

دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده (۷)

راهنمای نحوی اداره بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) در بیمارستان‌ها

ریاست محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

پیرو دستورالعمل مورخ ۷۹/۴/۱۹ مقام محترم وزارت وقت در خصوص نحوه اداره بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) در بیمارستان و نظر به پرسشها و پیشنهادهای متعددی که از سوی دانشگاهها و ادارت تابعه به آن وارد شده بود، پس از انجام بررسی‌های کارشناسی مجدد اصلاحیه کامل دستورالعمل نحوه اداره بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) در بیمارستان با نگرشی که در ذیل آمده جهت بهره‌وری و اجراء اعلام می‌گردد.

۱- هدف از تدوین این اصلاحیه عمل به کوریکولوم آموزشی رشته‌های تخصصی است که در آنها دوره ICU پیش بینی شده است

۲- نفی خط‌کشی بین تخصصهای مختلفی که به صلاح بیمار و جامعه پزشکی نبوده بلکه اصل بر آن است که هر طبیبی به‌کار دست‌زند که آموزش کافی را در آن مورد دیده و تبحر لازم و امکانات درمانی کافی را در اختیار داشته باشد چرا که در حرفه پزشکی مهمترین فرد بیمار است و همگان باید این اصل را محترم بشمارند.

۳- با توجه به گستره وسیع علوم و بالا رفتن سطح دانش در همه رشته‌های پزشکی بهتر است همکاران سعی نمایند با بهره‌گیری از تخصصهای مختلف و انجام کارهای گروهی بهترین درمان را ارائه دهند.

اصلاحیه دستورالعمل نحوه اداره بخش مراقبت‌های ویژه ICU در بیمارستان

ماده ۱:

بخش مراقبت ویژه ICU در هر بیمارستان مطابق با تشکیلات سازمانی بیمارستان و با رعایت مشخصات لازم در ضوابط و ارزشیابی مشخص می‌گردد.

ماده ۲:

ایجاد بخش مراقبت ویژه و توزیع تخت، متناسب با نوع فعالیت بیمارستان و اصل دسترسی آسان برای همه براساس نظام سطح بندی خدمات بستری کشور تعیین می‌شود.

ماده ۳:

تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز بخش مراقبت‌های ویژه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور مصوب مرداد ماه ۱۳۷۶ تعیین می‌گردد و در بیمارستان‌های خصوصی نیز مطابق همین ضوابط خواهد بود.

ماده ۴:

ریاست بیمارستان موظف است یک نفر از پزشکان شاغل در آن بیمارستان را که در مفاد دوره بالینی تخصصی خود دوره ICU (Intensivist) متخصصین بیهوشی، متخصصین داخلی، و متخصصین ریه) پیش بینی شده است را بر اساس قابلیت، تجربه و تبحر علمی و عملی بعنوان ریاست بخش ICU منصوب نماید. (ترکیب ذکر شده تخصصها مبنای تعیین اولویت نمی باشد).

تبصره ۱:

در صورتی که انتخاب رئیس بخش ICU از گروههای فوق امکان پذیر نباشد، ریاست بیمارستان می تواند از سایر گروههای تخصصی که دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاهها را گذرانده باشند یکنفر را بعنوان ریاست بخش انتخاب نماید.

تبصره ۲:

در ICU های تخصصی نظیر NICU، (Neonatal ICU); (pediatric ICU) ، ICU های جراحی، اعصاب یا سوختگی ریاست بخش می تواند از بین گروههای تخصصی مرتبط انتخاب گردد.

تبصره ۳:

شرح وظایف و حقوق اداری مالی ریاست بخش ICU مطابق با ضوابط موجود برای سایر روسای هر گروه تخصصی بیمارستان می باشد.

ماده ۵:

سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه از کارشناسان ارشد هوشبری یا پرستارانی که دوره خاصی تحت عنوان طب مراقبت ویژه را طی نموده اند انتخاب خواهد شد. پرستاران با ۳ سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نیز بعنوان اولویت دوم می توانند به سمت سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه انتخاب شوند.

ماده ۶:

هر شیفت کاری بخش مراقبت ویژه توسط پزشک مقیم ICU اداره می شود و بخش باید به ازاء هر دو تخت یک پرستار و یک کمک بهیار داشته باشد و یک نفر خدمتگزار جهت خدمات عمومی بخش داشته باشد.

تبصره ۱:

بیمارستانهایی که علاوه بر ICU دارای post ICU می باشد پزشک مقیم ICU نظارت درمانی بر بخش POST ICU را نیز بعهده میگیرد.

تبصره ۲:

هر پزشک مقیم ۶ تخت ICU و ۲ تخت POST ICU را همزمان می تواند اداره نماید.

تبصره ۳:

پزشک مقیم ICU پزشکی است که دوره آموزشی ICU مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحصیلات تخصصی خود تحصیل کرده باشد نظیر متخصصین بیهوشی و Intensivist، متخصصین داخلی، متخصصین ریه و یا پزشکانی که دوره تکمیلی مرتبط با ICU را گذرانده باشند می توانند بعنوان پزشک مقیم انتخاب شوند.

تبصره ۴:

دستورالعمل شرح وظایف پزشک مقیم مطابق با مفاد ضمیمه ۱ لازم الاجراست

تبصره ۵:

دوره آموزشی ICU برای پزشکان، بسته به نیاز و شرایط مقتضی و صلاح دید می تواند توسط وزارت متبوع تدوین و برگزار گردد.

ماده ۷:

تعیین درجه بندی بخش مراقبت ویژه براساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستانهای عمومی کشور مصوب مرداد ماه ۱۳۷۶ انجام می شود.

ماده ۸:

خدمات ارائه شده پزشکی که تحت نظر پزشک مقیم در ICU ارائه می شود مطابق با نظام نوین پرداخت، و قوانین جاری محاسبه و پرداخت خواهد شد.

الف) به ازای هر بیمار بستری درصدی از هزینه تخت روز ICU جهت خدمات پزشکی بصورت گلوبال مطابق دستورالعمل شورایعالی بیمه پرداخت خواهد شد.

ب) حق ویزیت پزشک معالج و مشاور طبق روال و برابر مقررات موجود محاسبه می شود.

ج) احتساب عملکرد پزشکان مقیم در ICU با توجه به خدمات درمانی ارائه شده در کل محاسبه و بین پزشکان ICU براساس طرح نظام نوین پرداخت و با نظر ریاست بیمارستان و رئیس بخش ICU تعیین خواهد شد.

د) در صورتیکه بیمار نیاز به اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی غیرمعمول و خارج از ICU داشته باشد طبق مقررات موجود جداگانه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره:

بیمارستانهایی که در بخش ICU پزشک مقیم با شرایط مندرج در این دستورالعمل را ندارند، تعرفه ذکر شده در بند الف) ماده ۸ را نمی توانند دریافت کنند به صورتیکه کسر هزینه خدمات پزشکی قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده ۹:

تمامی بیمارستانهایی که حداقل دارای ۵ تخت ثابت ICU می باشند موظف اند پس از یکسال از تاریخ تصویب این دستورالعمل بخش مراقبت ویژه را با ضوابط آن تطبیق دهند.

تبصره: اجرای دستورالعمل برای بیمارستانهایی که کمتر از ۵ تخت ثابت ICU دارند اجباری نیست.

ماده ۱۰:

خدمات پایه در بخش مراقبت ویژه بر عهده پزشک مقیم است که از بین پزشکان متخصصین داخلی و متخصصین بیهوشی، Intensivist، متخصصین ریه) برگزیده می شوند این خدمات عبارتند از:

الف) ارزیابی بیماران قبل از پذیرش به بخش مراقبت ویژه به صورت معاینه بالینی و درج یافته ها در برگ مشاوره (درخواست شده توسط پزشک معالج اولیه) بعهدده پزشک مقیم می باشد.

ب) در مواردی که ظرفیت واحد مراقبت ویژه محدود است تعیین اولویت پذیرش یا جابجایی بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه با تشخیص پزشکان معالج و مشاور) به مسئولیت پزشک مقیم می باشد.

ج) تصمیم گیری نهایی پس از هماهنگی لازم در مورد دستورات پزشکان معالج و مشاوره بعهدده پزشک مقیم است.

د) خدمات پایه پزشکی برای بیماران بدحال که نیازمند توجه مستمر و ویزیتهای متوالی پزشکی می باشند نظیر پایش بیمار (مانیتورینگ)، کنترل وضعیت بیمار، تجویز دارو و دستورات پزشکی توسط پزشک مقیم انجام می پذیرد

ماده ۱۱:

پزشکان مقیم باید بطور مداوم و شبانه روزی در بخش مراقبت ویژه حضور داشته باشند و ترک بخش ممنوع می باشد شیفتهای مختلف شبانه روزی و تعطیلات با نظر رئیس واحد مربوطه برنامه ریزی خواهد شد.

ماده ۱۲:

پذیرش بیماران در بخش مراقبت ویژه بنا به درخواست پزشک معالج و با تایید پزشک مقیم ICU می باشد

ماده ۱۳:

ریاست بخش، پزشک مقیم و سرپرستار موظف اند، مفاد دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت در ICU (ضمیمه شماره ۲) را مطالعه، رعایت و برانجام آن نظارت نمایند.

بدیهی است این اقدام مبنای ارزشیابی های تخصصی حوزه های معاونین درمان در سراسر کشور برای مراقبت و ارزشیابی خواهد بود. ضمناً سازمانهای بیمه گر نیز براین استناد پرداخت می نمایند.

لطفاً، موضوع را به معاون محترم درمان جهت اطلاع مناسب کلیه واحدهای درمانی تحت پوشش اطلاع و پیگیری لازم را معمول فرمائید.

در ضمن کلیه دستورالعملهای مغایر با این بخشنامه لغو میگردد.

دستورالعمل شرح وظایف پزشک مقیم در ICU (ضمیمه شماره ۱)

ماده ۱: محل اقامت پزشک مقیم در زمان کشیک در اتاقی داخل یا مجاور ICU می باشد. بطوریکه با صرف کمترین زمان بتوان به او دسترسی داشت.

ماده ۲: پزشک مقیم حق ترک ICU را در زمان انجام کشیک ندارد. (مگر در مقاطع زمانی کوتاه جهت انجام مشاوره ها و انجام فرائض و صرف غذا با هماهنگی لازم)

ماده ۳: پزشک مقیم موظف است در زمان تعویض شیفت در ICU حضور داشته و بیماران را به پزشک بعد معرفی و تحویل نماید.

تبصره ۱: بندهای ۱ تا ۳ جهت مراکز ICU بیش از ۴ تخت ثابت الزامی می باشد.

ماده ۴: پزشک مقیم موظف است در اسرع وقت پاسخگوی مشاوره های درخواستی ICU باشد.

بند الف) لازم است انتخاب بیمار برای بستری شدن در ICU براساس اندیکاسیون های کلاسیک انجام گیرد.

بند ب) برای انتخاب بیمارانی که اندیکاسیون بستری در بخش ICU دارند در شرایط مساوی بیمارانی در اولویت قرار می گیرند که شرایط بهره مندی بیشتری از بخش ICU ببرند بطوریکه احتمال مرگ و میر آنها کمتر و بستری شدن در ICU پیش آگهی بهتری را برای آنها ایجاد نماید.

ماده ۵: پزشک مقیم موظف است در بدو ورود از بیمار شرح حال و معاینه کامل بعمل آورده و در پرونده بیمار ثبت نماید. بند الف) لازم است بطور روزانه گزارش پیشرفت سیر بیماری در پرونده ثبت گردد.

بند ب) لازم است اسکور بررسی وضعیت فیزیولوژیک حاد و مزمن سلامت در بدو ورود و در روزهای بعد جهت تعیین پیش آگاهی بیماری در پرونده بیمار ثبت گردد.

ماده ۶: لازم است در بدو ورود بیمار، جهت انجام هرگونه عمل تشخیصی - درمانی و پیامدهای احتمالی در ICU از رضایتنامه ای که توسط پرستار بخش ICU در اختیار تیم یا خانواده درجه یک قرارداد شده است را پزشک مقیم داشته باشد و در پرونده بیمار منظم نماید.

ماده ۷: پزشک مقیم موظف است مفاد دستورالعمل کنترل و پیشگیری عفونت در ICU (ضمیمه شماره ۲) را مطالعه و با همکاری سرپرستار بخش برانجام آن نظارت نماید.

ماده ۸: پزشک مقیم موظف است با همکاری پزشک معالج مربوطه اقدام به تنظیم دستورات لازم روزانه بیمار نماید.

ماده ۹: ترخیص بیمار از بخش ICU بایست با نظر و هماهنگی پزشک معالج انجام گیرد.

سیاستگذاری کنترل عفونت بیمارستانی

دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت در بخش های ویژه ICU

کنترل عفونت در بخشهای ویژه ICU عمدتاً براساس دوماحور مهندسی ICU و مدیریت پرسنلی آن می باشد که کنار یکدیگر لازم و ملزوم یکدیگرند و برای نیل به هدف کنترل عفونت در ICU ها رعایت نکات زیر در هر کدام از این محورها الزامی است.

مهندسی ICU

۱- تناسب مساحت بخش با تعداد تخت ها بایستی فضای کافی در اطراف هر تخت برای وسایل و دسترسی پرسنل به بیمار و وسایل وجود داشته باشد.

۲_ طراحی ICU بگونه ای باشد که هر بیمار در یک اتاقک قرار داشته باشد در صورتیکه بخش بصورت یکدست (Big ward) است بایستی اتاق ایزوله جهت مراقبت از بیماران عفونی وجود داشته باشد.

۳_ در ورودی بخش بایستی یک اتاق مخصوص تعویض لباس پرسنل و شستشوی دست ها جهت کلیه کادر پزشکی وجود داشته باشد.

۴_ موقعیت و تعداد مناسب دستشویی بطوریکه کلیه کادر پزشکی به راحتی بتوانند بطور مکرر دستهای خود را بشویند ترجیحاً وسایل خشک کننده مناسب نظیر خشک کن برقی در نزدیکی هر دستشویی قرار داده شود.

۵_ ایجاد محل های مناسب جداگانه جهت نگهداری وسایل تمیز، شستشوی وسایل و وسایل نظافت بخش

۶_ تعبیه اتاقک مخصوص نگهداری بخش بطوریکه از محیط ICU جدا باشد

۷_ شستشو و ضدعفونی وسایل مراقبتی و درمانی بیماران براساس استانداردهای هر وسیله که توسط کارخانه سازنده توصیه شده و توسط کمیته کنترل عفونت تایید شده باشد نظیر دستگاههای ونتیلاتور و ...

۸_ دسترسی به تعداد کافی وسایل مراقبتی و درمانی بطوریکه زمان کافی برای شست و شو، گندزدایی و سترون سازی وسایل وجود داشته باشد این کار در طولانی مدت از نظر هزینه مقرون به صرفه خواهد بود.

۹_ رعایت اصولی استفاده و مراقبت از وسایلی که در تماس با بیمار می باشد نظیر کاتترهای اداری، عروقی، تنفسی و.....

مدیریت ICU

مدیریت ICU بایستی همزمان به ۳ جنبه توجه داشت.

۱_ پرسنل ۲_ پایش کنترل عفونت ۳_ بیماران

۱_ پرسنل

الف) آموزش: مهارت پرسنل در امور مربوط به ICU بسیار مهم است. بنابراین بایستی آموزش مداوم جهت تکنولوژی جدید و نحوه استفاده از وسایل جدید، بیماریهای نوظهور و مرور روی آموزشهای قبل وجود داشته باشد.

ب) مهارت و تجربه: بهتر است که پرسنل تازه کار را در ICU به کار نگرفت و از تعویض مکرر پرسنل پرستاری در این بخش ها خودداری شود. دانشجویان نیز در آخر دوره های خود دوره آموزشی ICU را بگذرانند و ICU را تجربه اولیه آنها از بخشهای آموزشی نباشد.

ج) مسئولیت: آگاه کردن کادر درمانی از مسئولیت و نقششان در جلوگیری از انتشار عفونت

د) حتی الامکان رعایت نسبت یک به یک پرسنل به بیمار و در صورتیکه این شرایط مقدور نباشد پرسنل مراقبت از بیماران عفونی از بیماران غیر عفونی مجزا باشند.

۲_ پایش کنترل عفونت

الف) نظارت سرپرستار بر رفتار و عملیات کلیه کادر درمانی بطوریکه یک رفتار غلط سریع شناسایی شود و قبل از اینکه بصورت عادت درآید جلوی آن گرفته شود.

ب) نظارت بر کیفیت مراقبتهای درمانی

ج) مراقبت عفونت بیمارستانی، نظارت بر میزان بروز شیوع عفونتهای بیمارستانی، شناسایی عفونت ها و گزارش دهی

۳_ بیماران

الف: بستری نمودن بیمارانی که نیاز به مراقبت ویژه پزشکی دارند نه هر نوع بیماری

ب: ترخیص هر چه سریعتر بیماران از ICU به محض ایجاد وضعیت مناسب پزشکی

ج: تشخیص سریع و دخالت بموقع در عفونت بیمارستانی در هر بیمار و هنگام بروز اپیدمی

اصول عملی کنترل عفونت در ICU

جداسازی بیماران (Isolation):

۱_ جداسازی و حفظ فاصله بین بیماران جدید از بیماران قدیمی تر که احتمال کلونیزاسیون و عفونت دارند. حتی

الامکان پرسنل این بیماران نیز بایستی مجزا باشند و ویزیت بیماران عفونت به عنوان بیمار آخر

۲_ جداسازی بیماران عفونی شده برحسب محل عفونت، راه انتقال، مقدار و نوع ترشحات آلوده، نوع و تهاجم

میکروارگانسیم مربوطه و حساسیت آنتی بیوتیکی آن

۳_ جلوگیری از جابجایی مکرر بیمار در بین بخشهای مختلف بیمارستانی

۴_ مشخص کردن فلور کولونیزه و حساسیت آنتی بیوتیکی آن در هر بیمار و درج در پرونده و گزارش آن هنگام ارجاع

بیمار به واحد دیگر درمانی

۵_ جهت کنترل تردد در بخش رعایت اصول ملاقات ممنوع، برگزاری راند آموزشی در خارج از محل نگهداری بیماران

و انجام راند درمانی بیمار فقط توسط پزشکان مختص آن بیمار

نستشوی دستها

۱_ شستشوی دستها قبل و بعد از تماس با بیمار برای کلیه کادر درمانی اعم از پزشک و پرستار اجباری می باشد بایستی نظارت مستمر توسط سرپرستار یا پزشک مسئول بخش روی این امر مهم وجود داشته باشد و آموزش مداوم داده شود.

۲_ استفاده از مواد صابونی همراه با ضدعفونی کننده مناسب دست ها نظیر کلروهگزیدین بخصوص بعد از تماس با بیماران عفونی ارجحیت دارد.

استفاده از وسایل حفاظتی

۱_ دستکش: برای بیماران عفونی استفاده از دستکش توصیه می شود و بایستی برای هر بیمار از یک دستکش استفاده کرد. استفاده از دستکش به معنای عدم نیاز به شستشوی دست ها نمی باشد.

۲_ گان: برای بیماران عفونی و بیمارانی که کار با آنها احتمال پاشیدگی خون و ترشحات دارد پوشیدن گان مخصوص همراه بیمار لازم است این گان بایستی روزی یک مرتبه عوض شود که در صورتیکه آلودگی ظاهری داشته باشد بایستی فوراً تعویض شوند.

۳_ عینک و ماسک: در صورتیکه هنگام کار با بیمار احتمال پاشیدگی خون و ترشحات به صورت وجود دارد بایستی از عینک و ماسک استفاده شود.

۴_ تعویض لباس: پرسنلی که در تماس مداوم با بیمار هستند نظیر پرستاران بایستی که در هنگام ورود به بخش لباس خود را تعویض نمایند اما پرسنلی که در تماس با بیمار نمی باشد یا کوتاه مدت در بخش حضور دارند نیازی به تعویض لباس جهت ورود به بخش ندارند و در صورتیکه نیاز به تماس با بیمار دارند بایستی از گان ویژه همان بیمار استفاده نمایند.

۵_ جهت ورود به بخش لازم است که از کفش یا دمپایی مخصوص بخش استفاده گردد.