

Pregledni članek / Review article

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI IN KAKOVOSTI V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

ENSURING SAFETY AND QUALITY IN PAEDIATRIC NURSING CARE

Z. Kramar

*Uprava in vodenje, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

Vsak bolnik naj bi bil deležen varne zdravstvene obravnave. Varnost mora postati prednostna naloga vsakega zdravstvenega strokovnjaka, ki se srečuje z oskrbo bolnikov ne glede na položaj ali poklicno skupino. Zagotavljanje in izboljševanje varnosti zdravstvene oskrbe otrok obsega preprečevanje varnostnih zapletov in ustrezno ukrepanje, če do njih pride. Predvsem moramo poskrbeti za zmanjševanje morebitnih neugodnih posledic in vzpostavitev sistemskih rešitev, usmerjenih v preprečevanje ponovitve neželenih dogodkov. V prispevku predstavljamo najpogostejše napake pri zdravstveni oskrbi otrok in strategije za njihovo preprečevanje oz. zmanjšanje njihove pojavnosti. Predstavljamo tudi vpliv števila diplomiranih medicinskih sester na varno zdravstveno obravnavo otrok in pomembnost osredotočenosti na družino. Podajamo priporočila za preventivno delovanje v pediatrični zdravstveni negi na področju preprečevanja razjed zaradi pritiska, rokovanja z zdravili in zmanjševanja števila katetrskih seps ter vpliv komunikacije in timskega sodelovanja na varnost bolnikov, vključno z vzpostavitvijo kulture varnosti pri zdravstveni oskrbi otrok. Zagotavljanje varnosti in kulture varnosti v pediatriji je kompleksno dogajanje, ki ga ne moremo jasno opredeliti in umestiti v zdravstvene ustanove in vodenje. Zato jo tudi težje uresničujemo in uvajamo v vsakodnevno prakso. Pri tem so odločilni primeren pristop, ustrezna izbira orodij in čim širša podpora zaposlenih.

Ključne besede: varnost bolnikov v pediatriji, izboljšanje kakovosti in varnosti, kultura varnosti, napake, neželeni dogodki.

ABSTRACT

Every patient should receive safe medical treatment and this must be the priority of every health professional who is involved in patient care, regardless of his position or professional group. Provision of and improvement in safe medical care of children means prevention of adverse complications and appropriate action in the case of complications. It is important to take action to decrease the consequences and to formulate systemic solutions to prevent a recurrence of the adverse events. In this article, we would like to show the origin of the most common mistakes in the medical care of children and the strategies to prevent these mistakes or at least reduce their occurrence. Below, we present the influence of the number of graduate RNs on safe medical care of children and the meaning of focusing on the family. We present recommendations for preventive action in paediatric nursing care in the field of prevention of pressure ulcers, handling of drugs, reducing the number of catheter sepsis, the influence of communication and cooperation in the team on patient safety and establishing a safety culture in the medical care of children. It is a complex phenomenon to provide safety and a culture of safety in paediatrics and it is not possible to clearly identify and install it into health institutions and into the leadership. Consequently, it is hard to implement it in everyday practice. Therefore, the approach and choice of tools, and as wide a support of employees as possible, are very important.

Keywords: patient safety in paediatrics, improving quality and safety, culture of safety, errors, adverse events.

UVOD

Varnost bolnikov je kritični sestavni del kakovostne zdravstvene oskrbe v vsaki zdravstveni ustanovi. Postati mora prednostna usmeritev zdravstvenih ustanov in eden najpomembnejših strateških ciljev. Še tako skrbno oblikovane strategije in cilji ne bodo pripeljali do večje varnosti pri obravnavi bolnikov, če v zdravstveni ustanovi zaposleni za to niso motivirani in če izboljšav kakovosti in varnosti ne podpre vodstvo ustanove (1).

Varna zdravstvena obravnava je pravica vsakega bolnika in kot taka prednostna usmeritev delovanja vsakega zdravstvenega strokovnjaka ne glede na položaj ali poklicno skupino (2).

V zadnjih 10 letih je varnost bolnikov postala ključna prednostna naloga večine zdravstvenih sistemov. Začetek v varnost usmerjenega delovanja je poročilo »Motiti se je človeško« (1999), ki je spodbudilo porast raziskav, oblikovanje različnih strategij, izobraževanje osebja in izvajanje ukrepov, usmerjenih na varnost bolnikov (3–5). Leta 2001 je

ameriška akademija za pediatrijo (angl. *American Academy of Pediatrics*, AAP) objavila dokument »Načela varnosti bolnikov v pediatriji« (6), leta 2003 pa še dokument »Preprečevanje napak pri zdravljenju v otroških bolnišnicah« (7). Leta 2007 je AAP izdala zelo odmevno izjavo o varnosti kritično bolnih otrok (8). Vsi predstavljeni dokumenti so imeli pomemben vpliv na znanje in uvajanje varnosti bolnikov v pediatriji.

Pri uvajanju in nenehnemu izboljševanju kakovosti in varnosti ne smemo pozabiti na dejavno vključevanje bolnikov in njihovih svojcev. Robida (9) navaja, da je partnerstvo med bolniki in njihovimi svojci ter osebjem, ki skrbi zanje, med najpomembnejšimi dejavniki uspešnega zdravstvenega sistema in še posebej pomembno pri zdravljenju in celostni zdravstveni oskrbi otrok.

Zlasti pa je pomembno je, da so vsi, ki sodelujejo pri zdravljenju otrok, ustrezno seznanjeni z varnostjo bolnikov ter z najboljšimi praksami na tem po-

membnem področju. Pomembno je tudi poznavanje načinov obvladovanja tveganj, povezanih z oskrbo pediatričnih bolnikov. Za zagotavljanje ustreznih izhodišč sta odločilni predvsem poznavanje kulture varnosti in usmerjenost v preprečevanje nepotrebnih napak in škode pri zdravstveni oskrbi otrok.

POJAVNOST NAPAK PRI ZDRAVSTVENI OSKRBI PEDIATRIČNIH BOLNIKOV

Izsledki raziskav kažejo, da v ZDA zaradi napak vsako leto umre od 44.000 do 98.000 bolnikov, torej v posameznem letu vsak deseti bolnik utrpí škodo za zdravje zaradi napak in ne zaradi zapletov aktualne bolezni (10). Glede na poročila različnih avtorjev je pojavnost neželenih dogodkov 13/1000 odpuščenih bolnikov, starih 0–15 let (11). Malomarnost je vzrok neželenih dogodkov v 7,6 % (12). Kaushal s sodelavci v raziskavi na dveh klinikah poroča o kar 616 napakah pri rokovanju z zdravili (od skupaj 778 predpisanih) (13). Petina napak je opredeljena kot t. i. skorajšnja napaka, 1% napak pa je bolnikom povzročil dejansko škodo. Neželene učinke zdravil so ugotovili pri 2,3 % vseh hospitaliziranih otrok, od tega bi jih lahko preprečili kar 19 %. V različnih raziskavah ugotavljajo, da je 47 % napak posledica rokovanja z zdravili, 11 % napačne identifikacije bolnika, 7 % zamud pri diagnosticiranju ali napak pri diagnozi in 14 % nepravilnega zdravljenja (14, 15). Napake v pediatrični urgentni dejavnosti so največkrat posledica nepravilne identifikacije bolnika, pomanjkljivega znanja zaposlenih v urgentni pediatrični dejavnosti in napak pri izvajanju različnih diagnostično-terapevtskih postopkov, vključno z izračunavanjem ustreznih odmerkov zdravil (16, 17).

V Sloveniji podatkov o pojavnosti neželenih odklonov v zdravstveni oskrbi otrok še nimamo, prav tako tudi ne vemo, kako pogosto so otroci »žrtev« neustrezne zdravstvene oskrbe.

Najbolj pogosti neželeni dogodki v pediatriji so napake, ki nastanejo:

- pri dajanju zdravil (s smrtnim izidom se končajo pogostejše kot pri odraslih) (18–20);
- zaradi okužb osrednjih venskih katetrov (otroci so ogroženi bistveno bolj kot odrasli in tudi ukrepi za preprečevanje katetrskih seps so pri otrocih manj učinkoviti);
- zaradi nezadostne ali nepravilne komunikacije in predaje bolnika med zaposlenimi;
- zaradi pomanjkanja zaposlenih v zdravstveni negi, predvsem diplomiranih medicinskih sester.

POMEN VARNOSTI V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI OSKRBI

Nenehno izboljševanje varnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe otrok zagotavljamo z vzpostavljanjem nujnih pogojev za doseganje varne in kakovostne obravnave pediatričnih bolnikov.

Iz podatkovne baze *Kids Inpatient Database* je razvidno, da se pri otrocih, ki so doživeli neželen dogodek, čas bivanja v bolnišnici podaljša za 2- do 6-krat, smrtnost poveča za 2- do 18-krat, stroški bolnišničnega zdravljenja pa porastejo za 2- do 20-krat. Varnostni incidenti so povezani tudi z resnostjo bolezni in s tipom bolnišnice (izjema so porodne poškodbe) (21).

KADROVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI IN PEDIATRIČNI IZIDI

Predpogoj uspešne zdravstvene organizacije je številčno ustrezno, sposobno in motivirano osebje. V raziskavah poročajo celo o vzročni povezanosti med številom zdravstvenega osebja in splošnim zdravjem prebivalstva (22). Sanders in Cook (23) ugotavljata, da pomanjkanje medicinskih sester v zdravstvenih ustanovah močno vpliva na varnost bolnikov, predvsem zaradi pomanjkanja časa in preobremenjenosti, ki vodita do izgorelosti zaposlenih. Pomanjkanje medicinskih sester se odraža z večjo

smrtnostjo, pogostejšimi bolnišničnimi okužbami, številnejšimi primeri zastoja srca in nastankom razjed zaradi pritiska. Povečano tveganje napak in neželenih dogodkov je največkrat rezultat preobremenjenosti, občutkov nezmožnosti, konfliktov in slabih medsebojnih odnosov. Vzroke lahko iščemo tudi pri vodstvu, ki ne podpira osebja, v pogostejših bolniških odsotnostih in nasilju pri delu. Baldwin s sodelavci (24) ugotavlja, da se preobremenjenost osebja na vseh ravneh zdravstvene oskrbe odraža s stresnim doživljanjem in z nespečnostjo zaposlenih, ki se nenazadnje prav tako izrazita s porastom števila napak in manjšo delovno učinkovitostjo. Izsledki opravljenih raziskav trdno dokazujejo, da je kadrovanje v zdravstveni negi neposredno povezano z izidi zdravljenja.

Zelo pomembni merili kakovosti na področju pediatrične zdravstvene nege sta ocenjevanje bolečine pri otrocih in pojavnost periferne venske infiltracije. Izsledki raziskav kažejo, da sta omenjena kazalnika vzročno povezana s prisotnostjo oz. odsotnostjo diplomiranih medicinskih sester. Leta 2003 je Stratton (25) raziskovala morebitne povezave med izidom zdravljenja otrok in številom osebja v zdravstveni negi. Prepoznala je tesno povezanost med številom diplomiranih medicinskih sester in pogostostjo okužb osrednjih venskih katetrov s posledično sepso ter ugotovila, da je ob zadostnem številu medicinskih sester bistveno manj nezadovoljstva z zdravstveno oskrbo (izraženega s pritožbami staršev).

IZBOLJŠANJE VARNOSTI BOLNIKOV

Za izboljšanje varnosti bolnikov moramo vzpostaviti:

- partnerstvo med vsemi vpletenimi (zdravstvenim osebjem, bolniki, starši);
- učinkovit sistem sporočanja napak (neobtožujoč, zaupen in nepristranski);
- odprto in neobremenjeno sporazumevanje na vseh ravneh;

- organizacijsko kulturo, kjer je varnost prednostna naloga in zavezanost;
- usposabljanje zaposlenih in trening različnih pristopov k reševanju napak;
- sistematično analizo podatkov;
- prenovo bolnišničnega sistema s ciljem preprečevanja napak (26).

Prepoznati moramo tudi dejavnike, ki onemogočajo zmanjševanje števila napak:

- notranji vplivi: pomanjkanje podpore vodilnih struktur, pomanjkanje znanja, pomanjkanje virov;
- zunanji vplivi: strah pred mediji ali tožbami, manjše število osebja zaradi varčevalnih ukrepov (27).

Izzivi pediatrične prakse

Izzivi, ki so značilni za pediatrično zdravstveno nego, so posebej trdovratni, saj imajo močne korenine v tradiciji in ritualih. Tak primer je obravnava bolečine pri dojenčkih in otrocih.

Poseben izziv je zdravstvena nega, ki je osredotočena na družino. Da bi dosegli najboljše rezultate, moramo v obravnavo otroka vključiti vso družino. Pri starših in skrbnikih je dokazano manj postravmatskega stresa, negativnih občutkov in slabe volje, če so vključeni v oskrbo otroka. To velja celo za prisotnost pri oživljanju otroka, kjer veljajo priporočila o možnosti izbire glede prisotnosti pri otrokovem oživljanju (28).

PRIPOROČILA ZA PREVENTIVNO DELOVANJE PRI ZDRAVSTVENI OSKRBI OTROK

Preprečevanje razjed zaradi pritiska

Pri akutno bolnih otrocih se pogosto pojavljajo razjede zaradi pritiska. Pojavnost razjed zaradi pritiska

pri otrocih je različna in znaša 17 % v intenzivni negi po srčnih operacijah, 19 % pri novorojenčkih v intenzivni negi in 26 % pri otrocih v multidisciplinarni pediatrični intenzivni negi. Preventivno delovanje se prične z ocenjevanjem tveganja, ki ga pri otrocih izvajamo s pomočjo modificirane lestvice Braden Q (30).

Dejavniki tveganja za nastanek razjed zaradi pritiska so: zmanjšana pomičnost, vlažnost kože, trenje, strižne sile, bolnikova starost, stanje prehranjenosti, perfuzija tkiva (29), stanje kože, uporaba medicinskih pripomočkov, resnost bolezni ipd.

Pri otrocih se razjede zaradi pritiska pojavljajo na drugih mestih kot pri odraslih. Najpogostejše mesto z razjedami zaradi pritiska je področje glave (okcipitalni del in ušesa), sledijo pete. Sicer je ogroženo tudi vsako področje s poškodovano kožo (npr. glutealno področje, perinej), pogosto v povezavi z dermatitisom zaradi inkontinence (31). Pri preprečevanju in zdravljenju razjed zaradi pritiska se pri otrocih poslužujemo podobnih ukrepov kot pri odraslih (uporaba razbremenilnih blazin, namestitvev v pravi položaj in redno obračanje). Posebno pozornost moramo nameniti tudi pravilni uporabi medicinskih pripomočkov (npr. oksimetra, tubusa, maske, katetra itd.).

Preprečevanje katetrške sepse zaradi težav pri vstavitvi osrednjega venskega katetra

Okužbe katetrov so povezane z večjo smrtnostjo, pogostejšo obolevnostjo in velikimi stroški. Uporaba osrednjih venskih katetrov je neobhodno potrebna, vendar predstavlja veliko tveganje okužbe krvi (sepe), endokarditisa, možganskega abscesa, osteomielitisa in drugih okužb (32).

Strategija za preprečevanje morebitnih neželenih dogodkov, na katere lahko vplivajo medicinske sestre:

- Pravilna izbira vbodnega mesta pri perifernih vstavitvah katetra (npr. silastični kateter): po-

zorni moramo biti na morebitni pojav flebitisa (33), poskrbeti za natančno higieno rok in aseptično tehniko ter obvezno upoštevati osnovni stopenjski postopek pri razkuževanju rok (34).

- Center za kontrolo in preprečevanje bolezni v Atlanti (ZDA) priporoča uporabo osebnih zaščitnih sredstev pri vstavljanju venskega katetra (kapa, maska, sterilni plašč, rokavice, zaščitna rjuha) in razkuževanje kože z 2-odstotno raztopino klorheksidina (35).
- Poskrbimo za pravilno oskrbo vbodnega mesta s sterilnimi, transparentnimi, polprepustnimi oblogami. Pri bolnikih, ki se močno potijo, ali ob izcedku na mestu vboda lahko uporabimo gazo. Oblogo zamenjamo na 7 dni, če je umazana, vlažna, ohlapna, tudi prej (35).
- Kanilo menjamo na 72 ur, kar je povsem varno in hkrati stroškovno učinkovito. Izsledki novejših raziskav kažejo, da tudi uporaba kanile do 96 ur ne predstavlja tveganja za pojav flebitisa (36).

Za dosledno izvajanje strategije moramo zagotoviti:

- usposabljanje zaposlenih;
- uporabo posebnega vozička za oskrbo osrednjih venskih katetrov;
- preverjanje pogostosti menjave katetrov in dokumentiranje;
- vzpostavitev kontrolnih seznamov za zagotavljanje skladnosti s priporočili;
- opolnomočenje medicinskih sester za prekinitvev oz. preprečitev izvedbe postopka, ki ni v skladu s priporočili (36).

Izboljšanje komunikacije in sodelovanja

Napake in nezadovoljiva kakovost zdravstvene oskrbe sta pogosto posledica nepravilnega delovanja sistema in drugih hkrati potekajočih postopkov v zdravstvenih ustanovah. Predvsem se moramo zavedati, da je okolje v zdravstvenih ustanovah kompleksno. Zaposleni se soočamo tudi z omejenim

časom, saj hkrati potekajo različne dejavnosti in ukrepi. V zdravstvenih ustanovah bi morali prevzeti način t. i. odnosne koordinacije, ki pomeni pogosto, pravočasno in natančno komunikacijo, skrbno reševanje problemov, doseganje skupnih ciljev in vzajemno spoštovanje. Tudi Weinstock (37) ugotavlja, da je komunikacija ključni element pri uvajanju varnosti bolnikov.

Pomembna načela pri vzpostavitvi odnosne komunikacije so:

- zgoščeno poročanje (angl. *briefing*), tj. hitro in pogosto poročanje (38);
- primerna asertivnost in kritično izražanje (39);
- skupno oblikovanje jasnih ciljev (40);
- zagotavljanje interdisciplinarnega sodelovanja (41).

Posebno področje zagotavljanja varnosti je tudi področje predaje bolnika med izmenami, timi in enotami. Uvesti je potrebno strukturiran način predaje bolnika, ki zagotavlja prenos pravih informacij ter poveča varnost bolnikov in zagotavlja ustrezno obravnavo (42, 37). V različnih raziskavah so pokazali, da se že s premeščanjem ali predajo bolnika od enega zdravstvenega delavca do drugega povečuje možnost napak. Na to lahko vpliva še izguba informacij pri predaji bolnika med bolniškimi oddelki ali med posameznimi timi v okviru celotne zdravstvene obravnave. Pri predaji bolnika lahko manjkajo pomembne informacije, te pa lahko tudi nepravilno tolmačimo in razumemo. Zaradi komunikacijskih šumov in nedorečenosti je zdravstvena oskrba bolnika nepopolna in ogroža bolnikovo varnost (43).

Kultura varnosti

Varna zdravstvena oskrba je osnovna pravica vsakega državljana Republike Slovenije in Evropske unije. Zato moramo v zdravstvenih ustanovah zagotoviti zanesljiv in učinkovit sistem spremljanja in analiziranja zapletov ter pripravo ukrepov za njihovo preprečevanje. Zdravstvena dejavnost je podro-

čje z visokim tveganjem neželenih dogodkov, ki so lahko posledica procesa zdravljenja in ne le bolezni. Ti lahko privedejo celo do smrti, resnih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Čeprav imajo mnoge bolnišnice in zdravstvene ustanove vpeljana postopke za zagotavljanje bolnikove varnosti, zdravstvena dejavnost še vedno zaostaja za ostalimi industrijskimi in storitvenimi dejavnostmi, ki so uvedle sistemske varnostne procese (44).

Odbor ministrov (44) je leta 2006 sprejel Priporočila glede varnosti bolnikov in preprečevanja neželenih dogodkov v zdravstvu. Vladam držav članic priporoča, da področje varnosti bolnikov postane osnova vseh zdravstvenih politik, še posebno politike stalnega izboljševanja kakovosti in varnosti. V dokumentu so zapisali, da je dostop do varne zdravstvene oskrbe temeljna pravica vsakega državljana v vseh državah članicah (44).

S sprejetimi priporočili želimo izboljšati varnost bolnikov. Najpomembnejša med njimi so:

- vzpostavitev ali okrepitev sistemov poročanja in učenja na podlagi izkušenj ter vključevanje varnosti bolnikov v programe izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev;
- vključevanje bolnikov v oblikovanje varnostnih ukrepov;
- obveščanje bolnikov o zdravstvenih tveganjih in varnostnih vprašanjih;
- izmenjava strokovnega znanja med državami članicami in z ustreznimi mednarodnimi telesi (44).

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu v obdobju 2010–2015 obsega opis celostnega pristopa na področju kakovosti in varnosti. Bistvo strategije in vodenja kakovosti je sistematično izboljšanje znanja izvajalcev ter organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Zapisano je še, da se morajo vsi partnerji v sistemu povezati v smeri doseganja istega cilja, tj. vodenja kakovosti z ustvarjanjem kulture kakovosti ter varnosti. Tudi v Nacionalni strategiji

zdravstvene nege in oskrbe v obdobju 2012–2016 je opredeljeno, da je uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda.

Pomemben element, ki zavira vzpostavitev sistema kulture varnosti bolnikov, je t. i. sindrom ranljivega sistema s tremi »patološkimi« izhodišči: obtoževanjem, zanikanjem in lažno odličnostjo. Vsaka od njih je globoko zakoreninjena v človeški naravi in zato prisotna v okviru skoraj vsake organizacijske kulture posamezne ustanove. Vsi trije patološki elementi so medsebojno povezani in delujejo drug na drugega (45).

Tudi iskanje in kaznovanje krivca je v naši kulturi in v družbi močno zakoreninjeno. Zgolj z opredelitvijo in prepoznavanjem napak kot priložnosti za učenje lahko poročanje o zapletih postane del vsakdanje prakse (46). Obtoževanje posameznika za napake izredno neugodno vpliva na varnost bolnikov. Ta način je še vedno zelo razširjen v zdravstvenih ustanovah in izhaja iz osebnega modela razmišljanja o napakah (47). Kultura varnosti pomeni, da vsi zaposleni v zdravstveni ustanovi v vsakem trenutku delajo tako, da zagotavljajo varno zdravstveno obravnavo bolnikov. Prav tako se moramo zavedati, da je razpravljanje o varnosti pravzaprav razpravljanje o vrednotah (48).

Na tak način bomo vzpostavili pravično kulturo, kjer bodo ljudje lahko sporočali napake, ne da bi se bali posledic. To je odvisno tudi od ukrepanja zdravstvene ustanove, ko do napake pride: ali za napako obtoži posameznika ali išče systemske vzroke. Zato je potrebno splošno zaupanje. Pravična kultura je odvisna tako od vodstva organizacije kot tudi od ljudi, ki delajo z bolniki. To ne pomeni, da posameznik ni odgovoren za svoja dejanja, vendar pa nikakor ni odgovoren za nepopoln sistem, v katerem dela. Pravična kultura spodbuja poročanje o napakah ter razkritje napak znotraj organizacije z namenom učenja in v opravičilo vsem, ki so zara-

di napake utrpeli škodo. Zdravstvena ustanova se mora učiti iz preteklih dogodkov. Če ni sporočanja, se ničesar ne naučimo, podobne napake pa se bodo dogajale tudi v prihodnje (9).

S kulturo pravičnosti bomo lažje vzpostavili varnost ob zavedanju, da se nam napake lahko zgodijo, da se jim ne moremo izogniti in da zanje ljudi ne kaznujemo. Stalno pa skušamo ugotavljati tveganja in pomanjkljivosti v celotnem zdravstvenem sistemu ter hkrati natančno opredeliti ločnico, kaj so vsakdanje napake in kaj očitne ali namerne kršitve (47).

Tako bomo največkrat ugotovili, da vzroki za napake tičijo v sistemih in procesih in ne v ljudeh, ki v nepopolnih sistemih opravljajo svoje delo (46).

Strategija varnosti bolnikov

Za doseganje čim večje varnosti in zmanjšanje števila napak v zdravstveni negi je smiselno vzpostaviti register tveganj oz. delovati preventivno, torej tako, da do napak sploh ne bo prišlo. Zaposlene spodbujamo, da o napakah poročajo in da posnemajo primere dobrih praks s ciljem nenehnega izboljševanja varnosti.

Osnove celovitega pristopa k zagotavljanju varnosti pediatričnih bolnikov vključujejo:

- dvig zavesti in izboljševanje znanja ter prenos najboljših praks o varnosti na področju pediatrije;
- zagotavljanje stalnega izobraževanja za vse zaposlene v zdravstveni ustanovi, vključno z zdravniki;
- spodbujanje kulture varnosti v zdravstvenih ustanovah;
- prepoznavanje trendov zdravstvene nege in področij, kjer je potrebno takojšnje ukrepanje;
- podporo in odgovornost vodstva pri vzpostavljanju varnosti;
- osredotočenost na starše in družino;
- upoštevanje najboljših praks;
- izboljšanje varnosti, predvsem pri rokovanju z

zdravili (dvojni nadzor, preprečevanje motečih dejavnikov pri razdeljevanju zdravil, uvajanje elektronskih dokumentov, vključevanje kliničnih farmacevtov v postopke predpisovanja zdravil, izobraževanje osebja glede zmanjševanja napak pri predpisovanju zdravil, dostop do veljavnih podatkovnih baz ipd.);

- oblikovanje elektronske podpore ob upoštevanju specifičnosti pediatrične oskrbe (50).

ZAKLJUČEK

Zagotavljanje varnosti in kulture varnosti v pediatriji je kompleksen proces, ki ga težko dosledno opredelimo in umestimo v zdravstvene ustanove ter v vsakodnevno prakso. Pri zagotavljanju varnosti so odločilni ustrezen pristop, učinkovita izbira orodij ter čim širša podpora zaposlenih. Pogoj je ustrezna seznanjenost zaposlenih z ukrepi, odločilnimi za zagotavljanje varnosti, npr. natančnim načrtovanjem dejavnosti, vrednotenjem izvedenih ukrepov ter nenehnim spremljanjem morebitnih sprememb. Zavedati se moramo, da ni dovolj, če o pomenu varnosti samo govorimo. Za zagotavljanje varnosti je namreč potrebno storiti mnogo več, predvsem na področjih, kot so vodenje zaposlenih, nenehno učenje ter razvijanje sistemov in procesov, usmerjenih v zadovoljevanje potreb otroka in njegovih staršev. Pediatrična zdravstvena nega je kompleksno področje, ki vključuje obravnavo otrok v različnih razvojnih obdobjih in poudarja neizbežno odvisnost otrok od odraslih. Zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege otrok je nedvomno velik izziv. Tu igrajo pomembno vlogo prav medicinske sestre, ki naj postanejo zagovornice otrokovih pravic in njihove zastopnice pri sprejemanju odločitev na področju varne zdravstvene oskrbe.

LITERATURA

1. Kramar Z. Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni Bolnišnici Jese-
2. Robida A. Varnostni zaplet pri pacientu - nova znanost, stara praksa. V: Reberšek Gorišek J, Kraljič S, ur. Odgovornost v zdravstvu – 19. posvetovanje – Medicina in pravo. Maribor: Univerzitetni klinični center 2010: 18-25.
3. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
4. Levine SR. Guidelines for preventing medication errors in pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther* 2001; 6: 426-42.
5. Joint Commission. 2010 national patient safety goals. (citirano 24.1.2015) Dosegljivo na: URL: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
6. American Academy of Pediatrics, National Initiative for Children's Health Care Quality Project Advisory Committee. Principles of patient safety in pediatrics. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1473-5.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs and Committee on Hospital Care. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics* 2003; 112(2): 431-6.
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient safety in the pediatric emergency care setting. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1367-75.
9. Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave Prosunt; 2013.
10. American Academy of Pediatrics. Safer Health Care for Kids Survey of AAP Committees, Councils, and Sections; Spring 2006.
11. Leonard MS. Patient safety and quality improvement: medical errors and adverse events. *Pediatr Rev* 2010; 31(4): 151-8.
12. Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized pati-

- ents: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324(6): 377-84.
13. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C et al. Medication errors and adverse drug events pediatric inpatients. *JAMA* 2001; 285(16): 2114-20.
14. Suresh G, Horbart JD, Plsek P et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics* 2004; 113(6): 1609-18.
15. Miller MR, Zhan C. Pediatric patient safety in hospitals: a national picture in 2000. *Pediatrics* 2004; 113(6): 1741-6.
16. Barata IA, Benjamin LS, Mace SE, Herman MI, Goldman RD. Pediatric patient safety in the prehospital/emergency department setting. *Pediatric Emergency Care*. 2007; 23(6): 412-8.
17. O'Neill KA, Shinn D, Starr KT et al. Patient misidentification in a pediatric emergency department: patient safety and legal perspectives. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20(7): 487-92.
18. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care* 2007; 16(2): 116-26.
19. Santell JP, Hicks R. Medication errors involving pediatric patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005; 31(6): 348-53.
20. McPhillips HA, Stille CJ, Smith D et al. Potential medication dosing errors in outpatient pediatrics. *J Pediatr* 2005; 147(6): 761-7.
21. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Dept. of Health & Human Services. Dosegljivo na: URL: [http:// www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
22. El-Jardali F, Jamal D, Abdallah A, Kassak K. Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean region: fact, gaps and forward thinking for research and policy. *Human Resourc Health* 2007; 5: 9.
23. Sanders J, Cook G. ABC of patient safety Oxford: Blackwell. Dosegljivo na: URL: <http://sgh.org.sa/portals/0/articles/abc%20of%20patient%20safety%20%28abc%20series%29.pdf>
24. Baldwin DC Jr, Daughety SR, Tsai R, Scotti MJ Jr. A national survey of residents self-reported work hours: thinking beyond specialty. *Academic Med* 2003; 78: 1154-63.
25. Stratton KM. The relationship between pediatric nurse staffing and quality of care in the hospital setting [dissertation]. Denver, CO: University of Colorado Health Sciences Center; 2005. Dissertation Abstract International, 66 (11). DAI-B, 3196584.
26. McFadden KL, Towell ER, Stock GN. Critical success factors for controlling and managing hospital errors. *Qual Manag J* 2004; 11: 61-74.
27. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Exploring strategies for reducing hospital errors. *J Health Manag* 2006; 51(2): 123-35.
28. Sams L, Penn BK, Facticeau L. The challenge of using evidence-based practice. *JONA* 2004; 34(9): 407-14.
29. Zollo MB, Gostisha ML, Berens RJ et al. Altered skin integrity in children admitted to a pediatric intensive care unit. *J Nurs Care Qual* 1996; 11(2) :62-7.
30. Curley MA, Razmus IS, Roberts KE et al. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q scale. *Nurs Research* 2003; 52(1): 22-33.
31. Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med* 2003; 4(3): 284-90.
32. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Pediatrics* 2002; 110(5): e51.
33. Kline AM, LeFlore J. Pediatric catheter-related blood stream infections: latest strategies to decrease risk. *AACN Clin Issues* 2005; 16(2): 185-98.
34. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the health care infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/IDSA hand hygiene task force. *Am J Infect*

- Control 2002; 51(16): S1-45.
35. Centers for Disease Control and Prevention. National nosocomial infections surveillance (NNIS) system report: data summary from January 1992 through June 2003. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
 36. Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA et al. Eliminating catheter-related blood stream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32(10): 2014-20.
 37. Weinstock M. Can your nurses stop a surgeon? *Hospit Health Networks* 2007: 38-48.
 38. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective team work and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: i85-i90.
 39. Bellano R, Goldsmith D, Uchino S et al. A prospective before and after study of a medical emergency team. *Med J Australia* 2003; 179: 283-7.
 40. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T et al. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003; 18(2): 71-5.
 41. Sweet SJ, Norman IJ. The nurse-doctor relationship: a selective review of the literature. *J Adv Nurs* 1995; 22(1): 1.
 42. Blake SC, Kohler S, Rask K, Davis A, Naylor DV. Facilitators and barriers to 10 national quality forum safe practices. *Am J Med Qual* 2006; 21: 323-4.
 43. Amato-Vealey J, Barba MJ, Vealey R. hand off communication: a requisite for perioperative patient safety. *Assoc Perioperat Reg Nurse J* 2007; 88: 765-73.
 44. Evropska komisija za varnost pacientov. Patient safety – making it happen! Luxembourg Declaration on patient safety. Luxembourg: European Commission DG Health and Consumer Protection, 2005.
 45. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 2001; 10 Suppl II: ii21-5.
 46. Vincent C. Patient Safety. 2. izd. Chichester, Velika Britanija: Wiley-Blackwell; 2010.
 47. Reason J. managing the risk of organizational accidents. Aldershot, Velika Britanija: Ashgate; 1997.
 48. Kramar Z. Varnostne vizite in pogovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. V: Kramar Z, Kraigher A, ur. Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks. 3. dnevi Angele Boškin - Zbornik predavanj. Gozd Martuljek: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice 2010; 121-7.
 49. Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave Prosunt; 2013.
 50. American Academy of Pediatrics. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. (citirano 25.4.2016) Dosegljivo na: URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1199>

Kontaktna oseba / Contact person:

Zdenka Kramar, dipl. m. s.
Uprava in vodenje
Pediatrična klinika
Univerzitetni klinični center
Bohoričeva 20
SI-1000 Ljubljana
E-pošta: zdenka.kramar@kclj.si

Prispelo/Received: 3. 5. 2016

Sprejeto/Accepted: 8. 5. 2016