الممارسات الآمنة
Safe practice

Outline

١. المقدمة

٢. تعاريف

٣. مواصفات الممارسات الآمنة.

٤. العوامل المؤثرة في الممارسات الآمنة:

- عوامل بشرية
- تعقيدات طبية
- قصور الأنظمة
- البيئة

٥. دور التمريض في تطبيق الممارسات الآمنة:

- على مستوى الأفراد:

- الكادر التمريضي

- على مستوى البيئة:

- الفيزيائية

- الغير فيزيائية

٦. الأخطاء الأكثر شيوعاً في سوء الممارسة.

٧. الإجراءات العالمية لتحسين أمان المريض.

٨. تطبيق الممارسة الآمنة في الرعاية الصحية.

٩. المراجع.

أ. عبد الله حسن بكور

المقدمة:

إن سلامة و أمان المرضى تعتبر حجر الزاوية في الرعاية الصحية وفي جودة الخدمات الطبية ،و أهمية المستشفى كونه المكان الذي يقصد للشفاء والمكان المفترض أن يكون على أعلى مستوى من الأمن والسلامة والصحة والذي يتوجب على مديري المستشفيات تحسين الأداء و نوعية وسلامة الخدمات المقدمة إلى المرضى ، وتحسين النتائج كثيراً ما يصحبها انخفاض معدلات إعادة الرعاية الصحية للمرضى وانخفاض معدلات الإصابة بالعدوى في المستشفيات وقلة الأخطاء الطبية بها وتحسين إدارة الأدوية .

إدارة الأمن والسلامة المهنية والصحية أو الجهة أو الادارة المعنية والتي تحمل مسؤولية إدارة الأمن و تطبيق إجراءات السلامة المهنية وملاحظة مستوى الصحة المهنية سواء للعنصر العامل المتمثل في الإدارة والأطباء والممرضين و الفنيين والعمال والمرضى ومن ثم الزوار و أيضا متابعة مستوى السلامة سواء للمبنى أو المعدات التي تستخدم ويتم إعادة استخدامها مثل : الأغطية والشراشف والوسائد والملابس وغيرها أو الأدوات المستعملة و أيضا مواد التنظيف ،وكذلك إجراءات الأمن كحماية كاملة للمباني والعاملين والمرضى والزوار .

التعاريف:

الممارسة الصحية: هي أي عمل أو تطبيق يهدف إلى الرعاية الصحية للمريض .

الأمان: هو غياب وإلغاء كل عوامل الخطر والأذية .

وهناك عدة تعاريف للممارسة الآمنة منها :

الممارسة الآمنة : هي كل إجراء كامل المنفعة والفائدة يهدف إلى تقديم الرعاية الصحية مع غياب أي مخاطر حقيقية أو محتملة على المريض .

الممارسة الآمنة :وهي تلك الأنظمة التي تَتعاملُ مع الأمانِ . إنّ التعبيرَ يُستَعملُ في أغلب الأحيان بارتباط الإجراء مع السلامة والصحة الوظيفية .

الممارسة الآمنة: وهي ممارسات تحدد الطرق التي تُلخّصُ كَيفَ ستُؤدّي ممارسة ما بالخطرِ الأدنى على المرضى ،الأجهزة ،المواد ،البيئة .

مواصفات الممارسة الآمنة:

١-أن تكون محددة:

وهذا يعني أن تكون واضحة ودقيقة بتعريف الإجراء وطرق تطبيق الرعاية الصحية وهي عنصر هام في الممارسة فيجب أن تكون واضحة بشكل كافي لوصف الاحتياجات التي يجب تطبيقها حتى من أشخاص قليلي الخبرة أوالمعرفة ولها نتائج منطقية أثناء تطبيقها بشكل مناسب .

٢-أن تكون مثبتة الفعالية :

يجب أن يكون هناك دليل واضح على فعالية الممارسة وهذه الأدلة لها عدة أشكال منها :

- الأبحاث التي ترِي الصلة المباشرة بين تحسين النتائج السريرية (تقليل الإمراضية و الوفيات) وبين الممارسة .
- المعلومات الناتجة عن الخبرة (الخبرة الطويلة ،الآراء التي ينتج عنها إجماع للممارسة) التي توضح ان الممارسة هي مفيدة ومثبتة بذاتها . مثال : إزالة امبولات كلوريد البوتاسيوم من منطقة العناية بالمرضى نظرا لتشابهها مع امبولات اللازكس وبالتالي إمكانية الخلط بينهما .

٣-الفائدة :

حتى لو كانت الممارسة مثبتة الفعالية يجب أن يكون هناك سبب منطقي لنتوقع أن هناك فائدة في الممارسة عندما تستخدم بشكل أوسع لتنقذ الحياة الناتجة عن خطأ تطبيق الرعاية الصحية وتقليل العجز أو الوفاة وهي إجراءات تقترب لتكون عالمية ينتج عنه دائما فائدة للمريض .

٤-إمكانية التعميم :

يمكن تطبيقها على المرضى بجميع أقسام الرعاية الصحية مثل المرضى بقسم العيادات والمرضى داخل الأقسام .

٥-إمكانية التطبيق :

وذلك ضمن الإمكانيات التقنية المتاحة أو توفر الكادر لتطبيقها .

العوامل المؤثرة في الممارسات الآمنة :

التقرير السنوي للجنة المتحدة حول الجودة و الأمان لعام ٢٠٠٧ وجد أن تقنيات التواصل غير الملائمة بين مزودي العناية الصحية مع بعضهم ، أو بين مزودي العناية الصحية و المريض و عائلته كان أصل سبب أكثر من نصف الأحداث الوخيمة و الخطيرة في المشافي المعتمدة . من الأسباب الرئيسية أيضا التقييم الخاطئ أو الغير مناسب لحالة المريض ، و القيادة السيئة أو التدريب السيئ .

أ. عوامل بشرية :

-الكادر التمريضي :

- الاختلافات و الفروق في مستويات تدريب و خبرة مزودي الرعاية الصحية .
- المستوى التعليمي وسنوات الخبرة .
- سرعة في أداء الخدمات .
- القيم والأخلاق وثقافة الأمان لدى الكادر التمريضي .
- عدم الحفاظ على سرية المعلومات .
- ضعف التواصل بين الكادر التمريضي أو بين الكادر و المريض .
- تنوع حالات المرضى ، ضغوط الوقت .
- الفشل في الإقرار بمدى انتشار و خطورة الأخطاء الطبية .

-المريض :

- ثقافة المريض .
- مستوى التعليم وحدود التفكير لدى المريض .
- الوضع المادي للمريض .
- خبرة المريض للإجراءات السابقة من الإجراءات المنجزة .

ب. تعقيدات طبية :

- أجهزة طبية معقدة .
- تأثير قوي للأدوية .
- التشابه في أسماء بعض أنواع الأدوية .
- العناية المركزة ، طول مدة البقاء في المشفى .

ج. قصور الأنظمة :

- قصور عملية التواصل : عدم وضع حدود للسلطة و تحديد المسؤوليات بين الأطباء ، و الممرضات ، و مزودي الرعاية الآخرين .
- المضاعفات تزداد عند المرضى بالتناسب مع زيادة الكادر التمريضي المتداخل على نفس المريض .
- أنظمة تقديم التقارير غير مترابطة ضمن المشافي .
- الانطباع الذي يبديه أفراد المجموعات الأخرى في المؤسسة عن العمل .
- النقص لدى الأنظمة في مشاركة المعلومات حول عوائق تحليل الأخطاء و الأسباب المساهمة و عوائق استراتيجيات التحسين .
- إجراءات باهظة الكلفة من قبل المشافي كاستجابة لتخفيض التعويضات .

٤-البيئة وعوامل التصميم :

المخاطر المحيطة ضمن بيئة المريض (الصدمة الكهربائية – الحريق – الأشعة) وفي حالات الطوارئ : العناية بالمريض قد تقدم في أماكن غير ملائمة للمراقبة الآمنة . وفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن ٥٠ % من التجهيزات و المعدات الطبية تستخدم بشكل قليل جدا نظرا لقلة مشغلي هذه التجهيزات الخبيرين و قلة المواهب ، و كنتيجة لذلك فإن الإجراءات التشخيصية و العلاجية لا يمكن أن تنجز بشكل تام مما يؤدي إلى تقديم معالجة دون المستوى .

دور التمريض في تطبيق الممارسات الآمنة :

دور التمريض في تطبيق الممارسة الآمنة خلال الرعاية التمريضية :

على مستوى الأفراد :

-الكادر التمريضي :

- خفض نسبة العدوى عند تقديم الرعاية الصحية .
- تطوير فعالية التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية .
- تأمين الأدوات والتجهيزات الطبية اللازمة لتقديم العناية التمريضية .
- يجب تفعيل التواصل بين جميع عناصر الرعاية الصحية في المؤسسة .
- التواصل الفعال بين مقدمي الرعاية والمرضى وذويهم .
- التأكد من صحة التشخيص قبل بدء العلاج .
- معرفة استطبابات الأدوية والآثار الجانبية للأدوية المستخدمة .
- تطبيق قاعدة الصحاح الخمس عند تطبيق العلاج .
- التأكد من صحة الأوامر الطبية الشفوية .
- الوقاية : من خلال تعزيز الصحة ومنع الأذية .
- تدقيق وتوفير المداواة الكاملة خلال استمرار العناية .

- تخفيف معاناة المريض من خلال تشخيص وتدبير استجابة المريض .
- تشجيع تدخل المريض في العناية المقدمة له .
- العمل على تشجيع المريض أن يكون فعالاً ويشارك في العناية التمريضية المقدمة له وان يكون دوره إيجابياً وليس سلبياً .

على مستوى البيئة:

- الفيزيائية:

- تأمين بيئة المشفى من التلوث الخارجي .
- التخلص الآمن من النفايات الطبية(أدوية العلاج الكيميائي والأدوات الحادة مثلا) .
- إجراء الفحوصات الدورية لأقسام المشفى والتأكد من سلامتها .
- المخلفات الطبية الناتجة عن العناية الصحية بالمرضى في المستشفيات أو المخلفات الطبية الناتجة عن عمليات التشخيص أو التحاليل الطبية تحتوي على كميات كبيرة من المواد الخطرة المعدية ذات الآثار الصحية الضارة للأفراد العاملين و المحيطين بهم، هذه المخلفات تحتوي على مواد معدية من ميكروبات وفيروسات سريعة الانتشار ومواد حادة ملوثة بسوائل المرضى و أيضا لاحتواها على مواد كيماوية خطرة على الإنسان و قد تسبب طفرات وتشوهات للأحياء بالبيئة المحيطة و التعامل الخاطئ، و التعرض للمخلفات الطبية قد ينتج عنه أمراض وجروح خطيرة وذلك لوجود عوامل تؤدي إلى ميكروبات شديدة العدوى وفتاكة للإنسان .

❖ أنواع المخلفات الطبية للأدوية الكيماوية السامة بالمرافق الصحية:

١ . المواد الملوثة من تحضير الدواء والأدوات المستعملة في إعطاء المريض مثلاً الحقن و الإبر و أواني التحضير .

٢ . الأدوية المنتهية الصلاحية، والكميات الزائدة عند تحضير الدواء ، و الأدوية الفائضة و الراجعة من الأقسام العلاجية .

٣ . بول وبراز وقيء المريض والذي يحتوي على كميات خطيرة من هذه الأدوية لمدة ٤٨ ساعة و أحيانا أخرى قد تصل لمدة أسبوع من إعطاء المريض الدواء .

٤ . الألبسة الواقية للعاملين (PPE) ذات الاستخدام الواحد مثلا القفازات و أغطية الرأس و الأحذية وغيرها الملوثة بالدواء .

٥ . بقايا علب و زجاجات الأدوية .

٦ . بقايا أكياس وأنابيب البلاستيكية المستخدمة للتغذية الوريدية والتي من خلالها حُقن الدواء إلى جسم المريض .

٧ . القطن وقطع القماش المستخدمة في تنظيف الأدوية الكيماوية المنسكبة .

٨ . الشاش وأربطة المريض الملوثة .

❖ الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة من النفايات الطبية :

١ . الأطباء وطاقم التمريض والعاملين للإصابة من النفايات الطبية .

٢ . المرضى ومن ثم الزائرين للمرفق الصحي .

٣ . العاملين والعاملات بالنظافة والمغسلة ونقل القمامة داخل المشفى أو المركز الصحي .

٤ . عمال المكبات أو المحارق أو الآليات لهذه النفايات .

- الغير فيزيائية :

- وضع سياسة للتعامل مع الأخطار والكوارث .
- تامين بيئة المريض من المخاطر المتواجدة .
- تزويد مقدمي الرعاية الصحية بالإجراءات المعيارية بالتواصل مع قسم الجودة بالمشفى .
- تحديد لجنة خاصة للمتابعة والإشراف على جودة الرعاية المقدمة .
- مواكبة التطورات التكنولوجية في مجال الخدمات الصحية .
- تطوير أنظمة التواصل الفعال بين مستويات مقدم يالرعاية .
- تحديد توصيف وظيفي للكادر (مقدم الرعاية) .
- مواكبة التطورات التكنولوجية .

الممارسات غير الأمنة الأكثر شيوعاً :

لا تخلو الممارسات التمريضية من أخطاء تتعلق في سوء الممارسة واخترنا هنا بعض الأخطاء الأكثر شيوعا :

- التقييم غير الكافي للمريض : الفشل في مراقبة وتقييم التغيرات في حالة المريض وتسجيل تغير الحالة الطبية للمريض .
- الأخطاء الدوائية : أخطاء الكتابة ، أخطاء إعطاء الدواء .
- التدريب غير الكافي للعاملين : القبول والاعتراف بالأشياء التي لا تستطيع الممرضة القيام بها والفشل باعتبارها معوقات خاصة بها .
- سقوط المريض : ترك المريض وحده دون مراقبة سيكون عرضة لخطر السقوط .
- الخطأ في المعدات والأجهزة .
- ضعف التواصل بين الممرض والمريض : الفشل في ملاحظة التغيرات الفيزيائية في حالة المريض ، الخطأ في التسجيل والتوثيق في التقرير الطبي للمريض ، عدم تقديم النصائح من قبل الممرض المشرف على الوحدة حول الأذيات المحتملة للمريض . مثل جواب الطبيب غير الكافي .
- الفشل في إتباع السياسات و الإجراءات الصحيحة .

الإجراءات العالمية لتحسين أمان المريض :

هناك عدة اجراءات لتحسين تطبيق الممارسة الآمنة وسنتحدث هنا عن أشيع الإجراءات و أكثرها استخداما :

١ . تحديد المريض الصحيح : من خلال استخدام علامتين للمريض على الأقل عند تقديم العناية الصحية . لا تستخدم رقم الغرفة أو الموقع كعلامة فقط .

٢ . تحسين الاتصالات الفعالة بين مقدمي الرعاية الصحية : من خلال الاتصالات الفعلية أو الشفوية مثلاً عن طريق الهاتف . الشخص الذي يتلقى المعلومات يكتب الأوامر كاملة ثم يعيد قراءة الأوامر المطلوبة ثم يتأكد من صحة هذه الأوامر .

٣ . تطوير الأمان في الأدوية ذات الإنذار العالي : من خلال التأكد من اسم المريض والدواء الموصوف له ووقت الدواء وجرعة الدواء وطريقة الإعطاء .

٤ . ضمان الموقع الصحيح والإجراء الصحيح للمريض أثناء تقديم الرعاية الصحية، مثال مريض العمل الجراحي تحديد مكان العمل الجراحي ووقت إجراء العمل الجراحي .

٥ . خفض نسبة العدوى عند تقديم الرعاية الصحية : من خلال تطبيق إجراءات ضبط العدوى .

٦ . تقليل المخاطر المتعلقة بالسقوط.

تطبيق الممارسة الآمنة في الرعاية الصحية :

وهم ثلاثون ممارسة تلخص كافة الممارسات المقدمة من قبل الكادر التمريضي :

١- خلق ثقافة السلامة في الرعاية الصحية .

٢- إعلام المريض بالتفصيل عن أخطار وآثار العمليات الجراحية خصوصاً .

٣- ضمان مستوى كاف من الخبرة والتدريب للأطباء والممرضين .

٤- مشاركة الصيادلة بنشاط في عملية استخدام الأدوية .

٥- في حال تلقى مقدم الرعاية الصحية أمرا شفهيا لإجراء ما يجب عليه تكرار قراءة الأمر والتأكد من المعلومات والتحقق من دقة السمع .

٦- استخدام اختصارات موحدة للجرعات والأدوية والإجراءات .

٧- يجب أن تكون سجلات المريض هي مصدر الوثائق لا أن تكون مستعادة من الذاكرة .

٨- يجب أن تصل المعلومات والتغيرات في أوامر رعاية المريض إلى جميع العاملين الصحيين الخاصين بالمريض .

٩- اطلب من وكيل المريض القانوني إعادة ما قد قاله في موافقته على إجراء ما على المريض .

١٠-إدخال نظام محوسب لتنفيذ أوامر الطبيب .

١١-تنفيذ بروتوكول موحد للحيلولة دون وضع علامات مضللة من الصور الشعاعية .

١٢-بروتوكولات موحدة لجميع الإجراءات الطبية والتمريضية .

١٣-تقييم كل مريض خضع لعملية جراحية اختيارية .

١٤-تقييم كل مريض عند القبول، وبصورة منتظمة لمنع أذيات القرحة الإنضغاطية والإصابة بجلطات الأوردة العميقة .

١٥–منع العدوى جراء وجود قثطرة وريد مركزي .

١٦–تقييم كل مريض قبل الجراحة واتخاذ إجراءات وقائية بناء على هذا التقييم .

١٧–استخدام بروتوكول محدد لحماية المريض المصاب بقصور كلوي .

١٨–تقييم كل مريض عند القبول من خطر سوء التغذية .

١٩–تقييم المريض لوجود مضاعفات الجلطة الدماغية واستخدام تدبير وقائية مناسبة .

٢٠–تطعيم العاملين ضد الأنفلونزا لحمايتهم مع المرضى .

٢١–الحفاظ على مساحات العمل خالية من الفوضى والضوضاء وأن تكون مضاءة جيدا

٢٢– الاهتمام بغسل اليدين الصحيح .

٢٣–توحيد طرق وضع العلامات على الأدوية وتغليفها وتخزينها .

٢٤–البقاء في حالة تأهب حول المخدرات عن طريق الوريد مثل (المواد الأفيونية) .

٢٥–تطبيق الإجراءات الوقائية لمنع العدوى .

٢٦–وضع استراتيجيات لإشراك المستهلكين في تنفيذ الممارسات الآمنة .

٢٧–وضع الحوافز المؤسسية لتنفيذ الممارسات الآمنة .

٢٨–استخدام أرضيات المشفى المتخصصة للحد من السقوط .

٢٩–استخدام لوحة من البلاستيك الخارجي أو حماية الورك لمنع السقوط .

٣٠–تطوير أدوات لتقييم مدى نجاح التنفيذ

المراجع:

1. Issues and trends in nursing (gayle roux , Judith a.halstead) (167 - 190)
2. Http://www.searo.who.int/en/section362_1112.htm.
3. http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Teaching-and-Safety.html.
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Good_safety_practice.
5. http://www.safe-practices.org/
6. http://www.ihsa.ca/resources/safe_practices_procedures.aspx