

הבטחת נכונות תרופתית בעת מעברים בטיפול

פתרונות לבטיחות המטופל

כרך 1, פתרון 6

מאי 2007

תיאור הבעיה והשלכותיה:

טעויות הקשורות בתרופות נפוצות בעת רכישתן, כתיבתן במרשם, חלוקתן, נתינתן וניטורן. עם זאת, הן קורות בתדירות הגבוהה ביותר בעת כתיבת המרשם ובעת נתינתן (1). ההשפעה היא ניכרת, מפני שטעויות תרופתיות גורמות בארצות הברית בכל שנה נזק לכ-1.5 מליון בני אדם ומוות לאלפים אחדים, בעלות של לפחות 3.5 מיליארד דולר לשנה (1). נמצא גם במדינות מתועשות אחרות ברחבי העולם, שאירועים תרופתיים בלתי רצויים הם הגורם המוביל לנזק גופני ולמוות בתוך מערכות הבריאות (2, 3). במדינות אחדות, עד 67% מההיסטוריה של תרופות המרשם למטופלים כוללים טעות אחת או יותר (4), ועד 46% מהטעויות התרופתיות קורות בכתיבת הזמנות חדשות בעת קבלת מטופלים או שחרורם (5). התאמה בין תרופות היא תהליך שנוצר כדי למנוע טעויות בנקודות מעבר של מטופלים (6). התהליך כולל:

- יצירת הרשימה השלימה והמדויקת ביותר שאפשר, אף שההיסטוריה התרופתית הטובה ביותר שאפשר, (BPMH) של כל התרופות שהמטופל נוטל עתה. רשימה זו מכונה גם "רשימת התרופות הבסיסית".
- בהזמנת תרופות, השוואה בין הרשימה לבין ההזמנות בעת קבלת המטופל, העברתו ו/או שחרורו; וזיהוי אי התאמות והבאתן לידיעת איש הצוות שנתן את המרשם; ובמידת הצורך שינוי ההזמנות והבטחת התייעוד של השינויים.
- הוספת ההזמנות החדשות לרשימה כך שהיא תשקף את כל התרופות הנוכחיות של המטופל.
- מסירת הרשימה לנותן הטיפול הבא כאשר המטופל מועבר או משוחרר, ומסירת הרשימה למטופל במועד השחרור.
- שיתוף יעיל של המטופל ומשפחתו בהתאמה בין תרופות הוא אסטרטגיה עיקרית למניעת טעויות במרשמים לתרופות ובמתן תרופות, וכתוצאה מכך לצמצום נזק למטופל.

לדוגמה, מאז ששלושה בתי חולים במסצ'וסטס שבארה"ב הטמיעו תכנית להתאמה בין תרופות, שבה המטופל הוא במרכז, יש בהם ירידה של 85% בממוצע בטעויות תרופתיות על פני תקופה של 10 חודשים (7). מאות צוותים של ספקי טיפול רפואי מפיצים ומקיימים את ההטמעה של האסטרטגיה הזו על ידי השתתפות בקמפינים של K100 חיים בארצות הברית (5) ושל טיפול בטוח יותר עכשיו! בקנדה (8).

סוגיות קשורות:

הטמעה מוצלחת של תכניות כאלה בכל היחידות שבהן משתמשים בתרופות כרוכה באתגרים רבים. הטמעה מוצלחת דורשת תמיכה של המנהיגות; מעורבות פעילה של הרופא, האחיות והרוקח; צוותי הטמעה אפקטיביים; ופגישות ללימוד משותף (9). אתרי האינטרנט של הקואליציה של מסצ'וסטס למניעת טעויות רפואיות, של המכון לשיפור הטיפול הרפואי ושל טיפול בטוח עכשיו! (כוללים ברשימת המקורות), מציעים עתה מבחר דוגמאות להטמעה של תכנית התאמה בין תרופות. גורם חיוני נוסף, שבו תלויה ההתאמה בין התרופות, הוא התאמה בין התרופות שנרשמות למטופל לבין מחלתו ומצבו הבסיסי. למרות שדיון בפעולות של מתן מרשמים, כולל דיון בסיכונים של ריבוי-תרופות (poly-pharmacy), הוא מעבר לטוות של הפתרון הזה, התהליך של התאמה בין תרופות מהווה הזדמנויות לשקול מחדש את ההתאמה של התרופות שמקבל המטופל על פני זמן, מאחר שמצבו יכול להשתנות או כאשר נוצרת מעורבות של כותבי מרשם אחרים.

פעולות מומלצות:

- מומלץ שמדינות החברות בארגון הבריאות העולמי ישקלו את האסטרטגיות הבאות:
1. יבטיחו שמוסדות הטיפול הרפואי יציבו מערכות שעברו סטנדרטיזציה לאיסוף ולתיעוד מידע על כל התרופות הנוכחיות של כל המטופלים, וימסרו את רשימת התרופות למטפלים שמקבלים את המטופל בכל נקודת מעבר (קבלה, העברה, שחרור, ביקור במרפאת חוץ). מוצע שהמידע שייאסף יכלול:
 - תרופות מרשם ותרופות-מדף, ויטמינים, תוספי מזון, מזון אינטראקטיבי בפוטנציה, צמחי מרפא, וסמים להנאה.
 - מינון, תדירות, אופן מתן, מועד המנה האחרונה. כאשר הדבר אפשרי, יש לאמת עם המטופל את רשימת התרופות הבסיסית ולקבוע עד כמה המטופל אכן נוטל בפועל את המינון שנרשם.
 - מקורות התרופות של המטופל. כאשר רלבנטי, יש לערב את הרוקחים בקהילה או את המטפלים הראשוניים באיסוף המידע על רשימת התרופות הבסיסית ובאימותו.
 2. יבטיחו שיש במוסדות הטיפול הרפואי מדיניות ברורה והליכים ברורים, שלפיהם:
 - רשימת התרופות הנוכחית תוצב במקום קבוע ובולט מאד (למשל בגיליון), כך שהמטפלים הרושמים הזמנות לתרופות יוכלו להגיע אליה בקלות.
 - רשימת התרופות הבסיסית תשמש אסמכתא כאשר מזמינים תרופות בעת טיפול במרפאה, או ביחידה לרפואה דחופה, או בשירות תוך כדי אשפוז.
 - תבוצע התאמה בין תרופות (כלומר, השוואה בין רשימת התרופות של המטופל לבין התרופות שהוזמנו, כדי לזהות השמטות, כפילויות, אי התאמות בין התרופות של המטופל לבין מצבו הקליני, טעויות במינון ואינטראקציות פוטנציאליות) בתוך מסגרות זמן מוגדרות (למשל בתוך 24 שעות ממועד הקבלה; במסגרות זמן קצרות יותר במקרה של תרופות בעלות סיכון גבוה, כאשר יש פוטנציאל לשינוי ניכרת במינון, ו/או במועדי הנתינה הצפויים).
 - יבוצע תהליך לעדכון הרשימה כאשר כותבים הזמנות חדשות, כדי לשקף את כל התרופות הנוכחיות של המטופל, כולל תרופות שהוא הביא למוסד ונוטל בעצמו.
 - יבוצע תהליך שיבטיח, שבמועד השחרור רשימת התרופות של המטופל מעודכנת, וכוללת את כל התרופות שהמטופל אמור ליטול אחרי השחרור, כולל תרופות חדשות וקודמות, וכולל תרופות קודמות שנהג בעבר ליטול, הפסיק ליטול ועליו ליטול מחדש. יש למסור את הרשימה לספקי הטיפול הבאים ולמטופל עצמו כחלק מהוראות השחרור. באופן אידיאלי, המטופלים יורקו תרופות שאין להמשיך לקחת.
 - יוקצו באופן נהיר תפקידים ותחומי אחריות לבעלי הכישורים המתאימים, לכל השלבים בתהליך ההתאמה בין התרופות, בסביבה של אחריותיות משותפת. אלה יכולים לכלול את המטפל הראשוני, רופאים אחרים, אחיות, רוקחים ומטפלים אחרים. הכישורים של הנושאים באחריות ייקבעו על ידי המוסד הרפואי במגבלות החוק והתקנות.
 - המידע הרלבנטי וחוות הדעת של הרוקח יהיו נגישים בכל שלב של תהליך התאמת התרופות, במידת האפשר.
 3. יכניסו הכשרה להליכי התאמת התרופות לתכניות הלימודים, לאוריינטציה ולהשתלמויות המקצועיות של המטפלים המקצועיים.

מבט קדימה:

1. יש לפתח כרטיס/טופס סטנדרטי, שהמטופל ישא עימו, ובו פירוט רשימת התרופות הנוכחית שלו.
2. יש לשקול שימוש בתמיכה טכנולוגית וברשומות רפואיות ממוחשבות כדי להקל על תהליך התאמת התרופות.

חוזק הראיות:

מחקרים השוואתיים רבים, ללא ביקורת, מדווחים על ירידה בשיעורי הטעויות התרופתיות אחרי הטמעה מוצלחת של תכניות להתאמה בין תרופות (10 - 12).

ישימות:

בכל הסוגים של מוסדות הטיפול הרפואי.

הזדמנויות למעורבות של המטופל ושל משפחתו:

- תהליך ההתאמה בין תרופות חייב לכלול מטופלים ובני משפחתם כדי להבטיח אפקטיביות מיטבית. עודדו מטופלים להשתתף ותנו להם את הכלים לכך.
- הדריכו מטופלים בדבר שימוש בטוח בתרופות ודאגו שתהיה להם נגישות למידע אמין, רלבנטי ומובן על תרופותיהם.

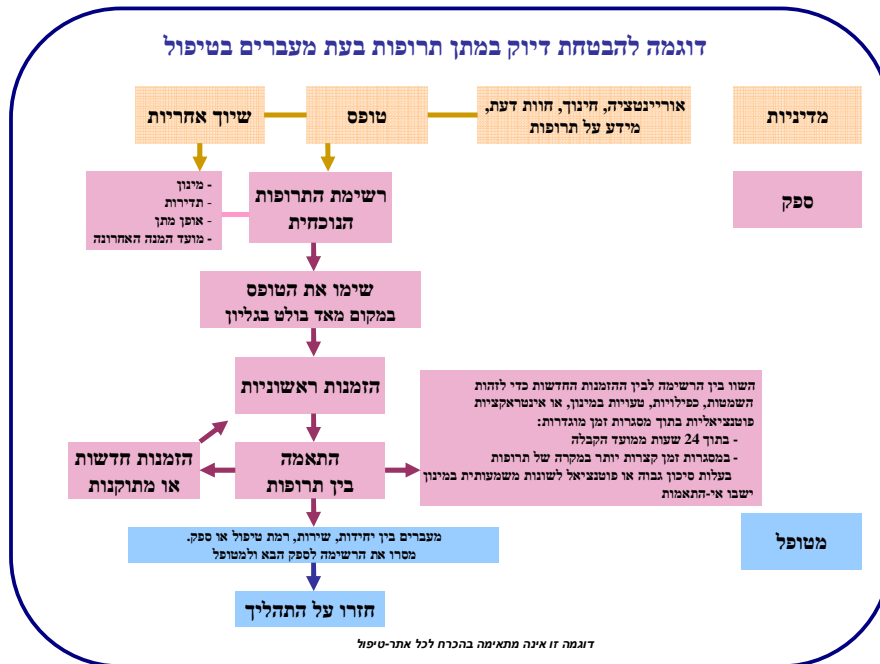
- המטופל מצוי בעמדה הטובה ביותר להיות מודע לכל התרופות שנרשמו לו כשיש ריבוי מטפלים. הציעו למטופלים לשים את כל תרופותיהם בשקית ולהביא אותה עימם בכל פעם שהם מגיעים לבית חולים או לביקור אצל רופא.
- עודדו מטופלים, בני משפחתם וסועדים לשמור רשימה מדויקת של כל התרופות ולתחזק אותה, כולל תרופות מרשם ותרופות מדף, תוספי צמחים ותוספי תזונה, היסטוריה של חיסונים, תגובות אלרגיות לתרופות או תופעות לוואי בלתי רצויות. יש לעדכן את הרשימות הללו ולבחון אותן מחדש יחד עם המטופל/משפחה/סועד בכל פגישה טיפולית.
- הדריכו את המטופלים בדבר סיכוני תרופות, הן כל אחת בנפרד והן צירופים שלהן, ושימו לב במיוחד למטופלים הנוטלים ריבוי תרופות שנרשמו על ידי ריבוי מטפלים.
- עודדו מטופלים ובני משפחתם להשתמש בבית מרקחת אחד, לא רק כספק התרופות אלא גם כמקור מידע על התרופות.
- חשבו על האפשרות של מערכות תמיכה בקהילה, שיסייעו למטופלים לאמת בביתם רשימות של תרופות.

חסמים פוטנציאליים:

- מחויבות להשקיע זמן לפיתוח מדיניות, להכשרת הצוות ולפיתוח טופס.
- איוש בלתי מספיק של צוותים ותפיסה שאיננה הצוותים אינו מספיק.
- הטמעה שאינה יעילה בגלל הוספת תפקידים במקום עיצוב מחדש של דפוסי תזרים העבודה.
- הקצאת תפקידים למי שלא נקבעו כשירים לביצועם.
- מחויבות להקצות זמן להתאמת תרופות בכל פגישה עם המטופל. אחרי הכשרה, ההערכות הן: 10 דקות בעת הקבלה, 30 – 45 דקות במעבר מיחידת טיפול כלילית, ו- 10 דקות בעת השחרור (10).
- העדר שכנוע מצד אנשי המקצוע, כולל רופאים, אחיות ורוקחים.
- העדר שכנוע ותמיכה מצד המנהיגות.
- אי הבנה של המורכבות.
- ברוב המדינות רשומות רפואיות ממוחשבות אינן זמינות.
- הגבלות שמטיל צד שלישי מממן על זמינות של תרופות ועל שיפוי עבורן.
- אין די מחקר שמקובל על הכל, כמו גם נתונים ורציונל כלכלי, שעניינם ניתוחי עלות-תועלת או החזר על השקעה, כדי להטמיע את ההמלצות הללו.

סיכונים לתוצאות בלתי רצויות:

- תוספת זמן להתאמה בין תרופות בכל פגישה עם המטופל.
- מתן מרשמים לא נכונים לתרופות, כתוצאה מקבלת רשימה מהמטופל שאינה מדויקת בפוטנציה.



מקורות:

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 C 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.

מבחר פרסומים אחרים:

1. *Building a case for medication reconciliation. ISMP Medication Safety Alert, 10 (8), 21 April 2005. Link: <http://www.ismp.org/Newsletters/acute/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.*

© World Health Organization 2007

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

This publication contains the collective views of the WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions and its International Steering Committee and does not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.