

ضمان استخدام الأدوية الصحيحة في المراحل الانتقالية من الرعاية



حلول سلامة المرضى

المجلد ١، الحل ٦ | أيار/ مايو ٢٠٠٧

◀ 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 ماسوسستش 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.

◀ بيان المشكلة والأثر:

يتم ارتكاب الكثير من الأخطاء في إنتاج الأدوية ووصفها و صرفها 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:

◀ 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 التأثير، والمستحضرات العشبية، وأدوية المعالجة الترفيحية.

◀ 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.

◀ وضع أتم 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 بالمرضى. والمثال على ذلك أنه لدى تنفيذ عملية برنامج التوفيق بين الأدوية المرتكزة على المرضى، اكتشفت ثلاث مستشفيات في ماسوسستش 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 وإدماة تنفيذ هذه الاستراتيجية بالمشاركة في حملتي «مئة ألف حياة» الولايات المتحدة الأمريكية (٥) و«الرعاية الصحية الأكثر أماناً الآن» بكندا (٨).

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 التاليين وكذلك إعطاؤها إلى المريض كجزء من التعليمات عند التخريج. أما الأدوية التي سيتوقف عن تعاطيها فيجب أن يتخلص منها المريض نفسه في الأوضاع المثل.

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 والصيدالاة 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 البيانات:

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 الآمن 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 والتغذية، وتاريخ التمنيع، وأية رداً 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 عوضاً عن إعادة تصميم نماذج سير العمل.

تكليف أفراد بواجبات لم يتم البت في مدى تأهلهم للاضطلاع بها.

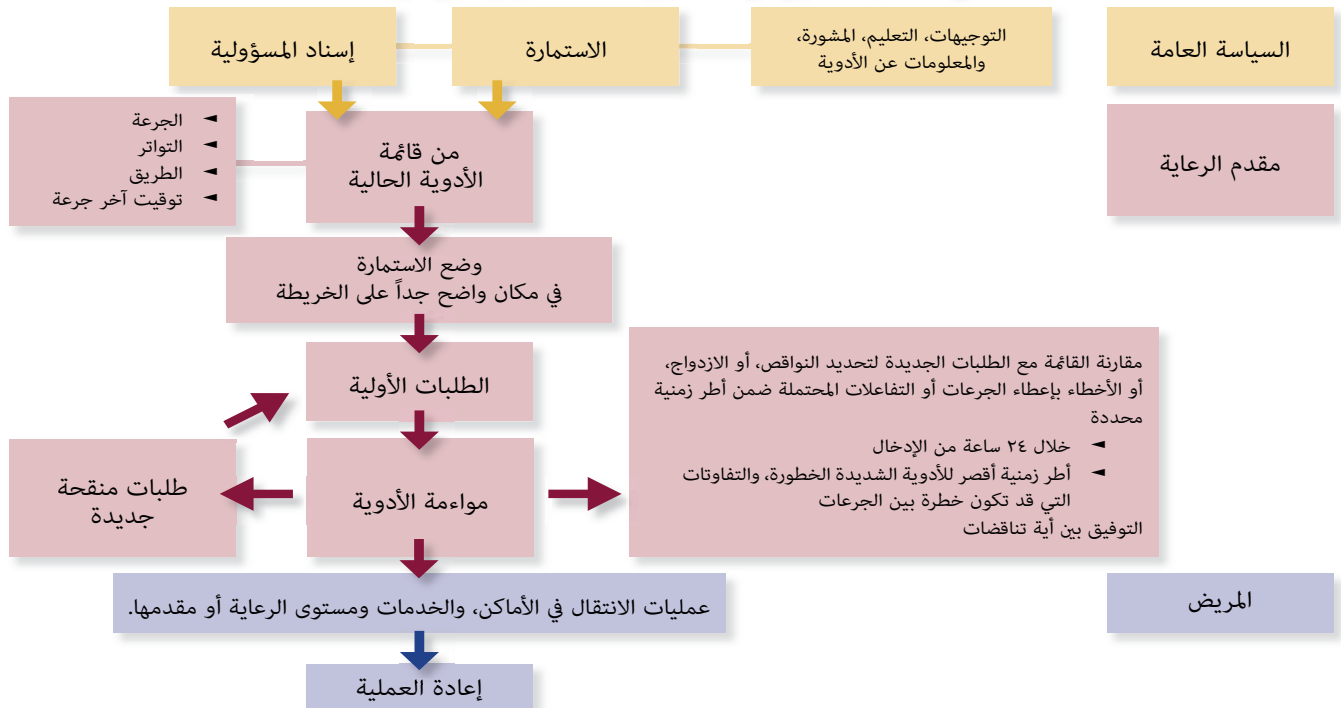
مخاطر العواقب غير المتعمدة:

- 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 يُجرى فيها نفس الجراحين العمليات في أكثر من مستشفى واحد.

- تكريس الوقت اللازم لمواءمة الأدوية في كل لقاء مع المرضى. وتشير التقديرات اللاحقة للتدريب إلى لزوم تكريس: ١٠ دقائق للدخال، و٣٠-٤٥ دقيقة للانتقال من وحدة العناية التاجية، و ١٠ دقائق للتخريج (١٠).
- القصور في استمالة مهنيي الرعاية الصحية وقبولهم بما يفهم الأطباء والممرضات والصيدالة.
- 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.

مثال

على ضمان مضبوطة الأدوية عند تناوب الرعاية



لا يعتبر هذا المثال مناسباً بالضرورة لجميع أماكن الرعاية الصحية.

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.ihl.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/patientafetyFACJune062005.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: ٢٤٧١ ٢٢ ٤١١؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٢٢ ٧٩١؛ ٤١١ ٢٢ ٧٩١)

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 ٢٢ ٧٩١؛ ٤١١ ٢٢ ٧٩١؛ 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 سلطات 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 بيعها 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 بوضوح 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 ضمناً. 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 سياساتها المعلنة.