

## זיהוי המטופל

פתרונות לבטיחות המטופל  
כרך 1, פתרון 2  
מאי 2007

### תיאור הבעיה והשלכותיה:

הכישלון בזיהוי נכון של מטופלים ממשיך לגרום לטעויות בכל תעשיית הטיפול הרפואי, במתן תרופות, בעירוי, בבדיקות, בהליכים שאינם מבוצעים במטופלים הנכונים, ובשחרור ילדים למשפחות שאינן שלהן. בין נובמבר 2003 ליולי 2005, הסוכנות הלאומית לבריאות לבטיחות המטופל דווחה על 236 אירועים וכמעט-טעויות הקשורים בהעדר צמידים או בצמידים שכתוב בהם מידע שגוי (1). המרכז הלאומי לבטיחות המטופל במחלקה לענייני חיילים משוחררים בארצות הברית מזכיר זיהוי שגוי של מטופלים בין ינואר 200 למרץ 2003 ביותר מ-100 ניתוחי סיבות שורש של אירועים (2). למרבה המזל, יש בידינו התערבויות ואסטרטגיות שיכולות לצמצם את הסיכון לזיהוי שגוי של מטופלים.

### סוגיות קשורות:

התחומים העיקריים שבהם יכולה להיות זיהוי שגוי של מטופלים כוללים ניהול תרופות, לקיחת דם, עירוי דם והתערבויות ניתוחיות. המגמה להגביל את שעות העבודה של צוותים קליניים מובילה לגידול במספר המטופלים בכל מטופל, וכתוצאה מכך גדלה הסבירות לבעיות בהעברת מטופלים ולבעיות תקשורת אחרות (3). בהינתן שזיהוי שגוי של מטופלים נחשב סיבת שורש לטעויות רבות, ה-Joint Commission בארצות הברית הציב את השיפור בזיהוי מדויק של מטופלים כמטרה הראשונה מבין המטרות הלאומיות לבטיחות המטופל, שהוצגו ב-2003, והותיר אותו כתנאי לקרדיטציה (4). למרות שבמדינות אחדות משתמשים בדרך כלל בצמידים כדי לזהות מטופלים באשפוז, חוסר בצמידים או מידע שגוי מגבילים את יעילותה של השיטה הזו. קידוד צבעוני של צמידים מקל על זיהוי ויזואלי מהיר של סוגיות ספציפיות, אך העדר שיטת קידוד סטנדרטית הוביל לטעויות בקרב צוותים שנותנים טיפול בריבוי מתקנים (5).

יש טכנולוגיות חדשות יותר, שיכולות לשפר זיהוי מטופלים, למשל ברקוד. חלק מהן הוכיחו את עצמן כחסכוניות (6 - 11).

יהיו אשר יהיו הטכנולוגיה או הגישה לזיהוי מדויק של מטופלים, תכנון קפדני של תהליכי הטיפול יבטיח זיהוי נאות של מטופלים לפני התערבות רפואית כלשהי, וטיפול בטוח יותר שכרוך בהרבה פחות טעויות.

### פעולות מומלצות:

מומלץ שמדינות החברות בארגון הבריאות העולמי ישקלו את האסטרטגיות הבאות:

1. יבטיחו שיש למוסדות הטיפול הרפואי שיטות אשר:

- א. מדגישות קודם כל את אחריות המטפלים לבדוק לפני ביצוע הטיפול את זהות המטופלים ולהתאים את המטופלים הנכונים לטיפול הנכון (למשל תוצאות מעבדה, דגימות, הליכים).
- ב. מעודדות שימוש לפחות בשני מאפייני זיהוי (למשל שם ותאריך לידה), שיאששו את זהות המטופל במועד קבלתו לאשפוז או בעת העברתו לבית חולים אחר או לכל מקום אחר, ולפני מתן טיפול. אין להתייחס אל מספר החדר שבו שוהה המטופל כאל גורם מזהה.
- ג. יוצרות סטנדרטיזציה לזיהוי המטופל במתקנים השונים של מערכת הבריאות - למשל, שימוש בידון זיהוי לבן, שניתן לכתוב עליו דפוס סטנדרטי או סימן ומידע ספציפי (כגון שם ותאריך לידה) - או הטמעה של טכנולוגיות ביומטריות.
- ד. מספקות נהלים ברורים לזיהוי מטופלים חסרי-זיהוי ולהבחנה בין מטופלים בעלי שם זהה. יש לפתח ולהשתמש בדרכים לא-מילוליות לזיהוי מטופלים חסרי הכרה או מבולבלים.

ה. מעודדות מטופלים ליטול חלק בכל שלבי התהליך.

- ו. מעודדות סימון בנוכחות המטופל של כל כלי הקיבול המשמשים לאחסון דם או דגימות אחרות.
  - ז. מספקות נהלים ברורים לשמירת הזיהוי של דגימות המטופל לפני האנליזה, בזמן האנליזה ולאחר האנליזה.
  - ח. מספקות נהלים ברורים לביורר תוצאות מעבדה או ממצאי בדיקות אחרות, כאשר אלה אינם מתיישבים עם ההיסטוריה הקלינית של המטופל.
  - ט. מספקות בדיקות וסקירות חוזרות שמונעות שכפול אוטומטי של נתון שגוי במחשב.
2. ישלבו תרגול הליכי בדיקה ואישוש של זהות המטופל בתוך ההכשרה המקצועית והפיתוח המקצועי של מטפלים.
  3. ידריכו את המטופלים בעניין החשיבות והרלבנטיות של זיהויים הנכון, מתוך רגישות לחשש מפני פגיעה בפרטיותם.

#### **מבט קדימה:**

רצוי לשקול הכנסת מערכות ממוחשבות כדי להקטין את הפוטנציאל לטעויות בזיהוי, היכן שזה אפשרי (כגון רישום הזמנות אלקטרוני, ברקוד, זיהוי באמצעות גלי רדיו, ביומטריה).

#### **חוזק הראיות:**

קונצנזוס של מומחים ודיווחים של מתקנים פרטניים על צמצום משמעותי של טעויות, לאחר שהטמיעו תהליכים משופרים לזיהוי מטופלים.

#### **ישימות:**

בכל האתרים העוסקים בטיפול רפואי.

#### **הזדמנויות למעורבות של המטופל ושל משפחתו:**

- תנו למטופלים מידע על הסיכונים הקשורים בזיהוי שגוי של מטופלים.
- בקשו ממטופלים או מבני משפחתם לאמת מידע מזהה כדי לאשר את נכונותו.
- בקשו ממטופלים לזהות את עצמם לפני נטילת תרופות ולפני כל התערבות אבחנתית או טיפולית.
- עודדו מטופלים, בני משפחה או כל מלווה אחר להיות שותפים פעילים בזיהוי, לבטא חששות הקשורים בבטיחות ובטעויות אפשריות, ולבקש הסברים בעניין נכונות הטיפול.

#### **חסמים פוטנציאליים:**

- קושי להשיג שינוי בהתנהגות כך שכולם יפעלו בהתאם להמלצות, לא יעשו קיצורי דרך ולא ילכו בדרכים עוקפות.
- מוסדות שונים באותו איזור גיאוגרפי נוקטים תהליכים שונים.
- מוסדות אזוריים שונים, שבהם פועלים אותם מטפלים, נוקטים תהליכים שונים (כגון קודים של צבע בצמידים, שמשמעותם שונה ממוסד למוסד).
- עלויות הקשורות בפתרונות טכניים פוטנציאליים.
- שילוב טכנולוגיה בתוך המוסד ובין המוסדות.
- תפיסה של מטפלים שזיהוי חוזר ונשנה של המטופל פוגם במרקם היחסים ביניהם.

- פתרונות טכנולוגיים שאינם לוקחים בחשבון את המציאות של יחידות הטיפול הקליני.
- גידול בעומס העבודה של הצוות ובזמן שמושקע, על חשבון הטיפול במטופל.
- טעויות בהקלדה ובהזנת נתונים בעת רישום מטופלים במערכות ממוחשבות.
- סוגיות תרבותיות, כולל:
  - סטיגמה הקשורה בענידת צמיד זיהוי.
  - סיכון גבוה לזיהוי שגוי של מטופלים כתוצאה ממבנה השם, מדמיון רב בין שמות ומאי דיוקים בתאריכי לידה של מטופלים קשישים.
  - מטופלים הנושאים כרטיס-מטופל של אחרים כדי להיות זכאים לטיפול רפואי.
  - צורת לבוש שמסתירה זהות.
  - יותר ויותר מטופלים ממוצא זר, שאינם מתמצאים בשמות מקומיים.
- 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:**

- עיסוק יתר בעזרים או בפתרונות טכניים ולא-טכניים יבוא על חשבון הערכת תהליכי הטיפול הבסיסיים.
- הסתמכות על פתרונות טכניים בלא התאמה של תהליכי העבודה למערכות התמיכה החדשות.
- הסתמכות על פתרונות טכניים לא מושלמים כאילו היו מושלמים.
- ביטול תהליכי בדיקה אנושיים במהלך ההטמעה של מערכות ממוחשבות.
- שכפול מהיר של טעויות במערכות ממוחשבות הקשורות זו בזו, ובכך הסוואת טעויות בזיהוי של מטופלים.
- סיכון שמערכות זיהוי שעברו סטנדרטיזציה יפגמו בסודיות ובפרטיות של המטופל.

## דוגמה לזיהוי מטופל



דוגמה זו אינה מתאימה בהכרח לכל אתר-טיפול

## מקורות:

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](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](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.jcpatientsafety.org/show.asp?durki=10293&site=164&return=10289>, accessed 11 June 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](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](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](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.healthleaders-media.com/print.cfm?content\\_id=71598&parent=106](http://www.healthleaders-media.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](http://www.silicon-trust.com/trends/tr_healthcare.html), accessed 1 April 2007).

1. Greenly M: *Helping Hippocrates: a cross-functional approach to patient identification*. *Joint Commission 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/](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.

© 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](mailto: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](mailto: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.