على المسؤولية الأساسية التي يتحملها العاملون في الرعاية الصحية عن التدقيق في هوية المرضى ومطابقة المعالجة الصحيحة مع احتياجات المرضى المضبوطين (كالنتائج المختبرية، والنماذج، والإجراءات) قبل توفير تلك الرعاية لهم.

(ب) تشجيع استخدام وسيلتي تعريف على الأقل (كالاسم وتاريخ الولادة) للتحقق من هوية المريض عند إدخاله إلى المستشفى أو إحالته إلى مستشفى أو مرفق رعاية آخر قبل البدء بتقديم الرعاية له. وينبغي ألاتكون أية وسيلة من هاتين الوسيلتين رقم غرفة المريض.

(ج) توحيد الأساليب المتبعة في تحديد هوية المرضى فيما بين المرافق المختلفة في نظام الرعاية الصحية ذي الصلة. والمثال على ذلك استخدام شريط لتعيين الهوية يحمل نمطاً أو واصمة مقيّسين ومعلومات محددة (كالاسم وتاريخ الـولادة) يمكن كتابتهما، أو تطبيق تكنولوجيات السمات البيولوجية.

(د) وضع بروتوكولات واضحة لتحديد هوية المرضى الذين لا توجد وسيلة لإثبات هويتهم وللتمييز بين هويات المرضى الذين يحملون الاسم نفسه. ووضع أساليب غير شفهية لتحديد هوية المرضى المصابين بالغيبوبة أو المشوشين، واستخدام هذه الأساليب.

(هـ) حث المـرضى على المشاركة في جميع مراحل هذه العمليات

(و) التشجيع على توسيم الأواني المستخدمة للدم وغيره من النماذج بحضور المريض ذي الصلة.

(ز) وضع بروتوكولات واضحة للاحتفاظ أثناء التحليل بهوية العينات المتعلقة بالمرضى في جميع العمليات السابقة للتحاليل، وأثناء التحليل، واللاحقة للتحاليل.

(ح) وضع بروتوكولات واضحة للاستفهام عن النتائج التي توصلت إليها المختبرات أو نتائج الاختبارات عندما لا تكون متسقة مع التاريخ السريري للمريض.

(ط) اتخاذ ما يلزم من إجراءات للتحقق والمراجعة المتكررة بغية تجنب التضاعف المؤتمت للخطأ لدى إدخال النتائج في الحاسوب.

٢. دمج التدريب على إجراءات التعرف على التحقق من هوية أي مريض في عملية التوجيه والتطوير المهني المستمر للعاملين في الرعاية الصحية.

٣. تثقيف المرضى بشأن أهمية تحديد هوية المرضى ووثاقة صلتها بالموضوع بطريقة إيجابية تحترم أيضاً الهواجس المتصلة بالخصوصيات الشخصية.

◄ استشراف المستقبل:

- يتعين النظر في تطبيق نظم مؤتمتة (إدخال طلب الأدوية إلكترونياً، والترميز بالقضبان، وتحديد الترددات اللاسلكية، والسمات البيولوجية) للحد من إمكانية ارتكاب الأخطاء في تحديد هوية المرضى، حيثما أمكن ذلك.

◄ قوة البينات:

- توافق آراء الخبراء ووضع التقارير من جانب آحاد المرافق عن حدوث انخفاض ملحوظ بعد تطبيق عمليات تحديد هوية المرضى المنقحة.

◄ إمكانية التطبيق:

- في جميع أماكن الرعاية الصحية وأوضاعها.

◄ الفرص المتاحة لإشراك المرضى وأسرهم:

- تثقيف المرضى بشأن المخاطر المرتبطة بارتكاب أخطاء في تحديد هوية المرضى.
- الطلب إلى المرضى وأسرهم التحقق من المعلومات المتصلة بالهوية بغية التأكيد على أنها صحيحة.
- الطلب إلى المرضى الإفصاح عن هويتهم قبل تلقي أية أدوية وقبل إجراء أية تدخلات تشخيصية أو علاجية.
- تشجيع المرضى أو أسرهم أو من ينوب عنهم على المشاركة الفعالة في تحديد الهويات، والإعراب عن هواجسهم فيما يتعلق بالسلامة والأخطاء المحتملة، وطرح الأسئلة عن تلقيهم الرعاية الصحية الصحيحة.

◄ العوائق المحتملة:

- الصعوبات التي تعترض عملية اعتماد سلوك معيّن من قبل الأفراد بغية الامتثال للتوصيات، بما في ذلك اللجوء إلى الطرق المختصرة وعمليات الإلتفاف حولها.
- اختلاف العمليات فيما بين المنظمات القائمة في منطقة جغرافية واحدة.
- اختلاف العمليات التي قد توجد فيها مرافق إقليمية يعمل فيها نفس الممارسين (من مثل أساور المعصم ذات الرموز الملونة والتي تختلف دلالاتها في مختلف المنظمات).
- التكاليف المرتبطة بالحلول التقنية المحتملة.
- تكامل التكنولوجيات في المنظمات وبينها
- إدراك مقدمي الرعاية الصحية بأن العلاقة مع المرضى تتعرض للخطر بتكرار التحقق من هويتهم
- الحلول التكنولوجية التي لا تراعي واقع أمكنة الحالات السريرية.
- ازدياد عبء العمل الملقى على عاتق الموظفين والوقت الذي يمضونه بعيداً عن رعاية المرضى.
- الأخطاء المطبعية والأخطاء في إدخال المعلومات عند تسجيل المرضى في النظم المحوسبة.
- القضايا المتصلة بالثقافة، بما فيها:
  - الوصم المرتبط بارتداء إسوار معصم يحدد الهوية.
  - الخطر الشديد بارتكاب الأخطاء في تحديد هوية المرضى بسبب تركيبة الاسم، والتشابه الشديد بين الأسماء، وارتكاب الأخطاء في تاريخ ولادة المرضى المسنين.
  - المرضى الذين يحملون بطاقات صحية تعود لأشخاص آخرين، بغية الحصول على الخدمات.
  - الملابس التي تخفي الهوية.
  - عدم اعتياد عدد متزايد من العاملين في الرعاية الصحية الأجانب على الأسماء المحلية.
- نقص البحوث والمعطيات والمبرّر المنطقي الاقتصادي وعدم قبولها عموماً من ناحية تحليل الفعالية مقارنة بالتكلفة، أو العائدات على الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

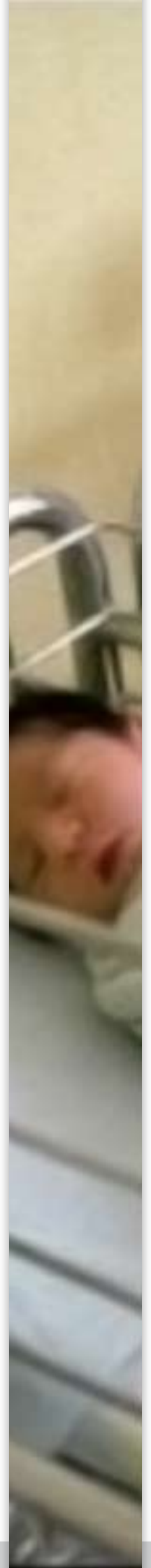
مخاطر العواقب غير المتعمدة:

- عدم تقييم العمليات الأساسية ذات الصلة بالرعاية بسبب الانشغال بالجهائز والحلول التقنية.
- الاعتماد على الحلول التقنية وغير التقنية دون تكييف سير العمل المتصل بنظم الدعم الجديدة.
- الاعتماد على حلول تقنية ناقصة كما لوكانت كاملة.
- الاستغناء عن عملية الفحص البشري عند تطبيق النظم المؤتمتة.
- تكرار الأخطاء السريع في نظم الحاسوب الموصولة مع بعضها الذي يخفي ارتكاب الأخطاء في تحديد هوية المريض.
- احتمال تعريض سرية وخصوصية المريض للخطر بسبب نظم تحديد الهوية المعيارية.

مثال
عن تحديد هوية المرضى

السياسة	التأكيد على أن مقدمي الرعاية الصحية يتحملون المسؤولية الرئيسية عن تفقد/ التحقق من هوية المريض، في حين ينبغي أن يتم إشراك المرضى بصورة فعالة في تحديد الهويه وأن يتلقوا التثقيف عن أهمية تحديد الهوية على النحو الصحيح.
الإدخال إلى المستشفيات	عند إدخال المرضى إلى المستشفيات وقبل توفير الرعاية لهم، ينبغي استعمال وسيلتين على الأقل لتحديد الهوية للتحقق من هوية المريض ذي الصلة، على أن لا تكون إحدى هاتين الوسيلتين رقم غرفة المريض.
وسائل تحديد هوية المرضى	◄ توحيد الأساليب المتبعة في تحديد هوية المرضى بين مختلف المرافق التابعة لأي نظام صحي. والمثال على ذلك استعمال أساور معصم بيضاء لتحديد الهوية تحمل نموذجاً أو واصمة موحدين ومعلومات محددة (كأن يكتب عليها الاسم وتاريخ الولادة). ◄ وضع بروتوكول تنظيمي لتحديد هوية المرضى الذين لا يحملون وسيلة لتحديد الهوية أو الذين يحملون ذات الاسم. ◄ استخدام الأساليب غير الشفهية الأخرى، كالسمات البيولوجية، مع المرضى المصابين بالغيبوبة.
التدخل	حتى ولو كانت هذه التفاصيل معروفة لدى مقدم الرعاية الصحية فإنه ينبغي التدقيق في تفاصيل هوية المريض ذي الصلة للتأكد من أنه يتلقى الرعاية الصحيحة.
المريض	ينبغي إشراك المرضى في عملية تحديد الهويه. لا ينطبق هذا المثال بالضرورة على جميع أماكن الرعاية الصحية.

لا يعتبر هذا المثال مناسباً بالضرورة لجميع أماكن الرعاية الصحية.



◄ المراجع:

1. *Wristbands for hospital inpatients improves safety. National Patient Safety Agency, Safer practice notice 11, 22 November 2005. http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf*
2. *Mannos D. NCPS patient misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs, June–July 2003 (http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc, accessed 11 June 2006).*
3. *Thomas P, Evans C. An identity crisis? Aspects of patient misidentification. Clinical Risk, 2004, 10:18–22.*
4. *2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL; Joint Commission, 2006 (http://www.jcipatient-safety.org/show.asp?durki=10293&site=164&return=10289, accessed 11June 2006).*
5. *Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk. Patient Safety Advisory Supplement, Vol. 2, Sup. 2. Harrisburg, Pennsylvania Patient Safety Authority, 14 December 2005 (http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/advisories/v2_s2_sup__advisory_dec_14_2005.pdf, accessed 11 June 2006).*
6. *Edozien L. Correct patient, correct site, correct procedure. Safer Health Care, 27 July 2005. http://www.saferhealthcare.org.uk/NR/rdonlyres/6D89DBA8-4414-4092-9CF0-62BEBB80F8D8/0/shc_patientidentification.pdf.*
7. *Right patient—right care. Improving patient safety through better manual and technology-based systems for identification and matching of patients and their care. London, National Patient Safety Agency, 2004 (http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/781_Right%20patient%20right%20care%20final%20report.pdf, accessed 11 June 2006).*
8. *Dighe A et al. Massachusetts General Hospital—bar coded patient wristband initiative: a CPM initiative. IHI National Forum storyboard presentation, December 2004; Safety Improvement Reports. saferhealthcare, 2005 (http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/Topics/IntheRealWorld/PatientIdentification/ImprovementReports/MassachusettsGeneralHospital.htm, accessed 1 April 2007).*
9. *Wright AA et al. Bar coding for patient safety. New England Journal of Medicine, 2005, 354:329–331.*
10. *Emerging technology: hospitals turn to RFID. HealthLeaders, August 2005 http://www.healthleadersmedia.com/print.cfm?content_id=71598&parent=106.*
11. *Secure identification: the smart card revolution in health care. The Silicon Trust, 4 June 2003 (http://www.silicon-trust.com/trends/tr_healthcare.html, accessed 1 April 2007).*

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. *Greenly M: Helping Hippocrates: a cross-functional approach to patient identification. Joint Commision Journal on Quality and Patient Safety, 32:463–469, August 2006.*
2. *McDonald CJ. Computerization can create safety hazards: a bar-coding near miss. Annals of Internal Medicine, 2006, 144:510–516.*
3. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/*
4. *Poon EG et al. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after. Annals of Internal Medicine, 2006, 145:426–434.*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛
عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

تبادل المعلومات أثناء تسلم المرضى وتسليمهم

حلول سلامة المرضى
المجلد ١، الحل ٣ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◄ بيان المشكلة والأثر:

يمكن أن يقوم بمعالجة المرضى خلال نوبات المرض أو فترة الرعاية عدد من ممارسي الرعاية الصحية والاختصاصيين في مختلف الأماكن والظروف، بما في ذلك الرعاية الأولية، ورعاية المرضى الخارجيين المتخصصة، ورعاية الطوارئ، والرعاية الجراحية، والرعاية المركزة، والرعاية التأهيلية، زد على ذلك أن المرضى غالباً ما يتنقلون بين أماكن التشخيص والمعالجة والرعاية على نحو منتظم، ويلتقي العديد منهم بثلاث ورديات من الموظفين يومياً – مما قد يعرض سلامة المريض للخطر في كل فترة من هذه الفترات. أما تبادل المعلومات أثناء تسلم المرضى إلى الوحدات أو تسليمهم وبين مختلف أفرقة الرعاية فقد لا يشمل جميع المعلومات المطلوبة، أو قد يساء فهم هذه المعلومات. ويمكن أن تسفر هذه الثغرات في تبادل المعلومات عن خلل خطير في استمرار الرعاية، وإيتاء المعالجة غير الملائمة، واحتمال إلحاق الأذى بالمريض.

وكان تعطل تبادل المعلومات السبب الأساسي الأهم وراء الأحداث الخافرة التي أبلغت عنها «اللجنة المشتركة في الولايات المتحدة الأمريكية» بين عامي ١٩٩٥ و٢٠٠٦ (١)، وكان أكثر الأسباب شيوعاً لدى إحدى الشركات للتأمين ضد الممارسات الخاطئة في الولايات المتحدة هو الذي أسفر عن مطالبات تتعلق بنقل المرضى، وتعود نسبة ١١٪ من أصل ٢٥ ٠٠٠ إلى ٣٠ ٠٠٠ حدث ضائر كان يمكن الوقاية منها وأدت إلى الإصابة بالعجز الدائم في استراليا، وذلك مقابل ٦٪ تعود إلى قصور مهارات الممارسين (٣).

ويتعلق تبادل المعلومات أثناء تسليم المرضى بعملية نقل معلومات محددة عن المرضى من أحد مقدمي الرعاية إلى آخر، أو من فريق من مقدمي الرعاية إلى الفريق الذي يليه، أو من مقدمي الرعاية إلى المريض وأسرته، بغرض ضمان استمرار رعاية المريض وسلامته (٤). ويتعلق تبادل المعلومات أثناء تسليم المرضى أيضاً بنقل المعلومات من أحد أنواع منظمات الرعاية الصحية إلى نوع آخر، أو من منظمة للرعاية الصحية إلى منزل المريض. وتتألف المعلومات التي يتم تقاسمها عادة من الحالة الراهنة للمريض، والتغيرات الطارئة على حالته مؤخراً، والمعالجة الجارية والتغييرات أو المضاعفات المحتملة الممكن حدوثها. وتتم عملية تسليم رعاية المرضى في العديد من الأوضاع على نطاق سلسلة الرعاية كلها، بما في ذلك دخول المستشفيات من الرعاية الأولية، وإحالة المريض من طبيب إلى طبيب آخر عند انتهاء دوام الأول، والإبلاغ عن تغيير ورديات الممرضات، وتحويل التقارير المتعلقة بالتخدير إلى موظفي غرفة الإفاقة من البنج بعد التخدير، واتصال قسم الطوارئ مع الموظفين في المرفق الذي يستقبل المريض خلال نقله، وتخريج المريض من المستشفى للعودة إلى بيته أو الانتقال إلى مرفق آخر.

◄ القضايا ذات الصلة:

تعتبر المشاكل التي تكتنف عمليات تسليم المرضى موضع قلق على المستوى الدولي (٥). وقد استعرضت المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية (٦). هذه القضية مؤخراً، ووضعت توصيات بشأن الحد من عوامل الاختطار المرتبطة بذلك. ورغم أنه لا توجد حالياً أية مجموعة من أفضل الممارسات لتحسين تبادل المعلومات أثناء تسليم المرضى، فقد تم تنفيذ مختلف الاستراتيجيات التي تخضع للدراسة حالياً. وتوصلت إحدى الدراسات المتعلقة بتسليم وتسلم المرضى من قبل الأطباء إلى أن تبادل المعلومات الدقيقة والواضحة وجهاً لوجه يعد أفضل طريقة لضمان التسليم والتسلم على النحو الصحيح (٧). غير أن الخبراء العاملين في مجال سلامة المرضى يتفقون على أن الحلول التي تقتضي إعادة تصميم نظم إيتاء الرعاية هي الأكثر فعالية في تحسين تبادل المعلومات أثناء عملية التسليم والتسلم (٨). فمن شأن تحسين تصميم النظم أن يعزز قدرة مقدمي الرعاية على تبادل المعلومات بصورة فعالة باستغلال المعارف المتوفرة عن العوامل البشرية (كيف يرتكب بني البشر الأخطاء)، ودمج كل من يزيد عن الحاجة في عملية الرعاية، وإيجاد وظائف التأثير، وتقليل عدد المراحل في العمليات مما يحد من فرص ارتكاب الأخطاء.

وتعتبر مشاكل التسليم المتأصلة، جزئياً، في طريقة تثقيف مقدمي الرعاية الصحية أو عدم تثقيفهم (في مجال مهارات تدريب الأفرقة) من ناحية، وانعدام أدوار القدوة الحسنة، ووجود نظام رعاية صحية يشجع الاستقلال والأداء الفردي ويكافئهما من ناحية أخرى. وتشكل ثقافة الطب التي لم تشدد فيما مضى تشديداً كبيراً على إشراك المرضى وأسرهم في إيتاء الرعاية الصحية سبباً أساسياً آخر. وبالإضافة إلى ذلك، وفي حين أن تخصص ممارسي الرعاية الصحية يمكن أن يحسّن المعالجة الطبية، فإن الاختصاص في الرعاية يعني أيضاً اشتراك المزيد من الأشخاص والوحدات في رعاية المريض، مما يمكن أن يزيد تبادل المعلومات تعقيداً. والمشكلة الأخرى التي تساهم في سوء تبادل المعلومات هي أن تركيبة الموظفين قد لا تعكس ديموغرافيات المجتمع الذي تقدم له الخدمات (٩). كما أن المشكلات اللغوية العائدة إلى الصعوبات الناجمة عن الاتكال بصورة كبيرة على مهنيي الرعاية الصحية من بلدان أخرى يمكن أن تؤدي أيضاً إلى الصعوبات في تبادل المعلومات.

ويتم استخلاص العبر بشأن سبيل تحسين عمليات التسليم من الصناعات الأخرى الشديدة الاختطار من قبيل الطيران وصناعات الطاقة النووية. وإحدى هذه العبر هي الحاجة إلى لغة مشتركة لإيصال المعلومات الحاسمة الأهمية. ويمكن أن تشكل عملية إدماج تقنيات تقديم

المعلومات عن الأوضاع (من مثل الوضع، والخلفية والتقييم والتوصيات) إطاراً معيارياً لتبادل المعلومات في عمليات تسليم رعاية المرضى (١٠، ١١). ومجرد توفير الفرص لمقدمي الرعاية لطرح الأسئلة والإجابة عليها يمكن أن يحسن فعالية المعلومات المتعلقة بالتسليم (١٢) ويمكن لتبسيط وتوحيد عمليات الإبلاغ عن تغيير الورديات أن يعزز الأفكار الانتقادية، وأن يحد إلى أدنى قدر ممكن الفترات التي يقضيها هؤلاء بعيداً عن المرضى (١٣). كما تعد «تقنية إعادة القراءة» المستخدمة في عمليات التسليم، حيث يدون المتلقي هذه المعلومات ومن ثم «يعيد قراءتها» على مقدم المعلومات للتأكد من أنه فهمها على الوجه الصحيح. وقد ثبت أن تكنولوجيات من قبيل تسليم المسؤولية عن المرضى إلكترونياً تحد من معدلات الأحداث الضائرة (١٤). ويتم الآن القيام بالجولات على المرضى بصورة تعاونية (متعدد الاختصاصات) واستخدامها بفعالية لتحسين تبادل المعلومات وعمليات نقل المعلومات الهامة المتصلة برعاية المرضى (١٥).

ويتزايد التسليم بأن إشراك المرضى وأسرهم في عملية الرعاية يشكل جانباً هاماً من جوانب إيتاء الرعاية. فالمريض وأسرته هما العنصر الثابت الوحيد، وبالتالي فإنهم في وضع يتيح لهم لعب دور حاسم في ضمان استمرار العناية (١٦). ويشكل التخريج من المستشفى مرحلة حرجة حيث يصبح إيصال المعلومات إلى المرضى وأسرهم حيوي الأهمية (١٧-١٩). ويصبح إشراك المرضى في بعض الأحيان أمراً أكثر صعوبة بسبب قلة الإلمام بالأمور الصحية. ويعرف مصطلح «الإلمام بالأمور الصحية» على أنه قدرة الأفراد على الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة لاتخاذ القرارات الصحية الصحيحة ومعالجتها وفهمها (٢٠). ومن المقدر أن ٥٠٪ على الأقل من البالغين في الولايات المتحدة يعد إلمامهم بالأمور الصحية قاصراً (٢١). ويعد «التعليم العائد» طريقة يستخدمها مقدمو الرعاية للتأكد من أن المريض قد استوعب المعلومات المقدمة له (٢٢). وينطوي التعليم العائد على الطلب من المريض وصف ما قد سمعه لتوه لتقييم مدى فهمه له.

◄ الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. التأكد من أن منظمات الرعاية الصحية تنفذ اسلوباً موحداً إزاء تبادل المعلومات لدى عملية التسلم والتسليم بين الموظفين، وتغييرالورديات، وبين مختلف وحدات الرعاية أثناء نقل المرضى. وتشمل العناصر المقترحة في هذا الأسلوب ما يلي:

- استخدام طريقة «الوضع، الخلفية، التقييم والتوصيات».
- تخصيص الوقت الكافي لإيصال المعلومات الهامة ولقيام الموظفين بطرح الأسئلة والإجابة عليها دون مقاطعتهم أثناء الكلام حيثما أمكن ذلك (وينبغي إدراج خطوتي ترديد الكلام وإعادة القراءة في عملية التسليم والاستلام).
- تقديم المعلومات المتعلقة بوضع المريض، وأدويته وخطط معالجته، والتوجيهات المسبقة، وعن أية تغييرات ذات مغزى في وضع المريض.
- حصر تبادل المعلومات على ما هو لازم وضروري لتوفير الرعاية المأمونة للمريض.

٢. التأكد من أن منظمات الرعاية الصحية تقوم بتنفيذ نظم تضمن - عند التخريج من المستشفى – تزويد المريض ومقدم الرعاية الصحية التالي بالمعلومات الأساسية المتصلة بعمليات التشخيص عند التخريج، وخطط المعالجة، والأدوية ونتائج الاختبارت.

٣. إدراج التدريب على تبادل المعلومات الفعال عند التسليم والاستلام في المناهج التعليمية والتطوير المهني المستمر لمهنيي الرعاية الصحية.

٤. تشجيع تبادل المعلومات بين المنظمات التي تقدم الرعاية للمريض نفسه بالتوازي (مع مقدمي الرعاية التقليديين وغير التقليديين مثلاً).

◄ استشراف المستقبل:

- ينبغي استكشاف التكنولوجيات والطرق التي من شأنها أن تحسن فعالية عملية الاستلام والتسليم من قبيل السجلات الطبية الإلكترونية، ونظم إعطاء الوصفات الإلكترونية، والتوفيق المؤتمت بين سبل المداواة، بغية تبسيط إتاحة المعلومات وتبادلها حيثما توفرت هذه التكنولوجيات والطرق.
- إرساء الإجراءات اللازمة لضمان التآثر بين العمليات التي تستخدم التكنولوجيا الإلكترونية، وفعاليتها ولإفساح المجال لطرح الأسئلة أو عمليات تحديث المعلومات المتصلة برعاية المريض.

◄ إمكانية التطبيق:

- جميع أوضاع منظمات الرعاية الصحية وأماكنها.

◄ فرص إشراك المرضى وأسرهم:

- تقديم المعلومات للمرضى عن حالتهم الطبية وخطة الرعاية العلاجية على وجه يستطيعون فهمه.
- تعريف المرضى على الأدوية الموصوفة لهم، والجرعات، والوقت الفاصل بين إعطاء الأدوية.
- إطلاع المرضى على هوية مقدم الرعاية المسؤول خلال كل وردية ومن يتعين الاتصال به إذا كانت لديهم هواجس حول مأمونية الرعاية أو جودتها.
- إتاحة الفرصة للمرضى لقراءة سجلهم الطبي الخاص بهم واستراتيجية سلامة المريض ذي الصلة.
- توفير الفرص للمرضى وأفراد أسرهم لمناقشة أية أسئلة عن الرعاية الطبية أو أية هواجس تساورهم بشأنها مع مقدمي الرعاية الصحية لمرضاهم.
- إطلاع المرضى وأفراد أسرهم على الخطوة التالية في رعايتهم، كي يتمكنوا، إن لزم الأمر، من تبادل المعلومات مع مقدم الرعاية الصحية في الوردية التالية، أو كي يكونوا مستعدين للإنتقال من مكان إلى المكان التالي، أو إلى بيوتهم.
- إشراك المرضى وأفراد أسرهم على القرارات المتعلقة برعايتهم على مستوى المشاركة الذي يختارونه.

قوة البينات:

- رأي/ توافق آراء الخبراء وعدة دراسات وصفية.

العوائق المحتملة:

- مقاومة مقدمي الرعاية لتغيير سلوكهم.
- ضيق الوقت بسبب احتياجات رعاية المرضى وغير ذلك من المسؤوليات.
- التدريب وتكلفة الوقت اللازم لتنفيذ عمليات الاستلام والتسليم الجديدة.
- الفوارق الثقافية واللغوية بين المرضى والقوى العاملة.
- قلة الإلمام بالأمور الصحية.
- نقص الموارد المالية والموظفين.
- انعدام المعرفة بكيفية تحسين النظم.
- إخفاق القيادات في فرض تنفيذ نظم وقواعد سلوكية جديدة.
- انعدام البنى الأساسية لتكنولوجيا المعلومات وتشغيلها المتبادل.
- نقص البحوث والمعطيات والمبرر الاقتصادي المقبول عموماً فيما يخص تحليل الفعالية بالمقارنة مع التكلفة والعائد على الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

مخاطر النتائج غير المتعمدة:

- التأخر في العناية بالمرضى بسبب ازدياد طول فترة الاستلام والتسليم.

مثال عن
تبادل المعلومات خلال عملية استلام وتسليم المرضى

لا يعتبر هذا المثال مناسباً بالضرورة لجميع أماكن الرعاية الصحية.

◄ المراجع:

1. *Root causes of sentinel events, all categories. Oakbrook, IL: Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg, accessed 12 June 2006).*
2. *Andrews C, Millar S. Don't fumble the handoff. MAG Mutual Healthcare Risk Manager, 2005, 11(28):1–2. http://www.magmutual.com/mmic/articles/2005_11_28.pdf.*
3. *Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. BMJ, 1995, 310:1487.*
4. *2006 National Patient Safety Goal FAQs. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faq2.pdf, accessed 11 June 2006).*
5. *Clinical handover and patient safety literature review report. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, March 2005 (http://www.safetyandquality.org/clinhovrlitrev.pdf, accessed xx Month 2007).*
6. *Safe handover: safe patients—guidance on clinical handover for clinicians and managers. Hospital at Night Risk Assessment Guide. London, National Patient Safety Agency, 2004 (http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1037_Handover.pdf, accessed 12 June 2006).*
7. *Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. Academic Medicine, 205, 80:1094–1099.*
8. *WHO Collaborating Centre International Steering Committee, 11–12 June 2006 meeting.*
9. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, March 2001 (http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf, accessed 12 June 2006).*
10. *SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm, accessed 12 June 2006).*
11. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167-175. http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx.*
12. *Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve questions. Joint Commission Perspectives on Patient Safety, 2005, 5 (7):11-11(1). http://www.jcipatientsafety.org/show.asp?durki=10742&site=184&return=10737.*
13. *Hansten R. Streamline change-of-shift report. Nursing Management, 2003, 34(8):58–59.*
14. *Peterson LA et al. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. Joint Commission Journal on Quality Improvement, 1998, 24(2):77–87.*
15. *Joint Commission International Center for Patient Safety Communications Expert Panel, October 2006 meeting.*
16. *WHO Collaborating Centre International Steering Committee. 11–12 June 2006 meeting. Also London Declaration, Patients for Patient Safety, WHO World Alliance for Patient Safety, 29 March 2006. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/London_Declaration_May06.pdf.*
17. *Coleman EA. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. et al. Archives of Internal Medicine, 2006,166:1822–1828. http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4408.*
18. *Roy CL et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. Annals of Internal Medicine, 2005,143:121–128. http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=2400.*
19. *Forster AJ. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Annals of Internal Medicine, 2003,138:161–167. http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1080.*
20. *The ABCs of health literacy. Chicago, American Medical Association (http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/health_literacy.doc, accessed 11 June 2006).*
21. *Seldon, CR et al.Current bibliographies in medicine 2000-1: Health Literary. Bethesda, MD, National Library of Medicine. http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.html.*
22. *Schillinger D et al. Closing the loop: physician communications with diabetic patients who have low health literacy. Archives of Internal Medicine, 2003, 163(1):83–90. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12523921&dopt=Abstract.*

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. *Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Passing the Baton of Care—the patient relay, "National Principles for Clinical Handover" April 2005. Link: www.safetyandquality.gov.au.*
2. *Canadian Patient Safety Institute, Your healthcare: be involved. Edmonton, AB. Link: http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Your+Health+Care+–+Be+Involved.*
3. *Joint Commission, 2006 Critical Access Hospital and Hospital National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL, 2006. Link: www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm.*
4. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛
عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

إنجاز الإجراءات الصحية في المواقع الصحيحة من الجسم

حلول سلامة المرضى
المجلد ١، الحل ٤ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◄ بيان المشكلة والأثر:

تعد الإجراءات في الموقع الخطأ – بما في ذلك الجانب الخطأ، والعضو الخطأ، والغرسة الخطأ، والشخص الخطأ - أحداثاً قليلة التواتر، ولكنها ليست «نادرة» كما تشهد على ذلك الزيادة المطردة في عدد الحالات المبلغ عنها. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً تم إبلاغ «اللجنة المشتركة» عن حدوث ٨٨ حالة من هذا القبيل في عام ٢٠٠٥، كما أشارت عدة جهات أخرى في تقاريرها إلى حالات عديدة تحصل سنوياً.

وبما أنها أحداث يمكن الوقاية منها، فإن هذه الحالات تعتبر إلى حد كبير نتيجة لسوء تبادل المعلومات أو عدم توفر المعلومات أو المعلومات غير الصحيحة. وتشير التحليلات المفصلة لهذه الحالات إلى أن العامل المساهم الرئيسي في إرتكاب الأخطاء هو عدم وجود عملية موحدة لما قبل الجراحة وربما وجود قدر من التصرفات التلقائية لدى الموظفين (كإجراء الفحوص دون إعمال الفكر فيها) فيما يخص الأساليب المتبعة في الفحوص الروتينية السابقة للجراحة.

وقد اعتبرت «الأكاديمية الأمريكية لجراحة العظام» و«الرابطة الكندية لجراحة العظام» في الثمانينات من القرن الماضي الجراحة في الموقع الخطأ من الجسم مشكلة بحد ذاتها، واستحدثتا برامج لوصم موقع الجراحة كتدبير وقائي. ومنذ أن شرعت «اللجنة المشتركة» في استعراض الأحداث الخافرة وإجراء التحليلات لسببها الأساسي منذ ما يزيد عن عقد مضى، أضحت الجراحة في الموقع الخطأ في الولايات المتحدة الفئة التي تستأثر بأكثر التقارير تواتراً عن الأحداث الخافرة. وتم إصدار نشرتين إخباريتين بعنوان «الإنذار بالأحداث الخافرة» عن هذا الموضوع – إحداهما في عام ١٩٩٨ والأخرى عام ٢٠٠١ (١، ٢). وفي عام ٢٠٠٣ تناولت الأهداف الوطنية في مجال سلامة المرضى التي حددتها «اللجنة المشتركة»هذا الموضوع مقترناً بثلاثة شروط محددة (٣). بيد أنه في ظل استمرار ورود التقارير عن الجراحة في الموقع الخطأ، والإجراء الخطأ، والشخص الخطأ (٤، ٥) استضافت «اللجنة المشتركة» «مؤتمر القمة المعني بجراحة المواقع الخطأ»، بالتعاون مع أكثر من ثلاثين مجموعة مهنية أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية. وعلاوة على ذلك تابعت «اللجنة المشتركة» سعيها لإيجاد توافق في الآراء بشأن مصداقية هذه المشكلة والوقاية منها، والمبادئ الأساسية التي يمكن من خلالها تحقيق الوقاية، والتوصيات المحددة، والتي تشكل بمجموعها الآن «البروتوكول العالمي» لمنع الجراحة في المواقع الخطأ – وهو يشمل الإجراءات المنجزة في جميع أنواع المجالات الإجرائية. وقد أقرت منذئذ أكثر من ٥٠ رابطة ومنظمة مهنية هذا «البروتوكول العالمي». وتم خلال فترة إبداء التعليقات من قبل الجمهور تلقي أكثر من ٣٠٠٠ إجابة من الجراحين والممرضات ومهيني الرعاية الصحية الآخرين تؤيد بأغلبيتها الساحقة «البروتوكول العالمي». وبغية زيادة التأكيد على أهمية الوقاية في هذا المجال، رعت رابطة الممرضات المسجلات في مجال الفترة المحيطة بالجراحة «يوم توقف عن العمل وطني» لهذا الغرض. وفي المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية أصدرت «الوكالة الوطنية لسلامة المرضى» و«كلية الجراحين الملكية» إنذاراً مماثلاً حول سلامة المرضى بشأن جراحة الموقع الصحيح، الذي أيدته ست منظمات لممارسي الرعاية الصحية ومنتدى واحداً للرعاية الصحية (٦).

◄ القضايا ذات الصلة:

يثبت رصد الأثر الذي تركه استهلال «البروتوكول العالمي للجنة المشتركة» أنه مازال هناك زيادة (وليس نقصان) في عدد الحالات المبلغ عنها المتصلة بجراحة الموقع الخطأ في الولايات المتحدة. وقد يكون ذلك بكل بساطة انعكاساً لتحسين وضع التقارير، ولكن واقع الحال مازال يبين أن حدوث وتواتر هذه المشكلة لم يتناقصا منذ استهلال «البروتوكول العالمي». وثمة ما يدعو إذن إلى إجراء المزيد من التحليل ووضع توصيات موجهة وجهة تنظيم نظم الرعاية الصحية، وعمليات الرعاية الإجمالية في المجالات الجراحية، وتحسين فهم ثقافات مقدمي الرعاية الصحية (ومنظمات كل مجموعة منهم). وتقتضي الضرورة أيضاً إيلاء اهتمام محدد لتقييم إشراك الجراحين وأعضاء الفرق الأخرى. وستتطلب هذه المشكلة وجود توليفة من الالتزام بتنظيم النظم وتعديل السلوك الفردي بغية تحسين النتائج.

وينبغي أن تنطبق مبادئ هذا «الحل» على جميع المجالات التي تتم إنجاز التدخلات فيها، وإذا ما تم استخدامها، فينبغي تنفيذ هذه الاستراتيجية بصورة واحدة في جميع المجالات الإجرائية وفي جميع الأوقات بغية تحقيق الاتساق وزيادة الامتثال لها.

الإجراءات المقترحة:

ينبغي أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. إرساء أداء الجراحة الصحيحة في المواقع الصحيحة من الجسم بوصفه أولوية من أولويات السلامة في مرافق الرعاية الصحية تتطلب توفر القيادة والمشاركة الفعالة من جانب جميع الممارسين في الخطوط الأمامية وغيرهم من العاملين في الرعاية الصحية.

٢. ضمان وجود بروتوكولات لدى منظمات الرعاية الصحية لتحقيق ما يلي:

- اتخاذ ما يلزم من إجراءات للتحقق – قبل المرحلة السابقة للجراحة – من هوية المريض المستهدف، والإجراء الواجب اتخاذه والموقع، ووجود أية غرسة أو بدلة حيثما اقتضى الأمر.
- الطلب من الشخص الذى يؤدي العمل وسم موقع الجراحة بصورة لا لبس فيها بمشاركة المريض، وأن يحدد بدقة الموقع المستهدف بالشق أو الغرز.
- اشتراط تخصيص «فترة للتأكد والمراجعة (١)» بمشاركة جميع الموظفين المعنيين مباشرة قبل البدء بالجراحة (والتخدير الذي يتطلبه هذا الإجراء). والهدف من»فترة التأكد والمراجعة» هو الاتفاق على تحديد وضع المريض المستهدف على منضدة الجراحة، وموقع الجراحة، ووجود أية غرسة أو بدلة حيثما اقتضى الأمر.

١- «فترة التأكد والمراجعة» هي فترة مخصصة على وجه التحديد لهذا الغرض حيث لا يحصل أي نشاط سريري. ويقوم خلال هذه الفترة جميع أعضاء الفريق كل واحد لوحده بالتحقق من الإجراء السريري الوشيك.

استشراف المستقبل

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء فيما يلي:

- مراقبة مدى تواتر ووقوع الإجراءات في الموقع الخطأ كجزء من نظام تقديم التقارير الطوعية.
- استخدام أية تقارير عن الوقوع لتعزيز أوجه التعاون بين الاختصاصات لتشجيع التغيير المرتكز على النظم في جميع المجالات الجراحية.

قوة البينات:

- التحليلات الموجودة في "قاعدة معطيات الأحـداث الخافرة للجنة المشتركة" و"قاعدة معطيات الأكاديمية الأمريكية لجراحي تقويم العظام".
- اتفاق آراء الخبراء.

إمكانية التطبيق:

- في المستشفيات، ومرافق الرعاية الجوالة، والتسهيلات الجراحية في غرفة المعاينة.

الفرص المتاحة لاشراك المرضى وأسرهم:

- ينبغي إشراك المرضى في جميع مراحل عملية التحقق السابقة للجراحة للتأكد من جديد مع هيئة الجراحة من فهمهم للجراحة المخطط لإجرائها.
- إشراك المرضى في عملية وصم موقع الجراحة متى أمكن ذلك.
- بحث هذه القضايا خلال عملية الموافقة المستنيرة والقرارات المثبتة عند التوقيع على الموافقة.

العوائق المحتملة:

- عدم "اتفاق" الجراحين على الأسلوب الموحد وصعوبة تغيير الثقافة السائدة.
- الفشل في إدراك عوامل الاختطار في أماكن الجراحة غير غرفة العمليات.
- عزوف الممرضات والموظفين الآخرين عن طرح الأسئلة على الجراح عند تحديد خطأ محتمل ما.
- نقص الموارد البشرية والمعارف اللازمة لتسهيل الاعتراض على العمليات.
- السلوك "الأوتوماتيكي" خلال عملية التأكد والمراجعة ("مجرد التظاهر بأداء ما هو منتظر") دون تبادل المعلومات على نحو ذي مغزى).
- عدم كفاية البحوث والمعطيات والمبرر الاقتصادي المتفق عليها عموماً فيما يخص الفوائد بالنسبة للتكلفة، أو التحليل أو العائد على الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

مخاطر النتائج غير المتعمدة:

- عدم الاتساق في تفسير وسمة "X" "لإجراء الجراحة هنا" مقابل"لا تقم بالجراحة هنا".
- عدم اتساق إجراءات "البروتوكول العالمي" بين عدة مستشفيات تقع في منطقه جغرافية واحدة يعمل فيها نفس الجراحين الذين يجرون العمليات في أكثر من مستشفى واحد.
- التوشيم الدائم على الجلد غير الناضج (الأطفال الخدّج).
- شعور الموظفين بازدياد عبء العمل الملقى عليهم وتناقص أوجه الكفاءة.

مثال عن

أداء الجراحة الصحيحة في الموقع الصحيح من الجسم

السياسة

تصف سياسة المنظمة الأسلوب الموحد لضمان اتساق إنجاز العمليات الجراحية الصحيحة على المريض المضبوط

الممارس:

التشخيص الصحيح والتخطيط الصحيح للعملية الجراحية

طبّق عملية الموافقة المستنيرة:

- قم باطلاع المريض وأسرته على الأسباب الداعية إلى إجراء الجراحة، والخطط والخيارات والمخاطر ذات الصلة.
- احصل على الموافقة وقم بتوثيقها فيما يتعلق بجيمع الإجراءات، بما في ذلك اسم العملية الجراحية وموقعها وخطة التخدير أو أفضلياته.

مقدم الرعاية:

يوم العملية الجراحية

التحقق قبل العملية:

- تأكد من حصول الممارسين على المعلومات الصحيحة عن حالة المريض الطبية وخطط الجراحة المقترحة – واحصل على سجل المريض.
- تحقق من أن جميع المدخلات، بما فيها وثيقة الموافقة المستنيرة، موجودة ومحددة على الوجه الصحيح وأنها تعود إلى المريض المضبوط.
- احصل على الاختبارات المختبرية ودراسات التصوير وتحقق من صحة هوية المريض في هذه الصور.

الممارس

المرضى

منطقة الانتظار قبل الجراحة

وضع علامة على موقع الجراحة:

- وضع علامة من قبل الشخص الذي سيجري الجراحة.
- استخدام علامة غير قابلة للإزالة.
- ضع علامة على الأحرف الأولى من اسم الممارس.
- يطلب إلى المريض التأكيد على صحة الموقع والعلامات.

الممارس

غرفة العمليات

«فترة التأكد والمراجعة»:

- تحقق من أن المريض هو المريض المضبوط (باستخدام وسيلتين لتحديد هويته).
- تحقق من الإجراء الجراحى المخطط له
- تحقق من موقع الجراحة
- تحقق من الموضع الصحيح على منضدة الجراحة
- تأكد من توفر المعدات الخاصة أو الغرسات أو البدلات

قم بأداء الجراحة الصحيحة

المرضى

احمل المرضى وأسرهم على المشاركة في جميع جوانب الرعاية. زوّد المرضى بالمعلومات المتعلقة بحالتهم الطبية وخطط الجراحة المقترحة بطريقة يسهل فهمها على المريض في جميع الأوقات

لا يعتبر هذا المثال مناسباً بالضرورة لجميع أماكن الرعاية الصحية.

◄ المراجع:

1. *Lessons learned: wrong site surgery. Sentinel Event Alert, Issue 6, 28 August 1998. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_6.htm.*
2. *A follow-up review of wrong site surgery. Sentinel Event Alert, Issue 24, 5 December 2001. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_24.htm.*
3. *2003 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission, 2003 (http://www.acha.org/info_resources/jcaho2_02.pdf, accessed 12 June 2006).*
4. *Statement on ensuring correct patient, correct site, and correct procedure surgery. Bulletin of the American College of Surgeons, 87:12, December 2002. http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-41.html.*
5. *AAOS launches 2003 public service ad campaign. AAOS Bulletin, February 2003. American Academy of Orthopaedic Surgeons' "Sign Your Site" initiative.*
6. *Correct site surgery alert. London: National Patient Safety Agency, 2 March 2005.*

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care, Link: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/*
2. *NPSA Alert, Link: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/883_CSS%20PSA06%20FINAL.pdf*
3. *The Universal Protocol Tool, Link: http://www.jcipatientsafety.org/show.asp?durki=10815&site=149&return=9334.*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛
عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

تضبيط المحاليل الكهرلية المركزة

حلول سلامة المرضى

المجلد ١، الحل ٥ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◄ بيان المشكلة والأثر:

اعتبرت منظمات في استراليا وكندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية كلوريد البوتاسيوم المركّز دواء شديد الاختطار (١-٨). فقد تم في الولايات المتحدة الأمريكية إبلاغ «اللجنة المشتركة» عن وفاة عشرة مرضى بسبب ارتكاب خطأ في إعطاء محلول كلوريد البوتاسيوم المركز (KCI) في أول سنتين فقط من تطبيق برنامجها للإبلاغ عن الأحداث الخافرة ١٩٩٦-١٩٩٧(١). وحصلت في كندا ٢٣ حادثة بسبب ارتكاب خطأ في إعطاء هذا المحلول بين عامي ١٩٩٣و ١٩٩٦ (٢) وهناك تقارير أيضاً عن حدوث وفيات حادثية نتيجة إعطاء محلول ملحي مركز عن دون قصد (٣).

وعلى الرغم من أن جميع الأدوية والبيولوجيات واللقاحات والأوساط التباينية ذات بروفيل اختطار محدد، فإن المحاليل الكهرلية المركزة المعدة للحقن خطرة بصورة خاصة. وطالما تواصل ورود التقارير المأساوية عن حدوث وفيات وإصابات/ حالات عجز ذات صلة بإعطاء هذه الأدوية على نحو غير ملائم. ويستحيل، في معظم الأوقات، من الناحية السريرية إبطال مفعول الكهارل المركزة إذا لم يتم إعطاؤها على الوجه الصحيح (أي لم يتم تخفيفها على النحو المناسب، أو عدم التفريق بينها وبين دواء آخر، إلخ)، وبالتالي يعتبر موت المريض ذي الصلة النتيجة المشاهدة عادة في هذه الأحوال. وباختصار، تعتبر هذه العوامل مميتة عندما لا يتم تحضيرها وإعطاؤها على الوجه الصحيح.

ومما يتسم بأهمية حاسمة تخطيط توفر هذه العوامل وإتاحتها ووصفها، وطلبها، وتحضيرها وتوزيعها وتوسيمها والتحقق منها وإعطاءها ومراقبتها على نحو يسمح بتجنب وقوع الأحداث الضائرة، وينطوي على الأمل بالتخلص منها. ويعتبر توحيد الجرعات، ووحدات القياس، والمصطلحات عنصراً حيوي الأهمية في استخدام المحاليل الكهرلية المركزة استخداماً مأموناً. ويتعين بالإضافة إلى ذلك تفادي مزج محاليل كهرلية مركزة بعينها (كمزج كلوريد الصوديوم مع كلوريد البوتاسيوم). وتتطلب هذه الجهود عناية خاصة، إلى جانب توفر الخبرات المناسبة والتعاون بين المهنيين، وإجراء عمليات التحقق، وعدة وظائف تأثيرية تضمن استخدامها بصورة مأمونة.

◄ القضايا ذات الصلة:

أسفرت إزالة المحاليل الكهرلية المركزة وخصوصاً كلوريد البوتاسيوم من وحدات رعاية المرضى عن أثر إيجابي واضح في الحد من الوفيات والإصابات المسببة للعجز المرتبطة بهذه العوامل. ويتم تنفيذ عدة وظائف تأثير عند إزالتها من وحدات رعاية المرضى، وهي أنه يتعين وصف الدواء وطلبه. ويتعين تحضيره على الوجه الصحيح (مثل تخفيفه)، وتوضيبه، وتوسيمه، وإعطاؤه بعناية مصحوبة بالخبرة المناسبة. وإذا لم تترك هذه المنتجات في وحدات رعاية المرضى، فإنه لا يمكن بكل بساطة الحصول عليها، ووصفها وحقنها.

وفي حين قد يرى البعض أن هذه الإجراءات تعوق تلبية احتياجات المرضى على وجه السرعة في حالات الطوارئ، فإنه من المهم أن نعرف أنه يمكن وضع هذه الخطط والإجراءات المتصلة بهذه الاحتمالات يمكن وضعها كي تتيسر إتاحة الكهارل المركزة على نحو مأمون في هذه الحالات. ويوصى بأن يتعاون الأطباء والممرضات والصيادلة في هذا المجال. وقد يتطلب الأمر إجراء تغييرات مؤسسية وثقافية لضمان وجود نظم لا يمكن أن تفشل بغية تفادي الوفاة أو الإصابة المسببة للعجز باستعمال المحاليل الكهرلية المركزة على نحو خاطئ.

ورغم أن كلوريد البوتاسيوم هو أكثر الأدوية المسؤولة عن الأخطاء المرتكبة في إعطاء الكهارل شيوعاً، فإن ركازة فوسفات البوتاسيوم والملح المفرط التوتر (< ٩, ٠%) يسببان عواقب مميتة أيضاً إذا لم يعطيا على الوجه الصحيح. وكان من الشائع، قبل أن تؤدي الهواجس مؤخراً إلى مراجعة الممارسات في هذا المجال وجود المحاليل الكهرلية المركزة في وحدات رعاية المرضى/ ومخزون العيادات الواقعة على مسافة قريبة جداً من محاليل أخرى أقل خطراً ولكنها موضبة وموسومة على نحو متماثل. وقد أدى هذا الوضع، مقترناً بالممارسة الشائعة بالسماح لموظفي العنابر أو العيادات في المستشفيات بتحضير المحاليل المعدة للحقن داخل الوريد، إلى زيادة احتمال إعطاء الكهارل المركزة غير المتعمد، مما أسفر عن حدوث الوفيات في بعض الحالات. ولحسن الحظ أن أخطاء كارثية كهذه يمكن التخلص منها باعتماد تدابير احتياطية بسيطة.

◄ الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. التأكد من أن منظمات الرعاية الصحية تطبق نظماً وإجراءات تنطوي على:

(أ) اعتبار النهوض بالممارسات المأمونة ذات الصلة بكلوريد البوتاسيوم وغيره من المحاليل الكهرلية/ المركزة أمراً ذا أولوية وأن عمليات تقييم المخاطر على وجه فعال التي تضطلع بها المنظمات تعالج هذا الموضوع.

(ب) التعامل مع كلوريد البوتاسيوم على أساس أنه مادة مضبّطة، بما في ذلك الشروط التي تقيد طلبه وتحدد متطلبات لتخزينه وتوثيقه.

(ج) القيام، في الأوضاع المثالية، بإزالة المحاليل الكهرلية المركزة من جميع وحدات التمريض وعدم تخزين هذه المحاليل إلا في أماكن مخصصة للمستحضرات الصيدلانية أو في مكان مقفل. ولابد في حالة تخزين قناني البوتاسيوم في أي مكان للرعاية المتخصصة للمرضى من توسيم كل واحدة من هذه القناني بتحذيرمضيء يبين وبأحرف كبيرة أنه يجب تخفيفه.

(د) عند عدم وجود صيدلاني أو مكان للمستحضرات الصيدلانية بغية تخزين هذه المحاليل وتحضيرها، ينبغي أن يقوم شخص متدرب ومؤهل (طبيب، ممرضة، فني صيدلاني) بتحضير هذه المحاليل.

(هـ) أن تجرى، بعد تحضير المحاليل، عملية تحقق مستقلة من المحلول الكهرلي، من جانب شخص ثان متدرب ومؤهل. وأن تضع المنظمة ذات الصلة قائمة تفقديّة تستخدم في عملية التحقق المستقلة. وينبغي أن تشمل بنود القائمة التفقديّه هذه حسابات التركيزات، ومعدل عمل مضخة التسريب، والأنابيب البلاستيكية التي تربط أكياس البلازما بيد المريض.

(و) وتوضع على المحلول الذي تم تحضيره واسمة تحمل التحذير التالي بأحرف كبيرة: **تحذير:** محلول شديد الخطر قبل إعطاء المحلول.

(ز) وتستخدم مضخة التسريب لإعطاء المحاليل المركزة. وإذا لم تتوفر مضخة التسريب، يمكن استعمال جهائز تسريب أخرى، من مثل أنابيب السحّ (وهي أنابيب.مزودة من الداخل بإناء يحدّ من الكمية التي تنساب إلى جسم المريض

(ح) وتوفر بنية أمان أساسية تابعة للمنظمة المعنية الدعم اللازم لتدريب الأشخاص المؤهلين من خلال السياسات والإجراءات وأفضل الممارسات وإعادة منح الإجازات لهم سنوياً.

(ط) وتشمل طلبات الأطباء معدلات التسريب لهذه المحاليل.

◄ استشراف المستقبل

توصي الدول الأعضاء بما يلي:

١. شراء المحاليل الكهرليه المركزة من قبل منظمة الرعاية الصحية وحدها بتركيزات دوائية مقيسة ومحدودة.

٢. أن تقوم منظمة الرعاية الصحية بشراء واستخدام محاليل الحقن الممزوجة مسبقاً وحدها دون سواها.

٣. أن تطلب المنظمات المعنية من صناعة الأدوية استخدام واسمات التحذير بأن المحاليل شديدة الخطر على جميع المحاليل الكهرلية المركزة.

٤. أن تعمد الوكالات التنظيمية وصانعو الأدوية إلى الالتزام بتحسين مأمونية صنع هذه الأنواع من المحاليل الكهرلية المركزة.

◄ قوة البيّنات:

- اتفاق آراء الخبراء.

◄ إمكانية التطبيق:

- المستشفيات، ومرافق الرعاية الجوالة، والمراكز الجراحية الجوالة، ومراكزالديال والمرافق الأخرى التي تعطي المحاليل الكهرلية المركزة.

◄ فرص إشراك المرضى وأسرهم:

- اسأل عن الأدوية التي يتم إعطاؤها وسبب إعطائها.
- تعلم كيف تتعرف على كلوريد البوتاسيوم وغيره من المحاليل الكهرلية المركزة التي قد تخلق أوضاعاً خطرة. واطلب إيضاحات حول الحاجة إليها وطريق إعطائها إذا كان سيتم استخدامها.
- اضمن الاستعراف القاطع قبل تلقي الأدوية.

◄ العوائق المحتملة:

لا تتوفر لبعض المنظمات سوى خدمات صيدلية محدودة.

- الحاجة الملاحظة لتوفر المحاليل الكهرلية على الفور – وخصوصاً فيما يتعلق بأوضاع الطوارئ أو الأوضاع المستجدة.
- الاقتصاديات (التكلفة الراهنة لإنتاج المستحضرات الصيدلانية للمنتجات المركزة – حيث إن امتلاك أكياس كلوريد البوتاسيوم المسبقة المزج يزيد من التكاليف).
- عدم توفر التكنولوجيا اللازمة لإعطاء الأدوية على نحو مأمون (مثل جهائز التسريب).
- عدم معرفة الموظفين بالمخاطر ذات الصلة.
- نقص البحوث والمعطيات والمبررات الاقتصادية المقبولة فيما يخص تحليل التكلفة بالنسبة للفعالية أو عوائد الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

◄ مخاطر العواقب غير المتعمدة:

- التأخير غير المقبول في الحصول على المحلول الكهرلي اللازم من الصيدلية.
- التخزين الاحتياطي التدريجي للمحاليل غير المستعملة في وحدات التمريض لاستخدامها في وقت لاحق.

◄ المراجع:

1. Medication error prevention—potassium chloride. Sentinel Event Alert, Issue 1, 27 February 1998. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_1.htm.
2. Alert on potassium chloride solutions. National Patient Safety Agency (United Kingdom), 23 July 2002.
3. DiPaulo M et al. Accidental death due to erroneous intravenous infusion of hypertonic saline solution for hemodialysis. International Journal of Artificial Organs, 2004, 27(9):810–812.
4. High-alert medications and patient safety. Sentinel Event Alert, Issue 11, 19 November 1999. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_11.htm.
5. Intravenous potassium chloride can be fatal if given inappropriately. Safety and Quality Council (Australia) Medication Alert, October 2003.
6. Update on the implementation of recommended safety controls for potassium chloride in the NHS. National Patient Safety Agency (United Kingdom), 6 November 2003.
7. More on potassium chloride. ISMP Canada Safety Bulletin, 3(11), November 2003.
8. Concentrated potassium chloride: a recurring danger. ISMP Canada Safety Bulletin, 4(3), March 2004.

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. American Iatrogenic Association. Fatal errors: hospitals learn lessons the hard way, 1997.
2. Brown TR. Institutional pharmacy practice, 4th ed. Bethesda, MD, American Society of Health-System Pharmacists, 2006
3. External Patient Safety Review. Calgary Health Region. June 2004.
4. ISMP Canada potassium chloride safety recommendations summary: http://www.hqca.ca/pages/news_pages/FINAL_ISMP.pdf
5. Joint Commission Sentinel Event Alert, High-Alert Medications and Patient Safety, November 19, 1999, Issue 11: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_11.htm
6. Manasse HR, Thompson KK. Medication safety: a guide for health care facilities. Bethesda, MD, American Society of Health-System Pharmacists, 2005
7. Medication Safety Recommendations from the Institute of Medicine's To Err Is Human: Building a Safer Health System: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728
8. Medication Safety Taskforce of the Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. Intravenous potassium chloride can be fatal of given inappropriately. October 2003.
9. NPSA Alert on potassium chloride concentrate solutions: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/486_riskalertpsa01.pdf
10. National Quality Forum Never Events: http://www.qualityforum.org/pdf/news/txSREReportAppeals10-15-06.pdf
11. Stevenson T. The National Patient Safety Agency. Archives of Disease in Childhood, 90: 2005.
12. Tisdale JE, Miller DA. Drug-induced diseases: prevention, detection and management. Bethesda, MD, American Society of Health-System Pharmacists, 2005
13. Wright v. Abbott Lab, Inc. Nurse's act intervenes to preclude manufacturer liability. 10th Circuit. 6 August 2001.
14. United States Department of Defense. Patient Safety Program, Patient Safety Center Alert. Concentrated electrolyte solutions and high dose epinephrine. 21 November 2003.

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

ضمان استخدام الأدوية الصحيحة في المراحل الانتقالية من الرعاية

حلول سلامة المرضى

المجلد ١، الحل ٦ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

بيان المشكلة والأثر:

يتم ارتكاب الكثير من الأخطاء في إنتاج الأدوية ووصفها وصرفها وإعطائها ومراقبتها، لكن هذه الأخطاء ترتكب في الغالب الأعم خلال عمليتي وصفها وإعطائها للمريض (١). والأثر المترتب على ذلك كبير لأن الأخطاء في إعطاء الأدوية تلحق الأذى بما يقدر بـ ١,٥ مليون شخص وتقتل عدة آلاف منهم سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية، مما يكلف ذلك البلد ٣,٥ مليار دولار أمريكي سنوياً على الأقل (١). وقد وجدت بلدان صناعية أخرى في شتى أرجاء العالم أن الأحداث الضائرة الناجمة عن الأدوية تشكل أهم سبب من أسباب الإصابة والوفاة في نظم الرعاية الصحية التابعة لها (٢، ٣).

وفي بعض البلدان، تنطوي سوابق ما يصل إلى ٦٧٪ من الأدوية الموصوفة للمرضى على خطأ واحد أو أكثر (٤)، ويحدث ما يصل إلى ٤٦٪ من الأخطاء في وصف الدواء عند كتابة الطلبات الجديدة لدى إدخال المرضى إلى المستشفيات أو تخريجهم منها (٥). ويعتبر التوفيق بين الأدوية عملية ترمي إلى الوقاية من ارتكاب الأخطاء الدوائية في مواقع انتقال المرضى (٦) وتشمل:

- وضع أتمّ وأدق قائمة ممكنة أو "أفضل تاريخ مداواة ممكن" بجميع الأدوية التي يتعاطاها المريض حالياً – وهي تسمى أيضاً قائمة الأدوية "المنزلية".
- مقارنة القائمة مع طلبات الإدخال والنقل و/ أو التخريج عند كتابة طلبات الأدوية، وتحديد أية تباينات بينها ولفت انتباه المهني الصحي الذي وصفها إلى هذه التباينات، وإجراء تغييرات في الطلبات مع ضمان توثيق هذه التغييرات، إذا كان ذلك مناسباً.
- تحديث القائمة عند كتابة طلبات جديدة كي تبين جميع الأدوية التي يتناولها المريض في الوقت الراهن.
- إعطاء القائمة إلى مقدم الرعاية التالي كلما تم نقل المريض أو تخريجه، وتزويد المريض بهذه القائمة عند تخريجه.

ويعد إشراك المريض وأسرته في عملية التوفيق بين الأدوية استراتيجية رئيسية لاستهداف ومنع ارتكاب الأخطاء عند وصف الأدوية وإعطائها، وبذا الحد من الأذى الذي يلحق بالمرض. والمثال على ذلك أنه لدى تنفيذ عملية برنامج التوفيق بين الأدوية المرتكزة على المرضى، اكتشفت ثلاث مستشفيات في ماساسوستش في الولايات المتحدة الأمريكية، أنه حصل انخفاض قدره ٨٥٪ في ارتكاب الأخطاء الدوائية ذات الصلة على مدى ١٠ أشهر (٧). وتقوم مئات من فرق توفير الرعاية الصحية بنشر وإدامة تنفيذ هذه الاستراتيجية بالمشاركة في حملتي "مائة ألف حياة" الولايات المتحدة الأمريكية (٥) و"الرعاية الصحية الأكثر أماناً الآن" بكندا (٨).

القضايا ذات الصلة:

هناك الكثير من التحديات التي تكتنف تنفيذ مثل هذه البرامج بنجاح في جميع الأماكن والأوضاع التي تستخدم فيها الأدوية. ويتطلب النجاح في تنفيذها توفر الدعم من القيادات؛ ووجود فرق تنفيذ فعالة، وعقد دورات تعلم تعاونية (٩). ويوفر الآن «ائتلاف ماساسوستش لمنع الأخطاء الطبية»، و«معهد تحسين الرعاية الصحية»، و«الرعاية الصحية الأكثر أماناً الآن!» على مواقعهم الإلكترونية (الوارد ذكرها في المراجع) عينات من الموارد لتنفيذ برنامج التوفيق بين الأدوية. أما العامل الحاسم الآخر الذي يعتمد عليه التوفيق بين الأدوية فهو ملاءمة الأدوية التي يتم وصفها لعلة المريض والظروف المستبطنة وفي حين تتجاوز ممارسات الوصف، بما فيها مخاطر تعدد الأدوية أو الإفراط الدوائي نطاق هذا الحل، فإن عملية التوفيق بين الأدوية تتيح الفرص اللازمة لإعادة النظر في ملاءمة أدوية المريض مع مرور الوقت عندما تتغير حالة المريض أو عند إشراك واصفي أدوية آخرين فيها.

الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. التأكد من قيام منظمات الرعاية الصحية بوضع نظم مقيسة لجمع وتوثيق المعلومات المتعلقة بجميع الأدوية المستعملة حالياً في معالجة كل مريض وتوفير قائمة الأدوية الناجمة عن ذلك لمقدمي الرعاية في كل موقع من مواقع نقل الرعاية (الإدخال، النقل، التخريج، زيارة المرضى الخارجين). وتشمل المعلومات المقترحة جميعها ما يلي:

- الأدوية المعطاة بوصفا وبدون وصفات، والفيتامينات، والمكملات الغذائية، وأنواع الطعام المحتملة التأثر، والمستحضرات العشبية، وأدوية المعالجة الترفيهية.
- الجرعة، وتواتر الجرعة الأخيرة وطريقها وتوقيتها، حسب الاقتضاء، والتحقق حيثما أمكن من قائمة الأدوية المنزلية بالتعاون مع المريض وتحديد مستوى امتثال المريض الفعلي بالجرعات الموصوفة.
- مصدر (مصادر) أدوية المريض. وإشراك صيادلة مجتمع المريض أو مقدمي الرعاية الصحية حسب الاقتضاء في جمع المعلومات المتعلقة بالأدوية المنزلية والتحقق منها.

٢-. ضمان اعتماد منظمات الرعاية الصحية لسياسات وإجراءات واضحة تشترط ما يلي:

- عرض قائمة أدوية المريض الراهنة في مكان ثابت ومرئي بوضوح تام (من مثل خطة (معالجة) المريض)، بحيث يمكن الاطلاع عليها بسهولة من جانب الأطباء السريريين الذين يكتبون طلبات الأدوية.
- استخدام قائمة الأدوية المنزلية كمرجع عند طلب الأدوية وقت المعالجة في العيادة أو وحدة الطوارئ أو عند إدخال المريض إلى مرفق المرضى الداخليين.
- التوفيق بين الأدوية (مثل مقارنة قائمة أدوية المريض عند طلب الأدوية بغية تحديد أوجه الإغفال، والازدواج والتضارب بين أدوية المريض والظروف السريرية، والأخطاء في تحديد الجرعات وإعطائها، والتأثرات المحتملة، وذلك ضمن أطر زمنية محددة (أي خلال ٢٤ ساعة من إدخال المريض والأطر الزمنية الأقصر فيما يتعلق بالأدوية الشديدة الخطورة، والتفاوت بين الجرعات المحتمل أن يكون خطراً، و/أو مواعيد إعطاء الجرعات التالية).
- وجود عملية لتحديث القائمة، كلما تمت كتابة طلبات جديدة، بحيث تُظهر جميع الأدوية التي تعطى للمريض في الوقت الراهن، بما فيها الأدوية التي يتناولها المريض لوحده والتي جلبها إلى المنظمة هو نفسه.
- وجود عملية لضمان تحديث قائمة أدوية المريض عند تخريجه بحيث تشمل جميع الأدوية التي سيتناولها المريض بعد تخريجه، والأدوية "المنزلية" التي انقطع عن تعاطيها والتي سيستأنف تناولها. وينبغي نقل القائمة إلى مقدمي الرعاية التالين وكذلك إعطاؤها إلى المريض كجزء من التعليمات عند التخريج. أما الأدوية التي سيتوقف عن تعاطيها فيجب أن يتخلصّ منها المريض نفسه في الأوضاع المثلى.
- تحديد الأدوار والمسؤوليات بشكل واضح فيما يخص جميع مراحل عملية مواءمة الأدوية التي يضطلع بها الأشخاص المؤهلون، وذلك في سياق المساءلة المشتركة. وقد تشمل مقدم الرعاية الأولية للمريض، والأطباء والممرضات والصيادلة الآخرين، وغيرهم من الأطباء السريريين وينبغي أن تحدد منظمة الرعاية الصحية مؤهلات الأشخاص المسؤولين عن ذلك ضمن حدود القوانين والنظم المنطبقة.
- إتاحة المعلومات والمشورة الصيدلانية ذات الصلة في كل مرحلة من مراحل عملية المواءمة، قدر الإمكان.

٣. دمج التدريب على إجراءات مواءمة الأدوية في المناهج التعليمية، وعملية التوجيه، والتطور المهني المستمر لمهنيي الرعاية الصحية.

◄ استشراف المستقبل:

١. استحداث بطاقة/ استمارة يحملها المريض تحتوي على تفاصيل قائمة الأدوية التي يتناولها المريض في الوقت الراهن.

٢. النظر في استخدام الدعم التكنولوجي والسجلات الطبية الإلكترونية لتسهيل عملية مواءمة الأدوية.

◄ قوة البيّنات:

- تفيد دراسات مقارنة متعددة غير مضبّطة بتناقص معدلات ارتكاب الأخطاء في وصف الأدوية في أعقاب النجاح في تنفيذ برامج مواءمة الأدوية (١٠-١٢).

◄ إمكانية التطبيق:

- جميع أنواع منظمات الرعاية الصحية.

◄ الفرص المتاحة لإشراك المرضى وأسرهم:

- لابد أن تشمل عملية مواءمة الأدوية إشراك المرضى وأسرهم، كي تكون فعالة إلى أقصى حد ممكن، وتشجيع المرضى على المشاركة وتزويدهم بالأدوات اللازمة للقيام بذلك.
- تثقيف المرضى بشأن الاستخدام المأمون للأدوية وإتاحة المعلومات الموثوقة والمناسبة والمفهومة عن الأدوية التي يتناولونها.
- يحتل المريض أفضل موقع للاطلاع على جميع الأدوية التي يصفها له مقدمو الرعاية المتعددون. وينبغي النظر في الطلب من المرضى بأن يضعوا جميع أدويتهم في كيس وإحضارها معهم كلما ذهبوا إلى المستشفى أو لزيارة الطبيب.
- تشجيع المرضى وأسرهم ومقدمي الرعاية على الاحتفاظ بقائمة دقيقة وصحيحة بجميع الأدوية، بما فيها الأدوية بوصفات وبغير وصفات، والمكملات العشبية والتغذوية، وتاريخ التمنيع، وأية ردات فعل أرجية أو ضائرة إزاء الأدوية. وينبغي تحديث قائمة الأدوية هذه ومراجعتها مع المرضى/ والأسر/ ومقدم الرعاية في كل مقابلة ذات صلة بالرعاية.
- تثقيف المرضى بخصوص مخاطر الأدوية، سواء كانت لوحدها أو على شكل توليفات من الأدوية، مع إيلاء اهتمام خاص للأدوية المتعددة التي يصفها مقدمو رعاية متعددون.
- تشجيع المرضى والأسر على التعاطي مع صيدلية واحدة، لا بصفتها توفر الأدوية فحسب بل كمصدر للمعلومات عن الأدوية.
- النظر في نظم الدعم المجتمعية لمساعدة المرضى على التحقق من قائمة الأدوية في المنزل.

◄ العوائق المحتملة:

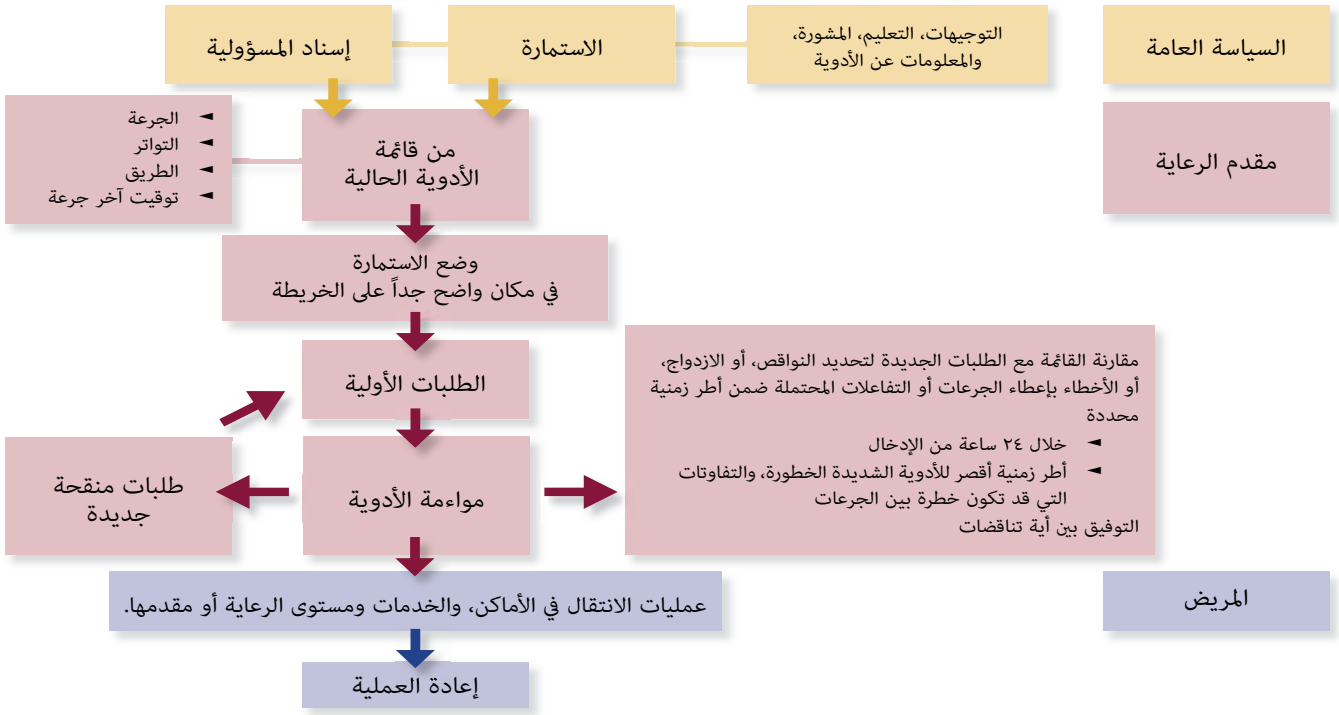
- تكريس الوقت اللازم لرسم السياسات، وتعليم الموظفين ووضع الاستمارات.
- نقص عدد الموظفين وإدراك هذا النقص.
- قصور التنفيذ بإضافة واجبات أخرى عوضاًعن إعادة تصميم نماذج سير العمل.
- تكليف أفراد بواجبات لم يتم البتّ في مدى تأهلهم للاضطلاع بها.

- تكريس الوقت اللازم لمواءمة الأدوية في كل لقاء مع المرضى. وتشير التقديرات اللاحقة للتدريب إلى لزوم تكريس: ١٠ دقائق للادخال، و٣٠ – ٤٥ دقيقة للانتقال من وحدة العناية التاجية، و ١٠ دقائق للتخريج (١٠).
- القصور في استمالة مهنيي الرعاية الصحية وقبولهم بما فيهم الأطباء والممرضات والصيادلة.
- نقص استمالة القادة وقبولهم وقلة الدعم.
- قصور تفهم التعقيدات.
- نقص إتاحة السجلات الصحية الإلكترونية في معظم البلدان.
- القيود التي تفرضها أطراف ثالثة تقوم بدفع التكاليف لإتاحة الأدوية وتعويض هذه التكاليف.
- قصور البحوث والمعطيات والمبرر الاقتصادي المقبول عموماً فيما يتعلق بتحليل الفعالية نسبة للتكلفة أو العائدات على الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

مخاطر العواقب غير المتعمّدة:

- تفسير أية علامة مثل علامة "x" تفسيراً متضارباً بحيث يمكن أن تعني "تُجرى العملية هنا" مقابل "لا تُجرى العملية هنا".
- تضارب إجراءات المشاهدات الأولية العامة بين عدة مستشفيات في منطقة جغرافية واحدة يُجري فيها نفس الجراحين العمليات في أكثر من مستشفى واحد.

مثال
على ضمان مضبوطية الأدوية عند تناوب الرعاية



لا يعتبر هذا المثال مناسباً بالضرورة لجميع أماكن الرعاية الصحية.

◄ المراجع:

1. *Preventing medication errors. Washington, DC, Institute of Medicine, 2006.*
2. *Baker GR, Norton PG. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. Canadian Medical Association Journal, 2004, 170(11):1678–1686.*
3. *A safer place for patients: learning to improve patient safety. London, National Audit Office, 2005 (http://www.nao.org.uk/pn/05-06/0506456.htm, accessed 11 June 2006).*
4. *Sullivan C et al. Medication reconciliation in the acute care setting: opportunity and challenge for nursing. Journal of Nursing Care Quality, 2005, 20(2):95–98.*
5. *Reconcile medications at all transition points. IHI Patient Safety Medication Systems Changes. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/Reconcile+Medications+at+All+Transition+Points.htm, accessed 11 June 2006).*
6. *The case for medication reconciliation. Nursing Management, 2005, 36(9):22.*
7. *Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (www.macoalition.org/initiatives.shtml, accessed 11 June 2006).*
8. *Safer Healthcare Now! (http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124, accessed 11 June 2006).*
9. *Rogers G et al. Reconciling medications at admission: safer practice recommendations and implementation strategies. Joint Commission Journal on Quality and Safety, 2006. 32(1):37–50.*
10. *Rozich JD et al. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. Joint Commission Journal on Quality and Safety, 2004. 30(1):5–14.*
11. *Gebhart F. Setting up a medication reconciliation system. Drug Topics, 2005, 149(2) (Health-System Edition supplement):1–2.*
12. *Pronovost P et al. Medication reconciliation: a practical tool to reduce the risk of medication errors. Journal of Critical Care, 2003, 18(4):201–205.*

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. *Building a case for medication reconciliation. ISMP Medication Safety Alert, 10 (8), 21 April 2005. Link: http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20050421.asp.*
2. *CCHSA Patient/Client Safety Goals & Required Organizational Practices. Frequently Asked Questions. Ottawa, ON, Canadian Council on Health Services Accreditation, 6 June 2005. Link: http://www.cchsa.ca/pdf/patientsafetyFAQJune062005.pdf.*
3. *CCHSA Patient Safety Goals and Required Organizational Practices. Ottawa, ON, Canadian Council on Health Services Accreditation, December 2004. Link: http://www.cchsa.ca/pdf/PSCommunique2.pdf.*
4. *Cornish PL et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Archives of Internal Medicine, 2005,165:424–429.*
5. *Forster AJ et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. Canadian Medical Association Journal, 2004, 170(3):345–349.*
6. *Ketchum K, Grass CA, Padwojski A. Medication reconciliation. AJN 2005, 105(11):78–85.*
7. *Medication errors involving reconciliation failures. USP Patient Safety CAPSLink, October 2005. Link: http://www.magnetmail.net/actions/email_web_version.cfm?recipient_id=17651743&message_id=130435&user_id=USP.*
8. *Medication reconciliation—in the hospital and beyond. ISMP Canada Safety Bulletin, 9 June 2006, 6(3). Link: http://www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2006-03MedRec.pdf.*
9. *2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Link: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm.*
10. *National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/*
11. *Nickerson A et al. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. Healthcare Quarterly, 2005, 8:65–72.*
12. *Nickerson A et al. Inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. Healthcare Quarterly, 2005, 8 (Special Edition): 65–72.*
13. *Ong S et al. Drug-related problems on hospital admission: relationship to medication information transfer. Annals of Pharmacotherapy, 40(3): 408–413.*
14. *Safer Healthcare Now! Medication Reconciliation Getting Started Kit. Link: http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124.*
15. *Seamless Care Task Force of the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Society of Hospital Pharmacists. Statement on Seamless Care. Ottawa (ON): Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2004.*
16. *Tam VC et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. Canadian Medical Association Journal, 2005,173:510–515.*
17. *Using medication reconciliation to prevent errors. Sentinel Event Alert, Issue 35, 23 January 2006. Joint Commission. Link: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_35.htm.*
18. *Vira T, Colquhoun M, Etchells EE. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge, Quality & Safety in Health Care, 2006, 000:1–6.*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛

عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

تجنب الأخطاء في وصل القثاطير والأنابيب

حلول سلامة المرضى

المجلد ١، الحل ٧ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

بيان المشكلة والأثر:

تشكل الأنابيب والقثاطير والمحاقن جانباً أساسياً في توفير الرعاية الصحية اليومية وإعطاء الأدوية والسوائل للمرضى. وقد تم تصميم هذه الجهائز على نحو يجعل من الممكن وصلها بصورة غير متعمدة مع المحاقن والأنابيب غير الصحيحة ومن ثم إعطاء الأدوية أو السوائل بطرق خاطئة عن دون قصد. ويرجع كل ذلك أن الجهائز المتعددة المستعملة في مختلف طرق إعطاء الأدوية وغيرها يمكن وصلها الواحدة مع الأخرى. وتتمثل أفضل الحلول لهذا الموضوع باستخدام سبل تصميم تحول دون ارتكاب الأخطاء في الوصلات وتدفع المستخدم إلى اتخاذ الإجراءات الصحيحة.

وتشمل الأسباب أو العوامل المساهمة الأخرى ما يلي:

- وصائل لور (Luer) التي تستعمل على نطاق يكاد يكون شاملاً في شتى التطبيقات الطبية لوصل الجهائز الطبية، بما في ذلك إعطاء السوائل (من خلال الطرق المعوية، وداخل الأوعية، والنخاعية، وفوق الجافية) ونفخ الغازات (في قثاطير بالونيّة، والأنابيب المكففة داخل الرغامى، وجهائز قياس ضغط الدم الأوتوماتيكية)، التي وجد أنها يمكن أن تصل بين أنابيب أو قثاطير غير متماثلة الوظائف.
- الاستعمال الروتيني للأنابيب أو القثاطير لأغراض غير الأغراض المنشودة. وهذا يشمل استعمال الأنابيب الممتدة داخل الأوعية لما فوق الجافية، والإرواء، وجهائز النزح، والخطوط المركزية أو لمد أنابيب الإطعام المعوي.
- وضع الأنابيب المتباينة الوظائف التي تستخدم في رعاية المرضى على مقربة من بعضها البعض. من قبيل استخدام أنبوب للإطعام المعوي قرب قثطار وأنابيب وريدية مركزيه.
- حركة أو تحرك المريض من مكان أو مرفق إلى آخر.
- تعب الموظفين الناجم عن العمل في ورديات متعاقبة.

ويمكن أن يسفر الخطأ في وصل الأنابيب والقثاطير إلى ارتكاب أخطاء في إعطاء الأدوية عن غير الطريق الصحيح مما يؤدي إلى إصابة خطيرة أو وفاة المريض. ورغم أن هذه الأخطاء يمكن منعها إلى حد كبير وتفاديها بسهولة في أغلب الأحيان، فإن تقارير متعددة عن إصابة المرضى أو وفاتهم نتيجة ارتكاب الأخطاء في إعطاء الأدوية عن الطريق غير الصحيحة تشير إلى أنها تحدث على نحو متواتر نسبياً (١-٧). وهذا يشمل إعطاء الضبائب في الطرق الخطأ.

وقد أُرسلت تقارير إلى قاعدة معطيات الأحداث الخافرة التابعة للجنة المشتركة عن حدوث تسع حالات من الوصل الخاطئ للأنابيب حصلت لسبعة بالغين ورضيعين في الولايات المتحدة الأمريكية، وأسفرت عن ثماني وفيات وحالة واحدة من فقد الوظائف نحو دائم (٨). كما أرسلت تقارير إلى وكالات أخرى عن عارضات مماثلة، بما فيها معهد بحوث رعاية الطوارئ (ECRI) وإدارة الأغذية والأدوية الأمريكية، ومعهد الممارسات الدوائية المأمونة (ISMR) ودستور الأدوية للولايات المتحدة (USP). وتكشف المعطيات من هذه المجموعات عن حدوث أخطاء في الربط بتواتر ذي مغزى وأنها تسفر في عدد من الحالات عن عواقب مميتة (٩، ١٠)

وأكثر أنواع الأنابيب والقثاطير استعمالاً في الحالات التي أبلغت عنها اللجنة المشتركة القثاطير الوريدية المركزية، والقثاطير الوريدية المستطرفة، وأنابيب الإطعام الأنفي المعدي، وأنابيب الإطعام الجلدي المعوي، وقثاطير الديال الصفاقي، وأنابيب نفخ كفة فقر الرغامى، وأنابيب منفاخ كفة ضغط الدم (أربع حالات) ومن الأمثلة على ذلك أيضاً سوء الوصل النوعي الذي استخدم فيه إطعام معوي في قثطار وريدي، ووصل أنبوب منفاخ ضغط الدم إلى قثطار داخل الوريد (حالتان)، وحقن سائل داخل الوريد في أنبوب نفخ كفة ففر الرغامى (حالة واحدة).

ونشرت ثلاثة تقارير في المملكة المتحدة بين عامي ٢٠٠١ و٢٠٠٤ عن حدوث وفيات، وأربعة تقارير بين ١٩٩٧ وحتى ٢٠٠٤ عن حصول الأذى أو بالكاد تفاديه في أعقاب استخدام الطريق الخطأ عند إعطاء أدوية سائلة فموية، وأطعمة، وعمليات غسل في داخل الوريد (١١). وحدد استعراض أجري للنظام الوطني لوضع التقارير والتعلم في المملكة المتحدة ٣٢ عارض أبلغ عنها تم خلالها إعطاء أدوية سائلة فموية عن طريق داخل الوريد، سبعة منها أعطي فيها دواء فوق الجافية عن طريق الوريد، وستة أعطي فيها دواء وريدي عن طريق فوق الجافية بين ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٥ و ٣١ أيار/ مايو ٢٠٠٦.

◄ القضايا ذات الصلة:

رغم أنه تم اقتراح مختلف أساليب تفادي ارتكاب الأخطاء في ربط القثاطير واتباع الطريق الخاطئ في ذلك، فإن الانتباه الشديد التدقيق في التوافه والتفاصيل عند إعطاء الأدوية والأطعمة (أي الطريق الصحيح لإعطائها) وعند ربط الجهائز بالمرضى (أي استخدام الوصلات/ الأنابيب المناسبة) يعتبر الخطوة الأساسية الأولى في هذا المضمار. فتنفيذ التدابير الوقائية – والعديد منها بسيط وغير مكلف - يمكن التخلص منه بصورة فعالة من استخدام الطرق الخطأ في إعطاء الأدوية.

◄ الإجراءات المقترحة:

ينبغي أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. التأكد من وجود نظم وإجراءات في منظمات الرعاية الصحية:

- تؤكد للموظفين غير السريريين، والمرضى وأسرهم أنه لا يجوز لهم أبداً ربط الجهائز أو فكها. وينبغي أن يطلبوا المساعدة دوماً من الموظفين السريريين في ذلك.
- تشترط توسيم القثاطير الشديدة الخطورة (مثل الشريانية، وفوق الجافية وداخل القراب). ويتعين تجنب استخدام القثاطير مع بوابات الحقن في هذه التطبيقات.
- تشترط تقفي مقدمي الرعاية لجميع الخطوط من نقطة مصدرها وحتى بوابة الوصل للتحقق من الربطات قبل أداء عمليات الوصل أو إعادة الوصل، أو إعطاء الأدوية أو المحاليل أو المنتجات الأخرى.
- تتطلب إدراج عملية التوفيق الخطي المقيّس كجزء من عمليات الاتصال أثناء تسليم واستلام المرضى. وينبغي أن يشمل ذلك إعادة فحص وصلات الأنابيب وتقفي أثر جميع أنابيب وقثاطير المرضى إلى مصادرها عند وصول المريض إلى مكان جديد أو مرفق جديد وعند تبديل دوريات الموظفين.
- تقتضي منع استخدام حقن وصلة لور المعيارية لإعطاء الأدوية الفموية وعمليات الإطعام المعوي.
- اتخاذ ما يلزم لاختبار وتقييم المخاطر (طرز الفشل وتحليل الآثار، إلخ) بغية تحديد احتمالات وجود وصلات غير صحيحة عند شراء القثاطير والأنابيب.

٢. إدراج التدريب على مخاطر الوصلات الخطأ والتطوير المهني المستمر للممارسين والعاملين في الرعاية الصحية.

٣. تشجيع شراء الأنابيب والقثاطير المصممة لتعزيز السلامة والمأمونية والوقاية من الوصلات الخاطئة إلى الجهائز أو الأنابيب الأخرى.

◄ استشراف المستقبل:

١. ينبغي إيجاد العوائق المادية (مثل التنافر من حيث التصميم) لإزالة احتمال الوصل المتبادل بين الأنابيب والقثاطير الطبية ذات الوظائف غير المتماثلة إلى أقصى حد ممكن.

٢. تأييد التوسيم النوعي لبوابئ الجهائز بغية تجنب وصل الأنابيب الوريدية إلى كفات القثاطير أو البالونات (٣).

٣. وثمة اقتراح باستخدام مضخات تسريب مخصصة ومختلفة في تطبيقات محددة من قبيل التسريب فوق الجافية (١٢).

٤. يشكل استخدام المحاقن الفموية/ المعوية لإعطاء الأدوية الفموية/ المعوية وتفادي استخدام اللؤم والبزل الثلاثي الطرق جزءاً من مسودة مقترحات من الوكالة الوطنية لسلامة المرضى بالمملكة المتحدة لتفادي ارتكاب الأخطاء باستخدام الطرق الخطأ (١٣).

٥. وثمة دعوات إلى وضع استراتيجية وقائية مشتركة لأداء تقييمات المخاطر بغية تحديد المخاطر الحالية المتعلقة بالوصل الخاطئ، وتشجيع المصنعين على تصميم قثاطير وأنابيب غير متماثلة بحيث يصبح من المستحيل عملياً وصلها ببعضها البعض («التنافر من حيث التصميم»)، واحتياز معدات يجعل تصميمها ارتكاب الأخطاء في الوصل أمراً غير محتمل، وتنفيذ سياسات للحد من حدوث الوصل الخاطئ ما أمكن (١٤، ١٥).

٦. وينبغي تقييس التشفير الملون للأنابيب. وقد درست الهيئة الأوروبية للتقييس التشفير الملون للأنابيب والوصلات في تطبيقات معينة وأوصت باستكشاف بدائل لوصلات لور في تطبيقات مختارة (١٦).

٧. ينبغي إرساء معايير قائمة على الصناعة والتصميم الهندسي للأنابيب والقثاطير الطبية المناوعة للأعضاء أو المناوعة للاحتياجات والتي لا يمكن وصلها مع بعضها البعض وتشجيعها.

◄ قوة البينات:

- اتفاق آراء الخبراء.

◄ إمكانية التطبيق:

- حيثما تتم معالجة المرضى، بما في ذلك المستشفيات، ومرافق الصحة النفسية، والبيئات المجتمعية، والعيادات الجوالة، ومرافق الرعاية الطويلة الأمد، والعيادات، والعيادات الخاصة، ووكالات الرعاية المنزلية.

◄ فرص إشراك المرضى وأسرهم:

- تشجيع المرضى وأسرهم على طرح الأسئلة حول الأدوية بالحقن أو من خلال أنابيب الإطعام، بغية ضمان إعطاء الأدوية على الوجه الصحيح.
- تثقيف المرضى، وأسرهم، ومقدمي الرعاية بشأن الاستخدام الصحيح لمواقع الحقن وأنابيب الإطعام وأوضاع الرعاية المنزلية وتوفير التعليمات الخاصة بالاحتياطات الواجب اتخاذها لتفادي ارتكاب الأخطاء المتصلة بالطريق الخطأ.

◄ العوائق المحتملة:

- قبول الموظفين لمفهوم تفادي ارتكاب أخطاء الطريق الخطأ.
- قبول الموظفين بعدم تحوير الوصلات المتنافرة على الإطلاق بغية إفساح المجال لهذه الوصلات.
- تكاليف التحول إلى نظم الإيتاء غير القابلة للوصل.

- العجز عن إيجاد أسلوب لتقييس النظم.
- الصعوبات التي تكتنف أية سلسلة إمدادات ثابته أو معولة في بعض البلدان.
- عدم كفاية البحوث والمعطيات والمبرر الاقتصادي المقبولة عموماً فيما يخص تحليل التكاليف والمنافع أو العائدات على الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

مخاطر العواقب غير المتعمدة:

- إمكانية التأخر في المعالجة في محاولة للحصول على معدات متوافقة إذا لم تتوفر الوصلات المتوافقة.

مراجع ومصادر منتقاة:

1. *Tunneled intrathecal catheter mistaken as central venous line access. ISMP Canada Safety Bulletin, 30 October 2005. http://www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2005-08Intrathecal.pdf.*
2. *Problems persist with life-threatening tubing misconnections. ISMP Medication Safety Alert, 17 June 2004. http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20040617.asp?ptr=y.*
3. *Wichman K, Hyland S. Medication safety alerts. Inflation ports: risk for medication errors. Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 2004, 57(5):299–301. http://www.ismp-canada.org/download/cjhp0411.pdf.*
4. *Ramsay SJ et al. The dangers of trying to make ends meet: accidental intravenous administration of enteral feed. Anaesthesia and Intensive Care, 2003, 31:324–327.*
5. *Pope M. A mix-up of tubes. American Journal of Nursing, 2002; 102(4):23.*
6. *Wrong route errors. Safety First, Massachusetts Coalition for the Prevention of Healthcare Errors, June 1999 (http://www.macoalition.org/documents/SafetyFirst1.pdf, accessed 10 June 2006).*
7. *Tubing misconnections—a persistent and potentially deadly occurrence. Sentinel Event Alert, April 2006. Joint Commission. http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_36.htm.*
8. *Vecchione A. JCAHO warns of tubing errors. Health-System Edition, 22 May 2006 (http://mediwire.healingwell.com/main/Default.aspx?P=Content&ArticleID=326253, accessed 10 June 2006).*
9. *Cousins DH, Upton DR. Medication errors: oral paracetamol liquid administered intravenously: time for hospitals to issue oral syringes to clinical areas? Pharmacy in Practice, 2001, 7:221.*
10. *Cousins DH, Upton DR. Medication errors: increased funding can cut risks. Pharmacy in Practice, 1997, 7:597–598*
11. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety. London, Department of Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/ Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071443 accessed 10 June 2006).*
12. *Koczmara C. Reports of epidural infusion errors. CACCN Dynamics, 2004, 15(4):8. http://www.ismp-canada.org/download/CACCN-Winter04.pdf.*
13. *Preventing wrong route errors with oral/enteral medications, feeds and flushes. National Patient Safety Agency Patient Safety Alert, Draft responses to 1st consult, January–March 2006. http://www.saferhealthcare.org.uk/NR/rdonlyres/3F9F3FB2-89B6-4633-ACE9-A51EC2023EBC/0/NPSAdraftpatientsafetyalertoneralconnectorsforstakeholderconsultation.pdf.*
14. *Preventing misconnections of lines and cables. Health Devices, 2006, 35(3):81–95.*
15. *Common connectors pose a threat to safe practice, Texas Board of Nursing Bulletin, April 2006.*
16. *Moore R. Making the right connections. Medical Device Technology, 2003, 14(2):26–27.*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

استعمال جهائز الحقن لمرة واحدة فقط

حلول سلامة المرضى

المجلد ١، الحل ٨ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◄ بيان المشكلة والأثر:

يشكل انتشار فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، وفيروس التهاب الكبد B. وفيروس التهاب الكبد C الناجم عن إعادة استعمال جهائز الحقن أحد أكبر مصادر القلق في العالم كله. وتمس هذه المشكلة البلدان المتقدمة إلى جانب البلدان النامية في شتى أنحاء الأرض، وقد أظهرت العديد من الدراسات نطاق هذه المشكلة ومدى وخامتها.

وحسبما تفيد مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها، تم تتبع آثار أربعة أكبر فاشيات التهاب الكبد إلى مصادرها حيث تبين أن بعض عاملي الرعاية الصحية في عيادة أحد الأطباء كانوا يعيدون استعمال الإبر ويقومون بإجراءات أخرى غير مأمونة (١). وقد تسببت فاشيات التهاب الكبد B والتهاب الكبد C في ولايات نيويورك وأوكلاهوما ونبراسكا بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٢ بإصابة ما يزيد عن ٣٠٠ شخص بالعدوى. وكان مصدر هذه العداوى "ممارسات الحقن غير المأمونة"، وفي مقدمتها إعادة استعمال الحقن والإبر أو تلوث قناني الأدوية المتعددة الجرعات" (١).

ويبين نموذج حسابي وضعته منظمة الصحة العالمية أنه كانت توجد في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية في عام ٢٠٠٠، ما يقدر بـ ٢٢ مليون حالة جديدة من عدوى التهاب الكبد B (قرابة ثلث مجموع الحالات) ومليوني إصابة بفيرس التهاب الكبد C (قرابة ٤٠٪ من المجموع) وثمة ربع مليون إصابة بفيروس الأيدز (قرابة ٥٪ من المجموع) من أصل الإصابات في العالم كله. ومن المتوقع أن تسفر الحالات التي ظهرت في عام ٢٠٠٠ وحده عن فقدان ما يقدر تسعة ملايين سنة من سنوات عمر المصابين والعجز ما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣ فقط (٢). وبالإضافة إلى ذلك فإن جميع الذين يقومون بحق الأدوية وقد يتقاسمون استعمال الإبر أو المحاقن أو غيرها من المعدات معرضون لخطر الإصابة بالعدوى المنقولة بالدم. وكان هناك مايقدر بـ ١٣,٢ مليون شخص قاموا بحقن الأدوية في أنحاء العالم مع نهاية عام ٢٠٠٣، منهم ١٠,٣ مليون في البلدان النامية (٣).

وفي حين توجد أوجه تفاوت كبيرة بين البلدان، فإن منظمة الصحة العالمية تقدر بأنه يتم في أفريقيا جنوب الصحراء إعطاء ما يقارب ١٨٪ من الحقن بمحاقن أو إبر يعاد استعمالها دون تعقيمها. بيد أنه يعتقد أن عمليات الحقن الطبية غير المأمونة تحدث أكثر ما تحدث في أقاليم جنوب آسيا، وشرق المتوسط، وغرب المحيط الهادئ. وتشكل بمجموعها ٨٨٪ من جميع الحقن المعطاة بمعدات يعاد استعمالها وغير معقمة (٤). وتؤكد العواقب الوخيمة المترتبة على إعادة استعمال الإبر أيضاً ضرورة تعزيز تقنيات مكافحة العداوى الأساسية في أوساط العاملين في الرعاية الصحية (٢).

وتؤكد ثلاثة أبحاث نشرت عام ٢٠٠٣ بأن وباء الأيدز في أفريقيا يتفاقم بسبب الممارسات الطبية غير السليمة، بما فيها عمليات الحقن ونقل الدم باستخدام إبر غير معقمة (٥-٧) وقد استمع مجلس الشوخ في الولايات المتحدة الأمريكية مؤخراً، كجزء من مبادرة الأيدز العالمية البالغة تكاليفها ١,٥ مليار دولار إلى نقاش في منتدى عام وعلني بشأن البينات المتصلة بدور الممارسات الطبية غير السليمة في انتشار فيروس الأيدز. وكانت نتيجة ذلك أن أقر مجلس الشيوخ تعديلاً يهدف إلى المساعدة على وقف انتقال الأيدز والعدوى بفيروسه في أفريقيا بسبب عمليات الحقن الطبية غير المأمونة ونقل الدم اللذين لا يتم تحريها. وأصدر المجلس تعليماته إلى الحكومة الفيدرالية للولايات المتحدة بانفاق ٧٥ مليون دولار أمريكي على الأقل على برامج مأمونية الحقن والدم في أفريقيا. وتؤكد هذه الحقائق الحاجة لاتخاذ إجراءات فورية وحاسمة للوقاية من استعمال جهائز الحقن غير المأمونة. فالحقن المأمونة لا يمكن أن تلحق الأذى بالمرضى، وتعرض العاملين في الرعاية الصحية لمخاطر يمكن تفاديها، أو تسفر عن نفايات تتهدد المجتمع بالخطر. وثمة حاجة ملحة وعاجلة لنشر وتعميم الحلول على نطاق واسع لمعالجة هذه المشكلة العالمية الأبعاد بغية الحد من الخطر الذي يتهدد المرضى بسبب الرعاية الطبية السيئة.

◄ القضايا ذات الصلة:

يكتنف التعقيد الأسباب التي تساهم في معاودة استعمال معدات الحقن وينطوي على توليفة من العوامل الاجتماعية الثقافية، والاقتصادية والهيكلية بما فيها:

◄ المعتقدات الخاطئة لدى المرضى

- يعتقد بعض المرضى أن الأدوية المحقونة أكثر فعالية من تلك التي تعطى عن طريق الفم.
- يعتقد أفراد الأسر بأن تقاسم استعمال الإبر فيما بينهم ينطوي على نفس الخطر الذي يصاحب المخالطة العرضية. كما يعتبر المرضى أن تقاسم استعمال الإبر مع الجيران مجرد ممارسة ودية جيدة.

- يعتقد المرضى بأنهم لن يصابوا بالعدوى لمجرد أنها لم تحدث بعد. (قد يستغرق الأمر سنوات قبل أن توثر عوامل المرض المنقولة بالدم من قبيل فيروس الأيدز، والتهاب الكبد *B* وإلتهاب الكبد *C* بصورة كبيرة على مجموعات المرضى قبل إدراك وجود هذا الخطر).

- معتقدات وأعمال العاملين في الرعاية الصحية
  - عدم قدرة الممارسين والعاملين في الرعاية الصحية على مساعدة المرضى في تفهم فعالية الأدوية الفموية.
  - يخشى الممارسون والعاملون في الرعاية الصحية على من أن لا يستكمل المرضى نظام الأدوية الفموية الموصوفة لهم.
  - هناك قصور في تدريب الممارسين والعاملين في الرعاية الصحية على ممارسات مكافحة العدوى بسبب نقص الموارد.
  - وكثيراً ما يخفق العاملون في الرعاية الصحية في الامتثال بالممارسات والتدخلات الرامية إلى مكافحة العدوى.

- نقص الموارد
  - هناك نقص في المعدات.
  - لا توجد أموال كافية لاحتياز الإمدادات الكافية.
  - لا تتوفر خيارات مناسبة للتخلص من المعدات. والمثال على ذلك أن حرقها في أماكن عامة يسفر عن انبعاثات سامة وتبعثر النفايات. ويحد الترميد من الإنبعاثات السامة وتبعثر النفايات لكنه مكلف، وقد تسمح مواقع دفنها بالتعرض للنفايات.

الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. النهوض باستعمال جهائز الحقن لمرة واحدة فقط باعتبار ذلك أولوية من أولويات مرافق الرعاية الصحية تتطلب توفر روح القيادة والمشاركة الفعالة من قبل جميع العاملين في الخط الأمامي للرعاية الصحية.

٢. وضع برامج للتدريب المتواصل وتأمين مصادر المعلومات للعاملين في الرعاية الصحية التي تتناول ما يلي:
   - مبادئ مكافحة العدوى، وممارسات الحقن السليمة، وتدبّر النفايات الحادة.
   - فعالية الأدوية غير القابلة للحقن.
   - تثقيف المرضى وأسرهم بخصوص البدائل المتوفرة لاستعمال الأدوية القابلة للحقن (مثل الأدوية الفموية).
   - تكنولوجيات الحقن الجديدة (مثل النظم الخالية من الإبر).

٣. تقييم وقياس فعالية تدريب العاملين في الرعاية الصحية على مأمونية الحقن.

٤. تثقيف المرضى وأسرهم بشأن:
   - الوسائل العلاجية التي لا تقل فعالية عن الحقن بغية الحد من استعمال المحاقن.
   - انتقال عوامل الأمراض عن طريق الدم.
   - ممارسات الحقن المأمونة.

٥. تحديد وتنفيذ ممارسات تدبر النفايات المأمونة التي تلبي احتياجات منظمات الرعاية الصحية.

٦. النهوض بالممارسات السليمة والمأمونة كنشاط مخطط ومدرج في الميزانيات يشمل شراء المعدات. والنظر على وجه التحديد بتنفيذ النظم الخالية من المحاقن.

استشراف المستقبل:

١. النظر في المشاركة في الشبكة العالمية للحقن المأمون التابعة لمنظمة الصحة العالمية (SIGN)، والتي تجمع بين جميع أصحاب الشأن بهدف تعزيز وإدامة مأمونية الحقن في كل أرجاء العالم. حيث إن منظمة الصحة العالمية توفر عن طريق هذه الشبكة المشورة ومجموعة من أدوات السياسة العامة والإدارة والدعوة لمساعدة البلدان على الحصول على المعدات المأمونة والمعقولة التكلفة، والنهوض بتدريب الموظفين الصحيين والاستعمال الرشيد للحقن.

٢. حث الجهات المانحة والمقرضة للأموال على تمويل المنتجات القابلة للحقن وتمويل كميات كافية من جهائز الحقن وتكاليف تدبر النفايات الحادة.

قوة البينات:

- آراء الخبراء واتفاق آرائهم والتقارير المتعلقة بالحالات.

إمكانية التطبيق:

- جميع المرافق وأماكن الرعاية الصحية التي تعطى فيها الحقن (مثل المستشفيات والرعاية الجوالة، والرعاية الطويلة الأمد. ومراكز الجراحة الجوالة، ومرافق الطب النفسي، والممارسات القائمة على المكاتب، والرعاية المنزلية).

فرص إشراك المرضى وأسرهم:

- ينبغي تثقيف المرضى وأسرهم بشأن مبادئ مكافحة العدوى ووسائل المعالجة.
- تثقيف المرضى كي يراقبوا بصورة مباشرة مقدمي الرعاية ويشجعوهم على التخلص فوراً من جهائز الحقن بعد استعمالها ضمن حدود معايير الممارسات المقبولة وفي آنية نفايات الأدوات الحادة المناسبة.
- مساعدة المرضى وأسرهم على التخلص المأمون من الإبر إذا كان لابد من استعمال الأدوية القابلة للحقن في المنازل والتأكيد من جديد على أن عدد المرات الأكثر أماناً الذي تستعمل فيه الإبر هو مرة واحدة فقط.

العوائق المحتملة:

- الثقافات والمعتقدات.
- تكلفة المحاليل.
- الجدوى العملية لاستعمال المحاليل.
- توفر الحوافز المالية لمقدمي الحقن عند إعطاء الحقن
- الحاجة المستمرة للبحوث والمعطيات والمبرر الاقتصادي المقبول عموماً فيما يتعلق بتحليل التكلفة والفائدة أو عائدات الاستثمار في تنفيذ هذه التوصيات.

مخاطر العوائق غير المتعمدة:

- ازدياد التكاليف المتصلة بتغيير المعدات
- قد لا يتلقى المرضى الرعاية (مثل التمنيع) بسبب نقص المعدات المعقمة.
- قد لا يسعى بعض المرضى للحصول على الرعاية إذا كانت الحُقن لا تعطى لهم كجزء من المعالجة المعيارية لأن المريض يتوقع أن يتلقى الحقن من مقدمي الرعاية.

المراجع:

1. *Transmission of Hepatitis B and C Viruses in Outpatient Settings – New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000-2002, MMWR, September 26, 2003 / 52(38); 901-906.*
2. *Testimony of Dr YvanHutin, project leader for the Safe Injection Global Network at the Senate Committee hearing, Examining Solutions To the Problem of Health Care Transmission of HIV/AIDS in Africa, Focusing on Injection Safety, Blood Safety, Safe Obstetrical Delivery Practices, and Quality Assurance in Medical Care, July 31, 2003.*
3. *World Health Organization, Biregional strategy for harm reduction, 2005 -2009 : HIV and injecting drug. 2005.*
4. *Addo-Yobo, E. et al., Oral amoxicillin versus injectable penicillin for severe pneumonia in children aged 3 to 59 months: a randomized multicentre equivalency study, Lancet 2004; 364: 1141-48.*
5. *Gisselquist D et al. HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission. International Journal of STD & AIDS, 2002, 13(10): 657-666.*
6. *Gisselquist D et al. Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored. International Journal of STD & AIDS, 2003, 14(3): 148-161.*
7. *Brewer DD et al. Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm. International Journal of STD & AIDS, 2003, 14(3): 144-147.*

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛
عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.

منظمة الصحة العالمية
The Joint Commission
Joint Commission International
المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص الحلول المتصلة بسلامة المرضى أيار/ مايو ٢٠٠
مفكرة

تحسين نظافة الأيدي للوقاية من العدوى المرتبطة بالرعاية

حلول سلامة المرضى
المجلد ١، الحل ٩ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◄ بيان المشكلة والأثر:

تشير التقديرات إلى أنه يعاني في آن واحد أكثر من ١,٤ مليون نسمة في العالم كله من العداوى المكتسبة في المستشفيات (١، ٢) وتحدث العداوى المرتبطة بالرعاية الصحية في شتى أرجاء المعمورة وتمس البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء. ففي البلدان المتقدمة يكتسب ما يتراوح بين ٥٪ إلى ١٠٪ من المرضى عدوى واحدة أو أكثر ومن المعتقد أن ما بين ١٥٪- ٤٠٪ من المرضى الذين يتم إدخالهم إلى وحدات الرعاية الحرجة يصابون بها (٣). ويمكن، في الأماكن القليلة الموارد، أن تزيد معدلات العدوى عن ٢٠٪ (٤)، بيد أن المعطيات المتوفرة غير كافية وثمة حاجة ملحة لإجراء المزيد من البحوث بغية تقدير عبء المرض هذا في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصادتها بمرحلة انتقالية. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، يصاب واحد من كل ١٣٦ مريضاً باعتلال وخيم نتيجة اكتساب العدوى في المستشفيات (٥) وهذا يوازي مليوني حالة سنوياً، مما ينجم عن تحمل تكاليف إضافية تبلغ ما بين ٤,٥ - ٥,٧ مليار دولار أمريكي والتسبب بتسعين ألف وفاة. ومن المقدر أن ١٠٠ ٠٠٠ حالة عدوى مكتسبة في المستشفيات في إنكلترا تكلف «الخدمات الصحية الوطنية» مليار جنيه استرليني على الأقل سنوياً (٦) يمكن عزو أكثر من ٥٠٠٠ وفاة منها إلى هذه الأسباب سنوياً (٧). وفي المكسيك، تصل التقديرات إلى ٤٥٠ ٠٠٠ عدوى، تسبب ٣٥ وفاة بين كل ١٠٠ ٠٠٠ إدخال للرضع إلى المستشفيات، حيث تصل نسبة الإماتة إلى ما بين ٤% و ٥٦% (٨).

◄ الخلفية والقضايا:

هناك الكثير من البينات على أن تطهير اليدين يحد من حدوث العدوى المكتسبة في المستشفيات (٩-٢٤). وعليه فإن نظافة اليدين إجراء أساسي لضمان سلامة المرضى، وينبغي أن يتم ذلك في الوقت المناسب وعلى نحو فعال أثناء عملية الرعاية. بيد أن الامتثال بصورة لا يمكن القبول بها لنظافة اليدين شائع بصورة عامة في الرعاية الصحية (٢٥). ويساهم ذلك في انتقال المكروبات القادرة على التسبب بالعدوى المكتسبة في المستشفيات الممكن تجنبها. وقد ثبت أن التقيد على نحو أفضل بالدلائل الإرشادية لنظافة الأيدي وسياساتها يحد من انتشار هذه العدوى (٢٦- ٣٠). ولا تتمثل الأهداف الرئيسية في مجال العمل بالعاملين في الرعاية الصحية وحدهم بل وبصانعي السياسات ورؤساء ومديري المنظمات (٣٣).

وتبين البحوث المنشورة أن الاستراتيجيات المتعددة الوسائل والمتعددة الاختصاصات التي تركز على تغيير النظم (١١، ١٤، ١٨، ٢٠-٢٥) تفسح المجال لأكبر الفرص في إحراز النجاح في تحسين نظافة اليدين والحد من العدوى.

وعليه فإن الغاية من أي محلول لنظافة الأيدي هي بناء أو تعزيز القدرات بحيث يعتبر ويصبح تحسين نظافة الأيدي جزءاً لا يتجزأ من استراتيجية أوسع نطاقاً للوقاية من العدوى المكتسبة في المستشفيات.

◄ الإجراءات المقترحة:

يتعين أن تنظر الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجيات التالية:

١. تعزيز التقيد بنظافة الأيدي بوصفه أولوية في كل مرفق من مرافق الرعاية الصحية؛ وهذا يتطلب توفر القيادات والدعم الإداري والموارد المالية.

٢. تبنّي التوصيات التسع المنصوص عليها في «الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بشأن نظافة الأيدي» في الرعاية الصحية (المسودة النهائية)، وذلك على المستويات القطرية والإقليمية والمرافقية، ولاسيما تنفيذ استراتيجيات تحسين نظافة الأيدي المتعددة الاختصاصات والمتعددة الأشكال في مرافق الرعاية الصحية والتي تشمل ما يلي:

(أ) توفير مركبات فرك اليدين المرتكزة إلى الكحول بمنتهى السهولة في أماكن الرعاية الصحية.

(ب) إتاحة إمدادات المياه المأمونة المستمرة من جميع الحنفيات/ الصنابير والتسهيلات اللازمة لتنظيف اليدين.

(ج) تثقيف العاملين في الرعاية الصحية بخصوص تقنيات نظافة اليدين الصحيحة.

(د) عرض رسائل التذكير المشجعة على نظافة اليدين في مكان العمل.

(هـ) قياس مدى الالتزام بنظافة اليدين من خلال الرصد الإشرافي والمعلومات المرتجعة عن أداء العاملين في الرعاية الصحية.

٣. النظر، حيث لا تتوفر مركبات فرك اليدين المرتكزة إلى الكحول أو تكون عالية التكلفة، في إنتاج هذه المركبات محلياً باستخدام الصيغة الوارد وصفها في «التركيبة الموصى بها من جانب منظمة الصحة العالمية بخصوص تطهير اليدين، دليل الإنتاج المحلي»

(WHO Recommended Hand Artisepsis Formulation: Guide to Local Production)

تعريف مكان الرعاية يشير إلى أي منتج لنظافة الأيدي (مثل مركبات فرك اليدين المرتكزة إلى الكحول والمتاح بسهولة للموظفين بتوفره في أقرب مكان ممكن (حسبما تسمح بذلك الموارد المتوفرة) من الموضع الذي يتم فيه الاحتكاك بالمرضى.

ينبغي أن تكون منتجات نقطة الرعاية في متناول من يقومون بإيتاء الرعاية/ المعالجة.

وهذا يمكن الموظفين من تطبيق عملية نظافة الأيدي بكل سهولة وسرعة خلال الخمس دقائق التي تستغرقها هذه العملية والتي حددتها «الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بخصوص نظافة الأيدي» (المسودة النهائية) *(http:www.who.int/gpsc/tools.en)*.

وينبغي أن يكون المنتج جاهزاً للاستعمال في اللحظة المتطلبة دون الاضطرار لمغادرة منطقة العمل.

وعادة ما تتحقق أمكنة الرعاية باستخدام مركبات نظافة اليدين التي يحملها الموظفون معهم (بقناني الجيب) أو مركبات فرك اليدين المثبتة على سرير المريض أو المنضدة بجانب سريره (أو في هذه المنطقة). كما أن مركبات فرك الأيدي المثبتة على الترولليات أو الموضوعة على صينية الضمادات أو الأدوية والتي تنقل بعدها إلى منطقة العمل تفي بهذا التعريف.

◄ استشراف المستقبل:

١. يتعين النظر في الجوانب المالية والاقتصادية لأنواع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية للمساعدة على شرح آثارها.

٢. يتعين إطلاع وتثقيف المرضى فيما يخص أهمية نظافة الأيدى ودورهم في دعم النهوض بها.

◄ إمكانية التطبيق:

◄ جميع مرافق الرعاية الصحية التي يتم فيها توفير الرعاية و/ أو المعالجة للمرضى.

◄ فرص إشراك المرضى وأسرهم:

◄ رفع مستوى وعي المرضى وأسرهم/ زوارهم وفي الوقت المناسب للمخاطر التي تتهدد الصحة عندما ترتكب الهفوات في نظافة الأيدي.

◄ توفير المعلومات التي تبرز أهمية تحسين نظافة الأيـدي للمرضى وأسرهم.

◄ تشجيع الموظفين على تنظيف أيديهم أمام المريض قبل ملامسته، ودعوة المرضى إلى سؤال الموظفين عما إذا كانوا قد نظفوا أيديهم قبل المعالجة أم لا، إذا كان ذلك مناسباً من ناحية الثقافة السائدة.

◄ تثقيف المرضى بشأن التقنية الصحيحة لتنظيف الأيدي وتوفير المؤشرات للتأكد من أنهم على علم بالأوقات المناسبة لتنظيف الأيدي.

◄ قوة البينات:

◄ استنادها على الدراسات التجريبية والسريرية والوبائية، والأساس النظري، واتفاق آراء الخبراء.

الجدول ١- العوائق المحتملة أمام التنفيذ

	السياسية	المؤسسية/ الإدارية	الإفرادية/ السلوكية
المالية	◄ الأولويات الصحية المتنافسة ◄ الفشل في وضع مبرر تجاري يشرح المنافع الاقتصادية (- الكلية)	◄ تكاليف البنية الأساسية ◄ تكاليف مركبات فرك اليدين المرتكزة إلى الكحول ◄ الإخفاق في إقناع المديرين والرؤساء بالمنافع الاقتصادية (- الكلية) ◄ العجز عن صناعة مركبات فرك اليدين المرتكزة إلى الكحول ◄ نقص الموظفين ◄ تصميم المرافق	◄ عدم وجود حافز مالي لتعديل الأداء (التعليم المتواصل)
الكيفية	◄ انعدام الالتزام ◄ قصور البنية الأساسية ◄ عدم الالتزام بالتعليم (قبل وأثناء الخدمة)	◄ انعدام الالتزام ◄ عدم دعم الثقافة القائمة ◄ الإخفاق في إقناع المديرين والرؤساء بالمنافع الصحية ◄ فترة تدريب الموظفين عدم كفاية الوقت اللازم لمراقبة الامتثال	◄ قصور إسهام العاملين في الرعاية الصحية ◄ عدم توجيه الحملات نحو الهدف الصحيح ◄ قصور مشاركة المرضى وتمكينهم ◄ عدم الدعم من جانب الثقافة القائمة
المدركة	◄ عدم إدراك عبء الأمراض وفهمه ◄ الشعور بأن نظافة اليدين لم تعد مشكلة	◄ الثقافة التنظيمية الحالية لا توفر الدعم	◄ قصور إسهام رؤساء المؤسسات ◄ قصور إدراك القضايا ذات الصلة ◄ الشعور بأن نظافة اليدين لم تعد مشكلة ◄ عدم الإيمان بأهمية نظافة اليدين من حيث تأثيرها على النتائج المتصلة بالمرضى

العوائق المحتملة أمام التنفيذ:

- هناك عوائق على عدد من المستويات بدءاً بالالتزام السياسي الوطني ووصولاً إلى العامل الصحي الإفرادي. كما يخضع التنفيذ لتأثير مستويات الموارد، والأساليب العامة المتبعة إزاء الكيفية والجودة، والإدراك، ويوجد موجز لهذه العوائق في الجدول ١ أدناه:

مخاطر العواقب غير المتعمدة:

- ازدياد قلق المريض ومقدم الرعاية إذا أسئ ايصال الرسائل والمعلومات.
- قضايا السلامة المرتبطة بإبتلاع منتجات فرك الأيدي القائمة على الكحول والمعدة لمجموعات المرضى من الأطفال، أو مرضى سوء استعمال المواد أو غيرهم من الذين تلتبس عليهم الأمور.
- قضايا القابلية للالتهاب ومخاطر شبوب الحرائق المرتبطة بمواد فرك اليدين القائمة على الكحول رغم أنها مخاطر متدنية جداً. والمنافع المترتبة على هذا النوع من منتجات فرك اليدين التي تفوق هذا الخطر المتدني جداً.

المراجع:

1. *Tikhomirov E. WHO Programme for the control of hospital infections. Chemiotherapia, 1987, 3:148–151.*
2. *Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care units. Lancet, 2003, 361:2068–2077.*
3. *Lazzari S, Allegranzi B, Concia E. Making hospitals safer: the need for a global strategy for infection control in healthcare settings. World Hospitals and Health Services, 2004, 32, 34, 36–42.*
4. *Pittet D Infection control and quality health care in the new millenium, American Journal of Infection Control, 2005, 33(5):258–267*
5. *Starfield B. Is US health really the best in the world? Journal of the American Medical Association, 2000, 284:483–485.*
6. *The Socio-economic burden of hospital acquired infection. Public Health Laboratory Service, 1999.*
7. *Mayor S. Hospital acquired infections kill 5000 patients a year in England. BMJ, 2000, 321:1370.*
8. *Zaidi AK et al. Hospital acquired neonatal infections in developing countries. Lancet, 2005, 365:1175–1188.*
9. *Casewell M, Phillips I. Hands as route of transmission for Klebsiella species. BMJ, 1977. 2:1315–1317.*
10. *Doebbeling BN et al. Comparative efficacy of alternative hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. New England Journal of Medicine, 1992, 327:88–93.*
11. *Webster J, Faoagali JL, Cartwright D. Elimination of methicillin-resistant Staphylococcus aureus from a neonatal intensive care unit after hand washing with triclosan. Journal of Paedicatrics and Child Health,1994, 30:59–64.*
12. *Zafar AB et al. Use of 0.3% triclosan (Bacti-Stat) to eradicate an outbreak of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a neonatal nursery. American Journal of Infection Control, 1995, 23:200–208.*
13. *Pittet D et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet, 2000, 356:1307–1312.*
14. *Larson EL, et al. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. Behavioral Medicine, 2000, 26:14–22.*
15. *Conly JM et al. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. American Journal of Infection Control, 1989, 17:330–339.*
16. *Simmons B et al. The role of handwashing in prevention of endemic intensive care unit infections. Infection Control and Hospital Epidemiology, 1990, 11:589–594.*
17. *MacDonald A et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. Journal of Hospital Infection, 2004, 56:56–63.*
18. *Swoboda SM et al. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. Critical Care Medicine, 2004, 32:358–363.*
19. *Hilburn J et al. Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility. American Journal of Infection Control, 2003, 31:109–116.*
20. *Lam BC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. Pediatrics, 2004, 114: e565–571.*
21. *Won SP et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:742–746.*
22. *Zerr DM et al. Decreasing hospital-associated rotavirus infection: a multidisciplinary hand hygiene campaign in a children's hospital. Pediatric Infectious Disease Journal, 2005, 24:397–403.*
23. *Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. American Journal of Infection Control, 2005, 33:392–397.*
24. *Johnson PD et al. Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection. Medical Journal of Australia, 2005, 183:9–14.*
25. *Pittet D, Boyce JM. Revolutionizing hand hygiene in health-care settings: guidelines revisited. Lancet Infectious Diseases, 2003, 3:269–270.*
26. *Harrison WA et al. Bacterial transfer and cross-contamination potential associated with paper-towel dispensing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:387–391.*
27. *Barker J, Vipond IB, Bloomfield SF. Effects of cleaning and disinfection in reducing the spread of Norovirus contamination via environmental surfaces. Journal of Hospital Infection, 2004, 58:42–49.*
28. *El Shafie SS, Alishaq M, Leni Garcia M. Investigation of an outbreak of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii in trauma intensive care unit. Journal of Hospital Infection, 2004, 56:101–105.*
29. *Sartor C et al. Nosocomial Serratia marcescens infections associated with extrinsic contamination of a liquid nonmedicated soap. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2000, 21:196–199.*

30. Duckro AN et al. Transfer of vancomycin-resistant Enterococci via health care worker hands. Archives of Internal Medicine, 2005, 165:302–307.
31. Passaro DJ et al. Postoperative Serratia marcescens wound infections traced to an out-of-hospital source. Journal of Infectious Diseases, 1997, 175:992–995.
32. Chang HJ et al. An epidemic of Malassezia pachydermatis in an intensive care nursery associated with colonization of health care workers' pet dogs. New England Journal of Medicine, 1998, 338:706–711.
33. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft) 2006.

◄ مصادر أخرى منتقاة:

1. AAOS online fact sheet: Twelve steps to a safer hospital stay: www.orthoinfo.aaos.org/
2. AHRQ Publication No. 01-0040a: www.ahrq.gov/consumer/
3. Centers for Disease Control and Prevention: http://www.cdc.gov/cleanhands/
4. The First Global Patient Safety Challenge: http://www.who.int/gpsc/en/index.html
5. The Joint Commission Speak Up Safety Initiative: www.jcaho.org/general+public/gp+speak+up/infection_control_brochure.pdf
6. National Patient Safety Agency: cleanyourhands campaign: www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands
7. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/
8. NPSF Preventing Infections in the Hospital: www.npsf.org/html/prevent_infections.html
9. Partners in Your Care: www.med.upenn.edu/mcguckin/handwashing/
10. Swiss Noso: http://www.swiss-noso.ch/
11. United States Guidelines on Hand Hygiene: http://www.cdc.gov/handhygiene/
12. University Hospitals Geneva Hand Hygiene Improvement web site: http://www.hopisaffe.ch/
13. World Alliance for Patient Safety: http://www.who.int/patientsafety/en/

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٧

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية
20 Avenue appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
(هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛
عنوان البريد الإلكتروني:bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات متعمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويحتوي هذا المطبوع على الآراء الجماعية للمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية بخصوص سلامة المرضى ولجنته التوجيهية الدولية ولا يمثل بالضرورة مقررات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة.