

Pregledni znanstveni članek / Review article

VARNOST NA PODROČJU PREDPISOVANJA IN RAVNANJA Z ZDRAVILI KOT KOMPLEKSEN SISTEMSKI PROBLEM

SAFETY IN THE FIELD OF DRUG PRESCRIPTION AND ADMINISTRATION AS A
COMPLEX SYSTEMIC PROBLEM

Andrej Bračič

Cljučne besede: uporaba zdravil, varnost, odkloni, teorije zdravstvene nege

Key words: use of medications, safety, deviation, nursing theory

IZVLEČEK

Izhodišča: Članek obravnava področje varnosti pri predpisovanju in uporabi zdravil. Prikaže obseg in problem nerazvidnosti odklonov na tem področju v Sloveniji in tujini. Izpostavljeno je vprašanje odnosa in kompetenc slovenskih izvajalcev zdravstvenih storitev do varnosti pri predpisovanju in dajanju zdravil: ali je problem sploh razviden, na kakšen način se soočamo z njim in ali so podatki iz Združenih držav Amerike in Zahodne Evrope primerljivi z razmerami pri nas.

Metode: Uporabljena je deskriptivna raziskovalna metoda s kritičnim pregledom literature. Podatki so bili zbrani iz področne strokovne literature, objavljene v slovenskem, ameriškem in angleškem prostoru.

Diskusija in zaključki: Problem varnosti pri predpisovanju in uporabi zdravil lahko označimo kot sistemski problem, kajti nivo zdravstvenih storitev ni le posledica dela v zdravstvenem sistemu kot takem, temveč nanj vpliva tudi odnos (vseh izvajalcev in prejemnikov zdravstvenih storitev) do sistemskih določil v obliki standardov, protokolov in zakonov. Obseg in posledice odklonov v obstoječi praksi niso razvidni. Verjetnost za odklone povečujejo neprimerne organizacijske in kadrovske okoliščine. Odklone, ki so stvar sistemske napake, lahko odkrijemo z opazovanjem, prijavo, analizo, merjenjem, pregledom dokumentacije, in ne le s prijavo napak posameznikov. Na podlagi takšnega razumevanja in znanja je mogoče oblikovati teorijo, ki bi objektivno opisala razmere v praksi ter razloge za pojav sistemskih odklonov, s čimer bi le-ta postala uporabno vodilo v praksi in temelj za ureditev nedorečenosti na nivoju zakonodaje, standardov in protokolov.

Uvod

Pri delu v klinični praksi se dnevno srečujemo s problematiko varnosti pri predpisovanju in uporabi zdravil. Ob povečanem obsegu metod in postopkov zdravljenja se povečuje tudi količina zdravil na tržišču. Na klinično prakso vplivajo: pravna regulativa – Zakon o pacien-

ABSTRACT

Introduction: The article addresses the issue of safety in prescribing and administration of medications. The aim of the study was to conduct a survey on the scope and transparency of deviations within medical practice in Slovenia and abroad. Its main aim was ascertain the competence and attitude of Slovene health care providers towards the issue. The study was focused on the problem awareness, the modes of coping with the problem and the comparison of the data retrieved for Slovenia, the USA and some Western European countries.

Methods: A descriptive research method was used to systematically describe the phenomenon through a critical review of the relevant literature, published in Slovenia, the United States of America and the United Kingdom.

Discussion and conclusions: The problem of safety in prescribing and administration of medicines can be typified as a systemic problem. The level of quality of medical services is influenced not only by the extant health care systems but also by the attitude of health care providers and recipients towards quality standards, protocols and legislation of the profession. The extent and consequences of deviations in practice are not transparent. The probability of deviations can increase by inappropriate work and staff organisation. Deviations deriving from health care system could be established by careful observation, reporting, analysis, measurement and study of documentation and not only by reporting medical malpractice and negligence of individual health care providers. In order to develop a theory for objective analysis of medical care practice, the knowledge and understanding of causes of systemic deviations are necessary. Thus the basis for the development of guidelines and legal regulations, standards and protocols for practical work can be grounded.

tovih pravicah (Zakon, 2008), ekonomske zahteve in nenazadnje zavedanje bolnikov o njihovih pravicah. Z večjim obsegom dela in večjo količino zdravil se večja tudi možnost napak, neželenih dogodkov ali neželenih učinkov zdravil.

Napake pri predpisovanju in dajanju zdravil so v Združenih državah Amerike (ZDA) velik varnostni, predvsem pa finančni problem, o katerem je veliko govora. Tako se na tem področju izvajajo raziskave in izboljšujejo varnostni ukrepi.

V Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani (UKCLJ) se v okviru sistema za upravljanje z odkloni sistemsko zbirajo prijave odklonov v obliki poročila o neželenem dogodku pri dajanju zdravil. Na tak način je zbranih povprečno štirideset tovrstnih odklonov na približno 100.000 hospitaliziranih pacientov letno. Leta 2005 je bilo na primer zabeleženih le dvaindvajset odklonov v celotnem UKCLJ (Klančnik Gruden, 2008). Prijavljeni odkloni ne pomenijo le napak, pri katerih je prišlo do neželenih učinkov pri pacientih, ampak vse registrirane napake, povezane z zdravilom, kot so zdravilo, dano ob napačnem času, nedano zdravilo ipd. Potrebno je vedeti, da odklone prijavljajo tisti, ki se jim zgodijo, pri čemer ne smemo pozabiti na problem objektivnosti.

Metode

Računalniško iskanje relevantne literature je bilo najprej opravljeno v vzajemni bazi COBIB.SI z naslednjimi ključnimi besedami: odkloni zdravila; varnost zdravila; napake zdravila. Preko portala informacijskih virov Mrežnik Narodne in univerzitetne knjižnice so bili v bazah PubMed, CINAHL in registru Cochrane Library poiskani članki na podlagi naslednjih ključnih besed: medical errors; safety, medications; prescribing medications. Kriteriji za izbor literature so bile vse vrste študij (randomizirane kontrolirane, kontrolirane klinične študije ...), ki so obravnavale varnost na področju predpisovanja, uporabe zdravil in odkrivanja odklonov v bolnišnicah ter so zajemale področje dela medicinskih sester. Iskanje je bilo v obeh primerih omejeno na besedila v slovenskem in angleškem jeziku za obdobje od leta 2000 do 2010. Po pregledu izvlečkov je bil opravljen podrobnejši študij tekstov. V nadaljevanju sta bili pregledani izbrani raziskavi iz Splošne bolnišnice Jesenice in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana ter raziskovalni izsledki, prikazani v publikaciji 2. mednarodne konference o kakovosti in varnosti pacientov iz leta 2009. V decembru 2010 so bile pregledane tudi spletne strani področja kakovosti in varnosti sistema zdravstvenega varstva Ministrstva za zdravje.

Študije odklonov pri uporabi zdravil v slovenskem prostoru

Iz pacientove dokumentacije je razvidno neprimer- no večje število odklonov, kot jih lahko predvidimo z obstoječim zbiranjem le-teh. Slednje je bilo dokazano z raziskavo odklonov, ugotovljenih iz petdeset naključno izbranih pacientovih dokumentacij na Kliničnem od- delku za kirurgijo srca in ožilja. Upoštevajoč le tri vrste

odklonov pri dajanju zdravil (prejeta nepredpisana zdra- vila, neprejeta predpisana zdravila, prejeta druga zdra- vila) so iz dokumentacije ugotovljeni povprečno nekaj manj kot trije odkloni na pacienta dnevno. V omenjeni raziskavi je bilo ugotovljeno, da so pacienti v povprečju prejeli 9,46 (10,3 %) nepredpisanih odmerkov zdravil in 82,3 (89,7 %) predpisanih odmerkov zdravil v času zdravljenja. V 0,24 (0,2 %) primerih pa je medicinska sestra na List zdravnikovih naročil pripisala »po naro- čilu zdravnika«. Ugotovljeno je bilo, da pacienti niso prejeli povprečno 2,72 (3,30 %) posameznih odmer- kov predpisanih zdravil. Če upoštevamo še zamenjavo medsebojno zamenljivih zdravil s strani medicinskih sester, je bilo tako mogoče samo v intenzivni terapiji Kliničnega oddelka za kirurgijo srca in ožilja predvideti približno 12.000 obravnavanih odklonov letno, kar nakazuje na velik razkorak med prijavljenimi odkloni in dejanskim stanjem v praksi (Bračič, 2009).

Iz ankete, izvedene med zaposlenimi medicinskimi sestrami v intenzivni terapiji Kliničnega oddelka za kirurgijo srca in ožilja, je bilo ugotovljeno, da zapo- sleni v zdravstveni negi niso dosledni pri upoštevanju določenih strokovnih smernic za lastno varnost pri uporabi zdravil. Posebej zaskrbljujoč je podatek, da je doslednost obratno sorazmerna z izkušnjami in sto- pnjo izobrazbe. Pri upoštevanju smernic pri uporabi zdravil, kot so dajanje le pisno predpisanih zdravil, so doslednejši mlajši in manj izobraženi. Le približno 60 % anketiranih se zaveda svoje odgovornosti pri dajanju pisno nenaročenega zdravila in le 11 % pri zamenjavi zdravila na podlagi seznama medsebojno zamenljivih zdravil (Bračič, 2009).

Kramar in Marinšek (2010) sta se ukvarjali z ne- skladnostjo pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitev. Izbrana skupina je v Splošni bolnišnici Jesenice opa- zovala medicinske sestre pri delitvi zdravil na oddelku. Ugotovila je, da se s prekinitvami med razdeljevanjem zdravil poveča možnost postopkovne in klinične na- pake za 12–13 %. Najpogostejše postopkovne napake so bile:

- nečitljiv prepis terapije (72 %);
- nepravilen čas aplikacije (74 %);
- odsotnost predpisane generike (74 %);
- odsotnost dvojne kontrole (24 %).

Najpogostejši vzroki za prekinitve medicinskih sester med razdeljevanjem zdravil so: motenje s strani osebja (10,5 %), procesne nepravilnosti (26,5 %), nečitljiv prepis generike oz. doze – iskanje dodatnih informa- cij (31,5 %), potrebe po neposredni zdravstveni negi pacientov (17,5 %), telefonski klici (14 %) (Kramar, Marinšek, 2010).

V vseslovenski raziskavi Varnost uporabe zdravil v bolnišnicah, izvedeni leta 2004, v kateri je sodelovalo trinajst od sedemnajstih povabljenih slovenskih bolni- šnic, je bilo ocenjeno, da le-te večinoma ne izpolnjujejo

mnogih pomembnih dejavnikov, ki so potrebni za varno ravnanje z zdravili in za zmanjšanje tveganja napak (Možina, Brvar, 2009). Avtorja med drugim poročata:

- posebna navodila za ravnanje s posebej nevarnimi zdravili sta imeli le dve bolnišnici;
- nobena bolnišnica nima celovitega ekspertnega računalniško podprtega sistema za predpisovanje zdravil;
- le v četrtini bolnišnic shranjujejo zdravila ves čas v originalni embalaži;
- v nobeni bolnišnici ni klinični farmacevt stalno prisoten na vseh oddelkih;
- izdelana merila za uporabo infuzijskih črpalk ima le tretjina bolnišnic;
- vse bolnišnice imajo le delno primerne prostore za pripravo in razdeljevanje zdravil;
- v dveh tretjinah bolnišnic zdravniki, farmacevti in medicinske sestre med uvajanjem v bolnišnično delo niso dovolj seznanjeni s strategijo zmanjševanja napak;
- zdravniki in medicinske sestre poznajo postopek ukrepanja v primeru napake le v polovici bolnišnic, v drugi polovici pa le deloma;
- v polovici bolnišnic so bolnike o njihovih zdravljenih seznanili le delno; obveščanje bolnikov o napakah je še vedno pomanjkljivo.

Potrebno je poudariti, da so bili podatki zbrani na podlagi ankete med vodilnim kadrom bolnišnice (strokovni direktorji, glavne medicinske sestre, oddelčne medicinske sestre) in tako ne predstavljajo dejanskega popisa obstoječega stanja, saj anketa ni zajemala izvajalcev zdravstvenih storitev.

Pregled tuje literature

Napake, povezane z zdravili, so najpogostejše napake, ki se zgodijo v zdravstveni obravnavi pacientov. Ocenjujejo, da približno 1–2 % vseh hospitaliziranih pacientov utrpí neželene učinke zaradi tovrstnih napak. Študija, ki je zajemala kontrolo 36.200 predpisov zdravil, je ugotovila napake v 1,5 % primerov. 58 % napak izhaja že iz napačnega predpisovanja zdravil (Dean et al., 2002).

V ZDA zaradi posledic napak v povezavi z zdravili bolnišnice potrošijo 3,5 milijarde dolarjev (Fineberg, 2006). V izogib napakam predlagajo računalniško podprt sistem naročanja, ki bi alariral ob napačnih naročilih (nekompatibilnost zdravil, napačna doza ...), spremembi ovojnin zdravil (zdravila z različnimi učinki ne bi smela biti v podobni obojnini) ipd. Primerjalna študija iz Velike Britanije prav tako poroča o napakah v povezavi z zdravili pri 2–14 % hospitaliziranih bolnikov glede na posamezno kliniko. Omenja tudi, da v ZDA poročajo o 7.000 smrtnih primerov na leto zaradi tovrstnih napak. Pri pregledu 36.000 predpisov zdravil

v bolnišnicah Velike Britanije so ugotovili 1,5 % napak. Poročajo o vrstah napak, ki nastanejo predvsem zaradi neprimerne predpisovanja. Zaradi nečitljivosti prihaja do zamenjave zdravil pri pripravi ali do aplikacije napačnega odmerka. Poročajo o zamenjavi pacientov, zdravil, odmerkov pri razdeljevanju zdravil – največkrat zaradi motenj in prekinitev med procesom razdeljevanja (Williams, 2007).

Cohen, Robinson, Mandrack (2003) opredeljujejo več vzrokov za nastanek napak, povezanih z zdravili:

- prekinitev medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil;
- neupoštevanje pravila 5 P;
- prenizek nivo znanja medicinskih sester;
- nečitljivo napisana terapija s strani zdravnika, napačen odmerek zdravila;
- podobna imena in obojnina zdravil.

Ulanimo, O'Leary-Kelley in Connolly (2007) so v svoji študiji ugotovili, da uporaba informacijske tehnologije s črtno kodo možnost napak bistveno zmanjša. Najpogostejši vzrok napak, ki se kljub temu dogodijo, je zanemarjanje pravila 5 P s strani medicinske sestre zaradi utrujenosti in izčrpanosti.

Na podlagi opazovanja so Biron, Lavoie-Tremblay, Loiselle (2009) potrdili, da medicinske sestre navajajo prekinitev kot pomemben element pri pojavljanju napak. Barclay (2010) ugotavlja, da se ob vsaki prekinitvi poveča možnost za postopkovno napako za 12,1 %, med tem ko se možnost za klinično napako ob vsaki prekinitvi poveča za 12,7 %. Odkril je pomembno povezavo med pogostostjo prekinitev in številom napak pri razdeljevanju zdravil. Dokazi iz druge študije trdijo, da se največ motenj zgodi v prostoru, kjer se zdravila pripravljajo (Potter et al., 2005). Novejša opazovalna študija je ugotovila, da so najpogostejši vzroki za motnje telefonski klici (Palese et al., 2009). Westbrook in sodelavci (2010) so v študiji, ki je potekala v več avstralskih bolnišnicah, ugotovili, da se z vsako prekinitvijo oziroma motnjo med postopkom priprave in razdeljevanja zdravil poveča možnost napake. Tveganje za nastanek napake pri razdeljevanju zdravil se podvoji, če je medicinska sestra pri delu prekinjena štiri- ali večkrat.

Druge vrste študij dokazujejo napake, povezane z zdravili, kot posledice napačnega predpisovanja imen ali napačnega načina aplikacije zdravil. Lesar (2002) opisuje neželene učinke pri 12 % pacientov z 0,7 % smrtnostjo, pri katerih je prišlo do tovrstne napake. Ta študija navaja tudi, da je tovrsten problem preslabo raziskan in podcenjen.

Študija iz sosednje Italije opisuje kombinacijo več vzrokov, ki privede do napak. Opisujejo, da sovplivanje različnih vzrokov, kot so neprimerno delovno okolje, kompleksni procesi, neprimerna komunikacija med zdravniki in medicinskimi sestrami, za posledico naša nastanek napak (Velo, Minuz, 2009).

Pri sistemskem upravljanju z odkloni se v ZDA so očajajo s tako imenovanim principom potisni – potegni. Tako si v zdravstvenem sistemu na eni strani prizadevajo zmanjšati nadzor s strani države, na drugi strani pa zmanjšujejo odgovornost posameznikov. Slednje skušajo kompenzirati z ustanovitvami tako imenovanih »podaljšanih rok« državnih organov v obliki komisij, ki urejajo regulative na področju kakovosti in varnosti. Takšni organi so: Commission for Healthcare Regulatory Excellence, National Patient Safety Agency in Healthcare Commission. V okviru sistemov, ki se ukvarjajo z varnostjo, se odvijajo nasprotujoči si procesi. Na eni strani se promovira odprta, učeča se kultura, kjer se zaposleni v zdravstveni negi nenehno izobražujejo, prilagajajo in izboljšujejo svojo prakso. Na drugi strani se postavljajo zahteve po standardizaciji dela, kjer naj bi zaposleni delovali rigidno v skladu s protokoli, s čimer naj bi izključili spreminjanje oziroma prilagajanje (Turner, 2001).

Prepad med teorijo in prakso povzroča upad morale med izvajalci zdravstvene nege, kar ogroža poskuse izboljšanja varnosti pacientov. Zato je smiselno, da je menedžment pozoren na to, da ne ustvarja zgolj lažne varnostne kulture, v okviru katere vzpostavi regulacijske mehanizme, vendar hkrati ne spremeni organizacije dela (Cooke, 2009). Perrow (2004) opozarja tudi, da vzpostavitev varnostne kulture z mehanizmi opozorilnih alarmov in promocije sistema pazljivosti ni dovolj za preprečitev nezgod. Priporoča odprto organizacijo, ki omogoča kontrolo drugim skupinam. Opozarja, da noben notranji regulativ ne more zamenjati nadzora kritične javnosti.

Teoretiki zatrjujejo, da je najučinkovitejše preprečevanje neželenih dogodkov moč doseči s politiko odprtega sistema poročanja o napakah, kar omogoča učenje na lastnih napakah. Tako je zdravstveno ministrstvo v ZDA leta 2001 ustanovilo National Patient Safety Agency, ki ima nalogo vzpostaviti nacionalni sistem poročanja o nezgodah in učenja na napakah (Cooke, 2009). Med drugim opozarjajo, da prerigidni procesi in standardi niso vedno zaželeni. Poudarjajo, da mora varnostna kultura temeljiti bolj na moralni odgovornosti kot na slepi pokorščini do pravil in zato predlagajo celovit model profesionalne odgovornosti, v kateri se lahko vsi v negovalnem timu prepoznajo kot del širše družbe, moralno odgovorne do pacienta (Benner et al., 2002).

Razprava

Maloštevilne raziskave v slovenskem prostoru nakazujejo neurejeno področje zagotavljanja varnosti pri uporabi zdravil. Iz raziskav je moč sklepati na okoliščine, ki povečujejo verjetnost odklonov. Administrativne napake, razvidne iz pacientove dokumentacije, ki neposredno ne ogrožajo bolnika, kažejo na nedoslednost in nedorečenost pri predpisovanju in uporabi zdravil. Zdravstveno osebje varnostnih priporočil pri predpiso-

vanju in uporabi zdravil ne upošteva v celoti oziroma jih ne pozna, pri organizaciji dela v praksi pa se dopuščajo mnoge okoliščine, ki dokazano povečujejo možnost napak. Kompleksnost problema prikazujejo tudi študije iz tujine. Ko medicinska sestra naredi napako zaradi neupoštevanja pravila 7 P, slednjemu običajno botruje paleta okoliščin: časovna stiska, prekinitve s strani nadrejenih ali pacientov, utrujenost po četrti nočni izmeni, neznanje, splošna toleranca nadrejenih do neupoštevanja standardov, nečitljivo predpisano naročilo, neprimerni prostori ipd.

Izvajalci zdravstvene nege se pri svojem delu pogosto znajdejo v precepu, saj so navodila zdravnika oziroma vodstva lahko v nasprotju s strokovnimi ali zakonskimi smernicami. O težavah se veliko govori, vendar ostajajo nerazvidne, saj niso raziskane in dokazane. Tako se zdi, da izvajalci zdravstvene nege delujejo v nasprotju z zakonom, ne da bi se tega zavedali oziroma videli alternativne možnosti. Poleg tega je narava internih strokovnih nadzorov zgolj svetovalna in praviloma ne predstavlja konkretne zahteve po spremembi.

V raziskavi Bračič (2009) je ugotovljeno, da kar 90 % anketirank ni bilo seznanjenih z dejstvom, da se na podlagi seznama medsebojno zamenljivih zdravil medsebojno zamenljivo zdravilo ne sme zamenjati. Splošna praksa je bila sledeča: ko je zdravnik predpisal zdravilo, ki ga ni bilo na voljo, je medicinska sestra dala drugo zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil. Slednje je v neskladju z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (2004) in z Zakonom o zdravilih (2006). Omenjena zakona ter Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (2008) namreč ne urejajo predpisovanja zdravil v bolnišnicah. Tako se v praksi pojavlja kar nekaj okoliščin, ki niso pravno dorečene in se dogajajo dnevno (predpisovanje zamenljivih zdravil, naročanje terapije po telefonu ipd.).

Na nacionalni ravni so znane številne strategije in priporočila: Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (Simčič, 2010), Priporočila o kazalnikih kakovosti (Poldrugovac, Simčič, 2010), Priročnik za oblikovanje kliničnih poti (Marušič, Simčič, 2009), Uvajanje kakovosti v bolnišnice (Robida, 2006), kjer so nanizana nadaljna priporočila: Priporočila za pogovore o varnosti, Priporočila o varnostnih vizitah vodstva. Omenimo naj še dokument Notranja presoja – samoocenjevanje bolnišnice (Robida, 2004), ki med drugim prinaša priporočila za splošne standarde zdravstvene obravnave za bolnišnice. Odprto pa ostaja vprašanje, koliko se ta priporočila v klinični praksi dejansko uporabljajo.

Iz tuje literature je razvidno, da je v zvezi s problemom varnosti pri uporabi zdravil potreben sistemski pristop. Izhodišče v tem procesu predstavlja opredelitev dejanskega stanja in elementov, ki v klinični praksi vplivajo na varnost. Osnovni predpogoj za vsakršno spremembo stanja je objektivni opis obstoječega stanja.

V okviru prikaza podatkov za slovensko zdravstvo je Vidmar (2009) nakazal na razlike med načeli in prakso. V zaključku zapiše: »Razkorak med dostopnim in dejanskim znanjem, med razpoložljivimi in uporabljenimi metodami oziroma med ideali in razširjenimi navadami prikaza podatkov je zaskrbljujoče velik.« Zato je potrebno razvideti dejansko stanje v klinični praksi.

Iz pacientove dokumentacije je razvidno pravilno predpisovanje in beleženje danih zdravil. Z ustrežno vzpodbudo je mogoče k raziskavam pritegniti izvajalce zdravstvenih storitev, ki bi z beleženjem na delovnem mestu dokazali prisotnost in obseg določenih postopkov (zdravnikova naročila po telefonu, način predpisovanja zdravil in čas trajanja vizite, zamenjava medsebojno zamenljivih zdravil ...). Potrebno je ugotoviti, zakaj se zaposleni ne držijo standardov. Zakon o zdravstveni negi bi izvajalcu zdravstvene nege moral nuditi pravno oporo in dorečenost pri vseh njegovih aktivnostih. Vsako določilo je dobro zgolj toliko, kolikor se ga upošteva, zato potrebujemo nadzorne organe s konkretnimi pooblastili, na katere se posamezni izvajalec zdravstvene nege lahko opre. Protokoli in standardi morajo biti sestavljeni tako, da so izvedljivi v praksi glede na obstoječe kadrovske, materialne in ostale vire in obratno – kadrovske normativi morajo omogočati izvedbo standardov. Prav tako je nujna podrejenost organizacijskih smernic strokovnim in ne obratno. V procesu izobraževanja je potrebno na vseh ravneh vzpostaviti politiko, netolerantno do neupoštevanja strokovnih usmeritev, standardov in protokolov.

Robida (2009) je v uvodu v knjigo *Pot do odlične zdravstvene prakse* povzel misli Lorda Kelvina, s katerimi je nekako strnil tudi zgoraj napisano: »Če ne moreš meriti, ne moreš izboljšati. Če nečeš meriti, ne moreš izboljšati! Če ne znaš meriti, ne moreš izboljšati! Če nimaš časa meriti, ne moreš izboljšati! Če ti ne pustijo meriti, ne moreš izboljšati! Če misliš, da se ne da meriti, ne moreš izboljšati.«

Zaključek

Le dokumentirani rezultati raziskav nam omogočajo boljše razumevanje razmerij med posameznimi koncepti, ki vplivajo na varnost. Na podlagi tega razumevanja in znanja je moč sestaviti teorijo, ki bi morala postati vodilo in temelj za zakonodajo, standardizacijo in protokolizacijo na področju celovite varnosti. Izvajalec zdravstvene nege, ki želi izvajati varno in kakovostno zdravstveno nego, potrebuje tako regulative, obvezujoče tudi za zdravnike ter menedžment, kakor tudi organ s konkretnimi pooblastili, ki bi celoten proces nadziral in po potrebi učinkovito ukrepal. Odprta delovna organizacija postavi najboljši delovni regulativ tako, da omogoči nadzor svojega dela drugim strokovnim skupinam in nadzoru kritične javnosti, kajti če priznamo ali ne, ljudje smo pod drobnogledom drugih doslednejši.

Na dokazih podprta praksa bi morala preseči prakso zaprašenih standardov v predalih.

Ob koncu velja poudariti, da vsi ljudje delamo nape, motiti se je človeško. Osredotočiti se je potrebno na sisteme in procese dela in ne na posameznika, kajti »vsak sistem je odlično sestavljen, da daje rezultate, ki jih daje« (Robida, 2009). Odsotnost raziskav pa pomeni vzdrževanje varljive predstave o rezultatih, kar ima za posledico ohranjanje varnostne kulture na izhodiščni ravni.

Literatura

1. Barclay L. Interruptions linked to medication errors by nurses. *Arch Intern Med.* 2010;170:683–692. Dostopno na: <http://www.medscape.com/viewarticle/720803> (25. 9. 2011)
2. Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch K, Schwed K, Jamison D. Individual practice and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *J Nurs Adm.* 2002;32(10):509–23. <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200210000-00006> PMID:12394596.
3. Biron AD, Lavoie-Tremblay M, Loiselle CG. Characteristics of work interruptions during medication administration. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(4):330–6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01300.x> PMID:19941577
4. Bračič A. Razvidnost, dorečenost, kompetentnost. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.–13. maj Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije* 2009: 213D.
5. Cohen H, Robinson ES, Mandrack M. Getting to the root of medication errors: survey results. *Nursing.* 2003;33(9) 36–45. PMID: 14501514
6. Cooke H. Theories of risk and safety: what is their relevance to nursing? *J Nurs Manag.* 2009;17(2):256–64. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00994.x> PMID:19416430
7. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Saf Health Care.* 2002;11(4):340–4. <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.4.340> PMID:12468694; PMCid:1758003
8. Fineberg HV. We can do more to avoid medication errors. *MedGenMed.* 2006;8(4):31. PMID:17415313
9. Klančnik Gruden M. Poročilo o prejetih prijavih neželenih dogodkov pri izvajanju zdravstvene nege in oskrbe v UKC Ljubljana za leto 2008. Univerzitetni klinični center Ljubljana. 2008: 3. Dostopno na: http://www.kclj.si/portal_ZN/dejavnosti/kakovost/nezeleni_dogodki_08.pdf (4. 10. 2011).
10. Kramar Z, Marinšek N. Neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitev. In: *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. 3. mednarodna znanstvena konferenca, 16.–17. 9. 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 153–61.*
11. Lesar TS. Prescribing errors involving medication dosage forms. *J Gen Intern Med.* 2002;17(8):579–87. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11056.x> PMID:12213138; PMCid:1495084
12. Marušič D, Simčič B, ed. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne_poti/prirocnik_OBLIKOVANJE_KP_slo_170310.pdf (17. 10. 2011).
13. Možina M, Brvar M. Varnost uporabe zdravil v bolnišnicah. *Bilt - Ekon, Organ Inform Zdrav.* 2009;25(Izredna št.):11.

14. Palese A, Sartor A, Costaperaria G, Bresadola V. Interruptions during nurses' drug rounds in surgical wards: observational study. *J Nurs Manag.* 2009;17(2):185–92. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00835.x> PMID:19416421
15. Perrow C. A personal note on normal accidents. *Organ Environ.* 2004;17(1):9–14. <http://dx.doi.org/10.1177/1086026603262028>
16. Poldrugovac M, Simčič B, ed. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_dec_2010/Prirocnik_kazalniki_kakovosti.pdf (17. 10. 2011).
17. Potter P, Wolf L, Boxerman S, Grayson D, Sledge J, Dunagan C, et al. Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *J Nurs Adm.* 2005;35(7/8):327–35. PMID:16077274
18. Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini. Uradni list Republike Slovenije št. 86/2008.
19. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009: 3.
20. Robida A, ed. Notranja presoja – samoocenjevanje bolnišnice – priročnik. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2004. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/prirocniki_in_publikacije/prirocnik_samoocenjevanja.pdf (17. 10. 2011).
21. Robida A, ed. Uvajanja izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/uvajanje_kakovosti_avg_2006/00_uvajanje_izboljsevanja_kakovosti_v_bolnisnice.pdf (17. 10. 2011).
22. Simčič B, ed. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010.
23. Turner B. Risk rights and regulation: an overview. *Health Risk and Society;* 2001;3(1): 9–18. Dostopno na: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/713670179> (26. 9. 2011).
24. Ulanimo VM, O'Leary-Kelley C, Connolly PM. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. *J Nurs Care Qual.* 2007;22(1):28–33. <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200701000-00007> PMID:17149082
25. Velo GP, Minuz P. Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67(6):624–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03425.x> PMID:19594530; PMCID:2723200
26. Vidmar G. Kakovosten prikaz podatkov in slovensko zdravstvo: razkorak med načeli in prakso. Varnost uporabe zdravil v bolnišnicah. Bilt - Ekon, Organ Inform Zdrav. 2009;25(Izredna št.):17.
27. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med.* 2010;170(8):683–90. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.65> PMID:20421552
28. Williams DJP. Medication errors. *J R Coll Physicians Edinb.* 2007;37:343–6. Dostopno na: http://www.rcpe.ac.uk/journal/issue/journal_37_4/Williams.pdf (25. 9. 2011).
29. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.
30. Zakon o zdravilih (ZZdr-1). Uradni list Republike Slovenije št. 31/2006.
31. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB1). Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004.