



Rp./

Predpisovanje zdravil -
izziv medicinskim sestram
za prihodnost?



**PREDPISOVANJE ZDRAVIL –
IZZIV MEDICINSKIM SESTRAM
ZA PRIHODNOST?**

Naslov:

PREDPISOVANJE ZDRAVIL – IZZIV MEDICINSKIM SESTRAM ZA PRIHODNOST?

Zbornik prispevkov

Uredniki:

mag. Andreja Kvas, Gordana Lokajner, mag. Peter Požun in Đurđa Sima

Recenzenti prispevkov:

dr. Radojka Kobentar, mag. Andreja Kvas, Gordana Lokajner, mag. Darja Ovijač,
mag. Peter Požun in Đurđa Sima

Prevajalki:

Mojca Pirc in Sara Hajdarević

Jezikovni pregled:

Mojca Hudolin

Izдало in založilo:

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

Za založnika:

Đurđa Sima

Oblikovanje naslovnice:

Tomaž Kvas

Grafična priprava in tisk:

Tiskarna Kalipso d.o.o.

Naklada:

300 izvodov

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2012

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

615.11:614.253.5(082)

PREDPISOVANJE zdravil - izziv medicinskim sestram za prihodnost? : zbornik prispevkov / [uredniki Andreja Kvas ...[et al] ; prevajalki Mojca Pirc in Sara Hajdarević]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2012

ISBN 978-961-92811-7-8

1. Kvas, Andreja

264193024

KAZALO

UVODNE MISLI – Đurđa Sima	IV
1. Predpisovane zdravil s strani medicinskih sester Stališče Mednarodnega sveta medicinskih sester Obravnavano na Kongresu nacionalnih predstavnikov St Julians, Malta, 3. maj 2011	1
2. Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing in Ireland Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem Elizabeth Adams	21
3. Ravnanje z zdravili – nadzor, priprava in dajanje Simona Mitrovič	59
4. Od zanemarljivih zmot do neželenih dogodkov pri uporabi zdravil Andrej Bračič	69
5. Timski pristop k optimizaciji zdravljenja z zdravili v klinični praksi Peter Koren in Janez Toni	79
6. Programi izobraževanja medicinskih sester za predpisovanje zdravil mag. Andreja Čufar	89
7. Ali pacienti upoštevajo priporočila pri zdravljenju z zdravili? Katarina Lokar	95
8. Kronična zdravila za raka prof. dr. Tanja Čufer	103
9. Medijska podoba medicinske sestre v Hrvaški Tanja Lupieri	111

UVODNE MISLI

Naslov 13. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, »Predpisovanje zdravil – izziv medicinskim sestram za prihodnost?«, prinaša spremembe v načinu razmišljanja, učenja in pristopanja tako pri predstavnikih poklicne skupine medicinskih sester in babic ter ostalih poklicnih skupin v zdravstvu kot tudi v pacientskih organizacijah oziroma združenjih.

Angažiranost visoke zdravstvene politike v razvitem delu Evrope v uvanjanju novih pristopov v predpisovanju licenčnih in nelicenčnih zdravilih zagovarja potrebo po optimizaciji dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter izkoriščanju razpoložljivih človeških virov v zdravstvu za zadostitev sedanjih in spremenjajočih se potreb prebivalstva. 13. simpozij spremlja tudi zbornik strokovnih prispevkov, prvi s takšno vsebino v Sloveniji. Nabor prispevkov prinaša izkušnje drugih, ki so skozi zahteven proces uvanjanja medicinskih sester predpisovalk zdravil in pripomočkov šli že pred leti in imajo to prakso uveljavljeno na vseh področjih zdravstvenega sistema, poglede strokovnjakov različnih področij, izhodišča za posodobitev strokovne prakse in uvedbo novih, pacientom prijaznejših, bolj ekonomičnih in učinkovitejših pristopov pri oskrbi pacientov z zdravili in pripomočki, seveda z upoštevanjem sodobnih strokovnih smernic pri ravnanju z zdravili. Zakonodajna podlaga v Republiki Sloveniji, učni program in sodobna vloga timskega pristopa pri ravnanju z zdravili nam omogočajo spoznanje optimalnih standardov za doseganje ciljev varnega, namenskega in učinkovitega delovanja zdravila. Neobravnavane zmote se lahko stopnjujejo v neželene odklone s hujšimi posledicami za paciente, zato smo tudi temu delu posvetili posebno pozornost.

Razumevanje in odziv pacienta na predpisano zdravilo je pomembno izhodišče za doseganje skupnih ciljev, kar je ena od poti do vrnitve zdravja ali njegove ohranitve. To gre z roko v roki z zaupanjem pacientov in njihovih bližnjih, medicinskim sestram in babicam. Zaupanje pa temelji na znanju. In del prispevka k znanju je tudi 13. simpozij Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Zaupanje pa se gradi tudi z javno podobo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, zato smo med proste teme letošnjega simpozija uvrstili medijsko podobo medicinske sestre v tiskanih in avdiovizualnih

medijih, z namenom, da spoznanja kolegic iz sosednje države vključimo v lastno prepoznavanje in bogatenje znanja za pozitivno medijsko predstavitev dela medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

V pričakovanju dobrih odzivov vseh vključenih v dejavnosti poostrenege, varnega, strokovnega, optimalnega in učinkovitega pristopanja k ravnanju z zdravili pošiljamo pričujoči zbornik med naše člane Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, dijake, študente, učitelje, mentorje, zdravnike, farmacevte in zdravstvene politike.

Predsednica DMSBZT Ljubljana

Đurđa Sima



Mednarodni svet medicinskih sester (ICN)¹

Kongres nacionalnih predstavnikov (CNR)²

CNR FORUM³

PREDPISOVANJE ZDRAVIL S STRANI MEDICINSKIH SESTER

Stališče Mednarodnega sveta medicinskih sester

Obravnavano na Kongresu nacionalnih predstavnikov

St Julians, Malta, 3. maj 2011

V članku so predstavljena ključna vprašanja, pa tudi dejavnosti in politika ICN.

Izhodišče

V zadnjih dveh desetletjih opažamo velike spremembe na področju vloge medicinskih sester v številnih državah. Poročilo organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD)⁴ potrjuje, da želijo mnoge države izboljšati izvajanje zdravstvenega varstva skozi pregled vlog zdravstvenih delavcev, vključno z medicinskimi sestrami. Poročilo OECD tako pravi, da bi ustvarjanje razširjenih napre-

1 ICN - Mednarodni svet medicinskih sester

2 CNR - Kongres nacionalnih predstavnikov je najvišji upravljaški in politični organ ICN-a, ki se sestane vsake dve leti in ga sestavljajo nacionalni predstavniki, običajno predsedniki nacionalnih združenj medicinskih sester, članici ICN.

3 CNR forumi so del dejavnosti CNR, ki omogoča manj formalno razpravo med državami članicami, osredotočeno na mednarodne razsežnosti o odprtih temah znotraj zdravstvene nege.

4 Organization for Economic Co-operation and Development (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. Na voljo na:
<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>. Dostopano: 15.12. 2010.

dnih nalog – kompetenc medicinskih sester pomagalo pri dvigu dostopnosti prebivalcev do oskrbe in omejilo stroške zdravstvene obravnave.

V zadnjih desetih letih se je povečalo število držav, kjer so razširjene vloge medicinskih sester že uveljavljene v praksi oziroma so prodrele v politično razpravo. Razlogi za uveljavitev vloge medicinske sestre predpisovalke zdravil, so sledeči:

- povečanje dostopa prebivalcev do zdravstvene oskrbe, zlasti na manj pokritih območjih in za prikrajšane skupine,
- premostitev vrzeli pri oskrbi, ki je posledica pomanjkanja zdravnikov,
- ustvarjanje učinkovitosti pri odzivnosti na zdravstvene probleme prebivalcev,
- povečanje možnosti izbire uporabnikov,
- večji poudarek na delu v korist skupnosti,
- zagotavljanje učinkovitosti pri upravljanju z viri,
- zagotavlja večje doslednosti v praksi predpisovanja zaradi zavezanosti smernicam,
- spoznanje, da so znanje in spretnosti visoko izobraženih medicinskih sester premalo izkoriščeni ter
- spoznanje, da medicinska sestra predpisovalka zdravil lahko prispeva k bolj dosegljivim, cenovno dostopnim in učinkovitim storitvam zdravstvene nege.

Vloga medicinske sestre predpisovalke zdravil se je v različnih državah razvijala različno. V nekaterih so nastale nove napredne vloge, na primer specialist/ka zdravstvene nege (medicinska sestra v napredni praksi), kjer je predpisovanje že vključeno v poglobljeno dodatno izobraževanje, potrebno za to nalogo.

ICN opredeljuje vlogo specialist⁵/specialistke zdravstvene nege oziroma medicinske sestre v napredni praksi kot diplomirano medicinsko sestro/zdravstvenika, ki je pridobil/a osnovna strokovna znanja, veštine kompleksnega odločanja ter klinične kompetence za razširjeno prakso, lastnosti, ki se oblikujejo glede na

⁵ Definicija ICN – Mednarodnega sveta medicinskih sester: Medicinska sestra – specialist/ka (Nurse Specialist) je medicinska sestra, usposobljena nad ravnjo medicinska sestra – generalist, ki je pooblaščena za izvajanje specialistične zdravstvene nege z znanjem na določenem področju, na katerem se izvaja zdravstvena nega (ICN, 2005). Dokumenti ICN pogosteje kot o medicinski sestri specialistu/specialistki v usmeritvah in gradivih govorijo o Advance Practice Nurse.

(V slovenskem prevodu v nadaljevanju besedila zaradi boljše preglednosti in berljivosti, pa tudi lažje razumljivosti, specialistu/specialistko zdravstvene nege enotno zapisujemo v moškem slovničnem spolu.

okolje in/ali državo, v kateri je kvalificiran/a za opravlja poklica. Za pridobitev naziva se priporoča magisterij⁶. Za medicinsko sestro v napredni praksi je lahko predpisovanje le ena izmed komponent razširjenega obsega prakse, poglobljenega znanja in klinične ekspertize, potrebne za vlogo v napredni praksi. Niso vse medicinske sestre v napredni praksi predpisovalke zdravil, tako kot vsi, ki predpi- sujejo, niso medicinske sestre v napredni praksi.

Kot primer lahko vzamemo Irsko in Združeno kraljestvo, kjer so razširili vloge ter diplomiranim medicinskim sestram za izvajanje predpisovanja zdravil ponudili dodatno izobraževanje. V drugih državah je predpisovanje zdravil vključeno v vloge medicinskih sester s specializacijo – na primer za patronažne medicinske sestre ali medicinske sestre v ambulanti družinske medicine.

Stopnja predpisovanja se razlikuje tudi glede na klinično področje. Mednarodna raziskava, ki sta jo izvedli Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in ICN⁷ glede medicinskih sester na področju duševnega zdravja, poroča, da v 14 % od 127 držav medicinske sestre lahko predpisujejo psihotropna zdravila. Prav tako je pokazala, da bodo medicinske sestre v afriških državah z nizkimi prihodki predpisovale zdravila prej kot v državah z visokimi prihodki. Večina razlik pri predpisovanju se pojavlja zaradi različnih ureditev zdravstvenega sistema, geografske porazdelitve prebivalstva in položaja zdravstvene nege znotraj posamezne države.

Raven, obseg, področje in razširjenost predpisovanja zdravil se med državami razlikujejo glede na:

- stopnjo pristojnosti pri predpisovanju ter stopnjo neodvisnosti pri predpisovanju. Na splošno jih lahko razdelimo na tiste, kjer je predpisovanje neodvisno, kjer je odvisno/dopolnilno, kjer temelji na skupinskih protokolih ter na protokolih, ki so specifični za pacienta;
- obseg – komu je predpisovanje dovoljeno. Kompetence medicinske sestre, ki je upravičena do predpisovanja zdravil, ter velikost te skupine medicinskih sester (v smislu zmožnosti izobraževanja in reguliranja izbrane skupine) dolčajo, kako bo nacionalno predpisovanje razširjeno;
- okoliščine, v katerih medicinske sestre lahko predpisujejo zdravila: predpisovanje se lahko omeji na specifična zdravstvena stanja in specialnosti;
- regionalne/lokalne razlike: zlasti v državah, kjer se zakonodaja zveznih držav razlikuje od zakonodaje na ravni zvezne države/province;

⁶ International Council of Nurses (2004). Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. Na voljo na: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FSNP_APN.pdf. Dostopano: 15.12. 2010.

⁷ World Health Organization/International Council of Nurses (2007). Atlas: Nurses in Mental Health

- vrsta zdravil: razlike v smislu omejitve nabora, od omejenega do neomejenega. V mnogih primerih vrsto zdravil in izdelkov, ki jih lahko predpisuje medicinska sestra, periodično revidirajo glede na vpliv omejitev;
- nacionalna/politična volja. Brez močnih nacionalnih pravilnikov in smernic lahko upor drugih zainteresiranih strani, npr. zdravniških združenj in lokalnih delodajalcev, ovira uveljavitev. Tudi tam, kjer je jasno, da je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester nujno potrebno ter so vloge in izobraževanje že pripravljeni, lahko nasprotovanje drugih poklicnih skupin ovira zakonodajne spremembe.

Izobraževanje

Pri pripravi izobraževanja za profil medicinske sestre predpisovalke zdravil se pojavljajo velike razlike zaradi razlik v ravni pristojnosti in vlog, pri katerih je predpisovanje zdravil že vključeno. V nekaterih državah (npr. Avstralija, ZDA, Kanada) je usposabljanje povezano s pripravo na izobraževanje za napredne vloge; medtem ko je v drugih državah izobraževanje mnogo krajše (v Združenem kraljestvu je tečaj neodvisnega/dopolnilnega predpisovanja sestavljen iz 26-dnevnega teoretičnega dela ter 12-ih dni prakse v obdobju šestih mesecev, podobne zahteve imajo tudi na Irskem).

Priprava izobraževanja in usposabljanja v okoljih z nizkimi prihodki predstavlja posebne izzive. V teh državah se kaže vedno večja potreba po predpisovanju zdravil za obvladovanje velikih zdravstvenih težav, kot sta malarija in HIV/AIDS, kar je vodilo do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Medicinske sestre pa so bile vseeno postavljene pred izzive pri pripravi izobraževanja in vzpostavitvi regulatornih sistemov, ki bi jim predpisovanje zdravil omogočali. Logistični problemi izvajanja programov usposabljanja na podeželju (in s tem odtegnitev več kot potrebnega osebja na območjih, kjer medicinskega osebja za nujno pomoč že tako ali tako primanjkuje) so pomembni v podsaharski Afriki, kjer so sredstva zelo omejena.

Skrb za medicinske sestre, ki predpisujejo zdravila, je stalen proces in presega začetno vzpostavitev in uveljavitev. Pojavlja se tudi potreba po stalni podpori razvoju medicinskih sester, ki predpisujejo zdravila. V državah, kjer je predpisovanje zdravil medicinskih sester bolj uveljavljeno, se je kontinuirano strokovno izobraževanje izkazalo kot ključno vprašanje in je bilo vključeno v številne modele.

Raziskave in dokazi

Pojavlja se vse več dokazov o vrednosti vlog v napredni praksi, vendar je kolica teh, ki se nanašajo na medicinske sestre predpisovalke zdravil, bolj omejena. Raziskave, ki so na voljo v omejenem številu držav (primarno v ZDA in Združenem kraljestvu), spadajo v glavnem v naslednje kategorije: sprejemljivost, odnos do pacienta in strokovnost, dostop do oskrbe, pravočasnost in ustreznost oskrbe ter uporaba sredstev. Irska je zaključila celovito oceno o predpisovanju zdravil v letu 2009, dve leti po uveljavitvi. Na splošno je ocena pokazala, da je bila dodelitev pooblastil predpisovanja zdravil medicinskim sestrar in babicam pozitiven razvojni korak, zlasti zaradi vpliva, ki ga ima na oskrbo pacientov in tudi na poklic. Ocena nadaljuje, da je model medicinskih sester in babic predpisovalk zdravil za Irsko varen in učinkovit ter da ga pacienti na Irskem zelo podpirajo in se strinjajo z njim, saj skrajšuje čakalne dobe in omogoča večjo dostopnost do zdravstvenih storitev.

Problematika

- V mnogih državah nacionalna združenja medicinskih sester in/ali regulatorni organi delujejo v smeri, da bi dosegli predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester, vendar je to pogosto politični in medprofesionalni boj.
- Dodelitev pristojnosti za predpisovanje zdravil običajno zahteva zakonodajne spremembe v številnih zakonodajnih aktih, izvedba tega pa je lahko zahtevna in zamudna.
- Uveljavitev medicinske sestre predpisovalke zdravil zahteva izoblikovanje ustreznega izobraževanja, prakse in regulatornih struktur ter angažiranost in zavezanost večjega števila interesnih skupin.
- Tudi v državah, kjer je vloga medicinske sestre v napredni praksi že uveljavljena, je opazna velika raznolikost v stopnji dodeljene pristojnosti predpisovanja zdravil z nenehnimi zahtevami po zdravniškem nadzoru, sporazumih o sodelovanju, predpisovanju le določenega seznama zdravil, v zamudnih zakonodajnih spremembah ipd.
- Da bi lahko zadostili vse večjim potrebam prebivalstva po zdravstveni oskrbi, lahko v nekaterih državah ob pomanjkanju drugih možnosti medicinske sestre predpisujejo zdravila brez dodatnega izobraževanja in dodeljenega pooblastila regulativnih organov.
- Na podeželskih in oddaljenih območjih, kjer so uredbe že v veljavi, zahteve po sodelovanju predstavljajo številne izzive. Te omejitve so pogosto nepraktične in bi lahko omejile dostopnost do nujno potrebnih storitev.

- V mnogih državah, kjer so medicinske sestre že pooblaščene za predpisovanje zdravil, se soočajo s težavami glede kompenzacije (npr. dovoljenje zaračunavanja storitev) in zavarovanja, kar se odraža v težavah pri zagotavljanju celovitih storitev za njihove odjemalce.
- Na voljo je le omejeno število raziskav, ki bi pripomogle k obveščanju pristojnih za sprejemanje odločitev o koristnosti predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester.
- V večini držav, kjer so uveljavili vlogo medicinske sestre predpisovalke zdravil, ostaja njihovo število razmeroma nizko.

ICN ukrepi in politika

ICN uporablja vrsto strategij, da bi podprt in okrepil prispevek medicinskih sester k dostopni, cenejši in učinkoviti zdravstveni oskrbi ter podpira medicinske sestre pri opravljanju celotnega obsega poklicne prakse. ICN je razvil sredstva in storitve, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil medicinskih sester, napredno prakso in obseg dela medicinskih sester.

To vključuje:

- Izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester (2009). V svoji tretji izdaji ta monografija opisuje trenutne prakse predpisovanja zdravil in navaja primere novosti pri razvoju. Vključuje profile 16-ih držav.
- Obseg dela, standardi in kompetence medicinskih sester v napredni praksi (2008). Ta dokument opisuje problematiko in vplive, ki vodijo k razvoju obsega dela, standardov in kompetenc medicinske sestre v napredni praksi.
- ICN: okvir kompetenc medicinske sestre specialistke (2009). Ta dokument opredeljuje kompetence medicinskih sester, ki delajo v vlogi kliničnih specialistov.
- Področje zdravstvene nege in zbirka orodij o okvirih za sprejemanje odločitev (2010). Ta najnovejši dokument ICN v seriji zbirke orodij opisuje politični okvir, pomembne koncepte, ključne interesne skupine in postopke, temeljne za razprave in odločitve o obsegu dela v zdravstveni negi.
- Izjava o položaju obsega dela v zdravstveni negi (2003). Ta izjava o položaju opredeljuje odgovornost medicinskih sester, da izražajo in širijo jasno definicijo o svoji vlogi in o obsegu svojega dela.
- Specialist zdravstvene nege / Medicinska sestra v napredni praksi: Opredelitev in značilnosti (2004). Ta bilten vsebuje definicijo ICN o izvajalcu napredne prakse v zdravstveni negi in obravnava lastnosti vloge, priprave izobraževanja,

naravo prakse in regulatorne mehanizme, upoštevajoč napredno prakso.

- Napredna praksa zdravstvene nege: ta knjiga obravnava dogajanje na mednarodnem področju napredne prakse in zajema razprave o pooblastilih pri predpisovanju.

Zavezanost ICN pri podpori medicinskih sester, ki svoj poklic opravlajo do optimalne zmogljivosti, je razvidna iz projektov in programov združenja:

- ICN mreža specialistov zdravstvene nege / medicinskih sester v napredni praksi, ki je bila ustanovljena leta 2000, ima trenutno več kot 1780 članov. Ta mreža zagotavlja vire za prakso in izobraževanje na področju napredne prakse, izdaja glasila o aktualnih dogajanjih, organizira konference in zagotavlja možnosti za dialog o problematiki v napredni praksi.

ICN zagotavlja vsakoletna mednarodna srečanja, ki omogočajo razpravo o ključnih vprašanjih v zvezi z ureditvami in akreditacijo. Razvijajoča se področja prakse zdravstvene nege, zdravstvene nege v napredni praksi in medicinske sestre kot predpisovalke zdravil so bila obravnavana kot ključne teme za razpravo na mednarodni ravni na zadnjem srečanju o ureditvi in akreditaciji.

Vprašanja za razpravo:

Kakšne vrzeli obstajajo pri pristopu združenja ICN?

Katere elemente politike bi bilo treba spremeniti in kako?

PRISPEVKI NACIONALNIH ZDRUŽENJ MEDICINSKIH SESTER

Avstralija

Do lanskega leta je delež specialistov zdravstvene nege v Avstraliji lahko predpisoval omejeno število zdravil, odvisno od zvezne države in vladnih predpisov na teh območjih, hkrati pa je omejeno število medicinskih sester lahko predpisalo zdravila na podlagi omejenih protokolov, razvitih v luči posebnih sporazumov in dogоворov o storitvi. Struktura napredka pri predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester na območju celotne države je bila spremenljiva do uveljavitev nacionalnega registra in akreditacije julija 2010.

Medtem, ko je bil avstralski zdravstveni sistem počasen pri uveljavljanju vloge specialista zdravstvene nege, je leto 2010 prineslo zgodovinsko reformo s povečanjem njihove uporabnosti pri zagotavljanju varne in kakovostne oskrbe. V nekaterih primerih lahko specialist zdravstvene nege predpiše zdravila, povračilo katerih se financira iz javnih sredstev, in zahteva pridobitev statusa izvajalca zdravstvenih storitev, ki bo potrošnikom omogočala izplačilo nadomestila za opravljene storitve. Novembra 2010 so spremembe pri avstralskem zdravstvenem zavarovanju (Medicare Benefits Schedule – MBS) in zavarovanju za farmacevtske izdelke (Pharmaceutical Benefits Scheme – PBS) omogočile pooblaščenim specialistom zdravstvene nege in bobicam dostop do določenih izdelkov in storitev. PBS je vključen v avstralsko nacionalno politiko zdravil (National Medicines Policy) in omogoča cenovno ugoden dostop do zdravil. Specialisti zdravstvene nege s pooblastili predpisovanja po shemi PBS zdaj lahko izdajajo recepte v okviru PBS v zasebni praksi in nekaj bolnišnicah, ko pridobijo številko predpisovalca zdravil, na enak način kot to velja za zdravnike.

Predpisovalne pravice v okviru PBS na splošno veljajo za zasebni in za javni sektor tam, kjer imajo zvezne države in ozemlja veljavni sporazum s Skupnostjo narodov. Specialisti zdravstvene nege s statusom predpisovalca lahko PBS zdravilo predpišejo v okviru ene izmed štirih dostopnih kategorij: neomejeno, kot kontinuirana terapija, po interdisciplinarnem modelu ter omejeno. Medtem, ko te spremembe pomenijo ogromno pridobitev za specialiste zdravstvene nege in skupnost, se še vedno pojavljajo zadržki o podpori, ki jo lahko nudijo. Trenutno mora specialist zdravstvene nege dokazati dogovor o sodelovanju z določenim zdravnikom, da si lahko zagotovi status predpisovalca po PBS (oz. da lahko izvaja storitve v okviru MBS). Dogovor o sodelovanju je s strani avstralske vlade določen kot »dogovor med primerno babico / medicinsko sestro specialistko in zdravnikom, ki mora zagotavljati:

- posvetovanje z določenim zdravnikom,
- napotitev pacienta k določenemu zdravniku,
- prenos oskrbe pacienta k določenemu zdravniku, ko je to klinično potrebno za zagotovitev varne in visoko kakovostne zdravstvene nege«.

Te zakonodajne spremembe naj bi povečale izbiro potrošnikov in dostopnost. V duhu višjega cilja zdravstvene reforme, tj. povečanja dostopnosti v skupnostih, ki jih je težko doseči, je RCNA (Avstralsko združenje medicinskih sester, op.p.) lobiralo in še vedno lobira pri vladi proti potrebi po dogovoru o sodelovanju z določenim zdravnikom. Ta omejitev je pogosto nepraktična in lahko posledično omeji javni dostop do storitev, ki jih nudijo specialisti zdravstvene nege, posebej na

podeželju in pri oddaljenih praksah, kjer je potreba največja. Združenje RCNA je pozdravilo zakonodajne spremembe v letu 2010 kot velik korak v pravo smer in si bo še naprej prizadevalo za večjo dostopnost do različnih zdravstvenih delavcev, ki so na voljo v skupnostih.

Kanada

Problematika

»Diplomirana medicinska sestra predpisovalka zdravil« poveča dostop do zdravstvene nege.

Ozadje

V Kanadi so pooblastila za predpisovanje zdravil s strani diplomiranih medicinskih sester minimalna in raznolika, čeprav so pristojnosti že del formalnih in neformalnih pogоворov z vladom o spremembami določil, ki bi omogočala predpisovanje zdravil diplomiranim medicinskim sestrarim. Prebivalci Kanade na leto prejmejo približno 483 milijonov receptov ali približno 14 na prebivalca letno. Vlogo predpisovalca zdravil v Kanadi izvajajo zdravniki, zobozdravniki, farmacevti, babice, okulisti, podiatri, specializirane medicinske sestre in v omejenem obsegu tudi diplomirane medicinske sestre.

Šele leta 2009 so vse pristojne oblasti sprejele zakonodajo, ki specialistom zdravstvene nege omogoča predpisovanje. Nekatere oblasti dovoljujejo predpisovanje specialistom zdravstvene nege le iz določenega seznama zdravil, kar se je izkazalo kot ovira za izvajanje njihove vloge. Čeprav bo možnost predpisovanja zdravil in zdravljenja s strani diplomiranih medicinskih sester omogočila večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, bo hkrati vplivala na stroko samo. Pisanje receptov je majhen del veliko večje enačbe, ki vključuje dodatno izobraževanje in usposabljanje na področju ocenjevanja, epidemiologije, farmakologije in diagnostike. Prav tako bi bilo treba vzpostaviti izobraževanje, prakso in regulatorne strukture.

Dokazi

Zdravstvene potrebe prebivalstva:

- 14 % prebivalcev Kanade nima dostopa do specialista družinske medicine,
- med Kanadčani, ki imajo težave z rutinsko ali s stalno oskrbo, jih 45 % kot najpogostejši razlog navaja predolgo čakalno dobo,
- pokazala se je potreba po diplomiranih medicinskih sestrar, ki bi predpisovali in razdeljevale zdravila v skupnostih kanadskih domorodcev.

Politične razmere

- Treba bi bilo pretehtati odnos med diplomiranimi medicinskim sestrami predpisovalkami zdravil in notranjimi trgovskimi sporazumi.
- Izkušnje CNA (Kanadsko združenje medicinskih sester, op.p.) s specialisti zdravstvene nege kaže na potrebo po nacionalnem pristopu, ki bi zagotovil usklajene pristope k praksi, izobraževanju, ureditvi, upravljanju s človeškimi viri in komunikaciji.
- Zdravstvena stroka je še vedno postavljena pred izzive, kako prepričati vlado, da bi dovolila specialistom zdravstvene nege večjo pristojnost pri predpisovanju.
- Nekateri zdravniki so izrazili željo, da bi bili del politike raziskovanja; navedli so željo, da bi se opisana vloga diplomirane medicinske sestre predpisovalke zdravil jasno razlikovala od zdravnikove.
- Vključevanje drugih zdravstvenih organizacij v politične razprave bi lahko povečalo njihov vložek in opozorilo na morebitno problematiko pri uveljavljanju.

Ključne prednostne naloge

Kanadsko združenje medicinskih sester (CNA) podpira predpisovanje zdravil s strani diplomiranih medicinskih sester kot sredstvo za optimizacijo človeških virov v zdravstvu za zadostitev sedanjih in spreminjačih se potreb prebivalstva.

Ocena predpisovanja zdravil s strani diplomiranih medicinskih sester v Angliji in na Irskej je pokazala zmanjšanje ponovnih obiskov pacientov, skrajšanje čakalnih dob, boljše pacientovo upoštevanje programa zdravljenja, boljšo porabo zdravil in boljše izide zdravljenja.

Danska

Organizacija danskih medicinskih sester (DNO) trenutno stremi k vzpostaviti višjega (poddiplomskega) izobraževanja za medicinske sestre za dosego naziva medicinske sestre v napredni praksi (ANP). Trenuten demografski razvoj pomeni, da bodo zlasti kronično bolni pacienti vse bolj potrebovali celovito oskrbo prek sektorskih meja. Zdaj kronični pacienti nimajo zadovoljive oskrbe, saj se pogosto znajdejo med primarnim in sekundarnim zdravstvenim sektorjem brez ustrezne vodenja in strokovnega nadzora. Zato DNO vidi profil APN kot bodoče

koordinatorje in primarne skrbnike za kronično bolne. Zato medicinske sestre potrebujejo predpisovalno pravico, vsaj glede spektra največkrat uporabljenih zdravil pri oskrbi kronično bolnih.

Na Danskem so predpisovalne pravice strogo določene. Medicinske sestre ne morejo predpisati nikakršnih zdravil. Regulatorni organ, nacionalni zdravstveni svet, ne vidi potrebe po predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester, saj je danska zakonodaja zelo specifična pri pravilih prenosa kompetenc z zdravnikov na druge zdravstvene skupine. V skladu s tem bo predstojnik oddelka lahko sprejel dokument o predpisovanju zdravil (Patient Group Direction – PGD), kjer bodo navedene omejitve, v okviru katerih bodo lahko medicinske sestre spremi-njale in prilagajale pacientova zdravila. Takšna oblika PGD navodil je v uporabi v bolnišnicah, vendar jih ni mogoče zlahka uporabiti za primarno in ambulantno oskrbo, kjer medicinske sestre izgubljajo čas, ko skušajo stopiti v stik s splošnim zdravnikom za predpisovanje zdravil.

DNO si še naprej prizadeva za pridobitev predpisovalnih pravic, vendar je trenutno stanje (2011) na mrtvi točki. Mnogi politiki so pozitivno naravnani, vendar so neodločni uradniki na ministrstvu za zdravje ter nacionalni zdravstveni svet. Naše prepričanje je, da se počasi približujemo vlogi medicinske sestre predpisovalke zdravil, saj bo vedno več politikov pozitivno naravnanih.

Trenutno potekajo pogajanja o formalnem izobraževanju za bodoče medicinske sestre v napredni praksi (ANP), kjer predpisovanje ni del procesa.

Portugalska

Na Portugalskem je dostop do zdravil, čeprav je reguliran, dokaj enostaven. Lekarniška dejavnost ima svojo zakonodajo, ki določa pravila v zvezi z njihovo lastnino, številom lekarn, njihovo geografsko porazdeljenostjo in delovni čas, kamor je vključena tudi obveznost, da je vsaj ena lekarna v regiji odprta tudi ponocí, ob nedeljah in praznikih (pred kratim se je nekaj lekarn odločilo za 24-urni de-lovnik, kar jim je bilo tudi dovoljeno). Ob dolgotrajnem zdravljenju (za kronične bolezni) so v uporabi obnovljivi recepti v obliki posebnih obrazcev, kar omogoča, da se isti recept uporabi do trikrat, prav tako je veliko zdravil, ki jih izdajajo brez recepta in so na voljo v lekarnah in za to specializiranih trgovinah. Prav tako ne moremo mimo dejstva, da lahko v velikem številu lekarn državljanji kupijo zdravila brez ustreznegra recepta, čeprav bi ga za dvig zdravila potrebovali.

Portugalski okvir zdravstvene nege določa, da se ta zdravstvena nega osredotoča na spodbujanje posameznih zdravstvenih projektov, namenjenih državljanom.

V tem kontekstu in skozi vsa življenjska obdobja medicinske sestre poskušajo zadostiti potrebam ljudi, preprečujejo bolezni, spodbujajo procese prilagajanja in največjo možno samostojnost pri vsakodnevnih aktivnostih ter funkcionalno prilaganje na primanjkljaje skozi učne procese.

V »Uredbi o praksi zdravstvene nege« (odlok št. 161/1996) sta navedeni dve vrsti prakse v zdravstveni negi: samostojna in soodvisna. Pri samostojni medicinska sestra na svojo pobudo in odgovornost predpisuje zdravila, medtem ko pri soodvisni pobudo poda drug član zdravstvenega tima. Medicinska sestra prevzema odgovornost za izvajanje zdravstvene nege, ki izhaja iz naslova soodvisne prakse. Medicinska sestra je za predpisovanje zdravil in zdravstveno nego ter njeno izvajanje odgovorna tudi pri samostojni praksi predpisovanja zdravil. Zgoraj navedeni zakonski dokument v svojem 12. členu (naloge) navaja: »Z vsemi sredstvi, ki so na voljo, je treba zagotoviti, da se v nujnih primerih posameznika ohrani pri življenu.« To vključuje tudi predpisovanje in dajanje zdravil, ki rešujejo življenja.

Vsakodnevna praksa medicinskih sester se močno razlikuje, prav tako je moč najti številne različne primere glede na opisani kontekst. Medicinska sestra, ki pacientu »priporoči« zdravilo, dosegljivo brez recepta, medicinska sestra, ki se »odloči«, katere izdelke uporabiti pri prevezi rane, medicinska sestra, ki spremlja raven sladkorja pri pacientu in glede na vnaprej določeno shemo pacientu »daje« inzulin ali glukozo, ter medicinska sestra, ki je priča anafilaktičnemu šoku na dano zdravilo in pacientu »da« adrenalin ipd. Ali to pomeni »predpisovanje zdravil medicinskih sester«?

Na Portugalskem je bilo do nedavnega predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester (natančneje: predpisovanje zdravil na recept) predmet neformalnih razprav in ni pritegnilo pozornosti medicinskih sester. Ko je Španija odobrila zakonodajo in medicinskim sestrarom dodelila pooblastila za predpisovanje zdravil ter ko sta dve organizaciji v prejšnjem mesecu na strokovnem srečanju navajali prednosti predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester, so tej temi pozornost namenili tudi mediji in objavili številne novice.

Ob upoštevanju razmer v drugih državah, zlasti v Španiji (neposredni sosed), ter glede na trende v Evropi (e-recept, prost pretok pacientov in zdravstvenih delavcev) je portugalsko združenje medicinskih sester (Ordem dos Enfermeiros, op.p.) tej temi začelo posvečati več pozornosti.

Odločitev, da ji posvetijo tudi CNR forum, je formalizirala pogovore med portugalskim združenjem medicinskih sester in sodelujočimi partnerji v državnem forumu strokovnih združenj medicinskih sester (National Forum of Professional Organizations of Nurses – FNOPE, op.p.).

Prepričani smo, da so opisane razmere izhodišče za širšo razpravo o tej temi na Portugalskem: razpravo znotraj poklica, z drugimi zdravstvenimi delavci, v družbi in z vladnimi organi.

Španija

Tako imenovano »predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester« je pravi paradigmatičen primer novih kompetenc v zdravstveni negi.

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester je element, ki prispeva h kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti ljudi. Stroko zdravstvene nege so v Španiji standardizirali mnogo prej kot drugje, med drugim s pomočjo raziskovalnih projektov, kot je NIPE, ki je vzpostavil standarde kakovosti v zdravstveni negi za vsakogar in v vsaki situaciji po modelu dobrih praks in ob spoštovanju temeljnih etičnih načel in vrednot. Podaja tudi kontinuirane »klinične smernice in smernice pomožnih praks«. Prav zato naj stroka zdravstvene nege ne bi imela omejitev pri predpisovanju zdravil, ker omejuje učinkovitost in uspešnost zdravstvenega sistema ter pomeni zapravljanje velikih količin virov.

Na podlagi načela celovitega zdravstvenega varstva, začrtanega v členu 9.1 iz zakona št. 44/2003 (21. novembra) o ureditvi zdravstvenih poklicev, ki je podlaga za multidisciplinarno sodelovanje, upoštevajoč procese povezovanja in zdravstvene kontinuitete, pa tudi zato, da bi se izognili delitvi in prekrivanju zdravstvenih storitev, ki jih nudijo različni zdravniki ali specialisti, je bilo ob spremembah zakona št. 29/2006 (26. julija) o jamstvu in racionalni porabi zdravil in medicinskih pripomočkov uveljavljen v zakonu št. 28/2009 (30. decembra) dodano naslednje (zlasti v 1. točki 77. člena): »... medicinske sestre kot poklicna skupina, pristojna za opravljanje nalog na področju predpisovanja zdravil in medicinskih pripomočkov«.

Poleg tega imajo medicinske sestre možnost, da samostojno določijo indikacijo, pa tudi uporabijo in avtorizirajo razdelitev vseh tistih zdravil, ki se ne izdajajo na recept, in medicinskih pripomočkov z uporabo posebnih izdajnic.

Tako recept kot izdajnica sta standardizirana dokumenta in predstavljata temeljno sredstvo za izmenjavo informacij med zdravstvenimi delavci kot tudi jamstvo za paciente. Prav tako zdravstvenim delavcem omogočata izvajanje zdravljenja pravilno in povečujeta njegovo učinkovitost, ne da bi to vplivalo na vlogo v okviru podpore, upravljanja in zaračunavanja farmacevtskih storitev, do katerih so upravičeni uporabniki sistema španskega nacionalnega zdravstvenega varstva.

Švedska

Medicinske sestre

Medicinske sestre, ki imajo pravico predpisovati zdravila znotraj svojega strokovnega področja, lahko pacientom nudijo boljšo celostno oskrbo in hitrejši dostop do zdravil. To olajša življenje starejšim in funkcionalno oviranim osebam, ki le s težavo obiščejo zdravstveni dom ali druge ustanove, kjer so zdravniki. Pacienti in njihovi bližnji so deležni boljših nasvetov in informacij. Medicinske sestre lahko predlagajo druge oblike zdravljenja z zdravilom na recept. Pravica do predpisovanja zdravil izhaja iz izboljšane komunikacije med medicinsko sestro in drugimi zdravstvenimi delavci, upoštevajoč pacienteve potrebe po oskrbi.

Pravico medicinskih sester do predpisovanja zdravil ureja Švedski nacionalni odbor za zdravje in socialno skrbstvo. Da medicinska sestra lahko dobi pravico do predpisovanja zdravil, morajo biti izpolnjene naslednje tri zahteve:

- 1) Najmanj eno leto dodatnega usposabljanja, ki mora vsebovati najmanj 15 kreditih točk iz farmakologije in biologije bolezni (Biology of Disease – učni predmet opisuje biologijo mnogih človeških bolezni in motenj, s katerimi se posameznik sreča v kliničnem okolju. Predavanja temeljijo na resničnih primerih, ki prikažejo pomembnost biologije za razumevanje vzrokov bolezni ter diagnostike in terapije, op.p.).
- 2) Medicinska sestra mora delovati znotraj posameznih določenih področij; patronažne medicinske sestre naj delajo v primarnem zdravstvu ali v patronaži (okrožni sveti), druge naj delajo v domovih za ostarele, domovih za funkcionalno ovirane osebe ali pri negi na domu (občine). Ponudniki zasebne oskrbe, ki jih financirajo javna sredstva okrožij ali občin, so obravnavani enako.
- 3) Za pravico predpisovanja zdravil in pridobitev številke predpisovalca (številka, ki mora biti navedena pri izdaji recepta) je treba medicinske sestre prijaviti na Nacionalni odbor za zdravje in socialno varstvo.

Obseg zdravil, ki jih medicinska sestra lahko predpiše, je urejen s posebnim registrom Nacionalnega odbora za zdravje in socialno varstvo. Veliko zdravil, ki jih lahko predpiše, je na voljo brez recepta.

Medicinske sestre, ki delajo v zasebno financiranih ustanovah, do predpisovanja niso upravičene. Pravica do predpisovanja je prav tako omejena na delo v primarnem zdravstvu, patronaži in pri skrbi za starejše ter funkcionalno ovirane osebe.

Babice

Pravico do predpisovanja zdravil s strani babic prav tako ureja Nacionalni odbor za zdravje in socialno varstvo. Babice imajo pravico do predpisovanja kontra-

cepcije, če izpolnijo zahteve po usposabljanju iz svetovanja o kontracepciji ter so uspešno prestale obdobje uvajanja.

Mnenje švedskega združenja zdravstvenih delavcev

Švedsko združenje zdravstvenih delavcev (Vårdförbundet, op.p.) verjame, da pravica do predpisovanja zdravil ne bi smela biti omejena na določena delovna mesta ali dejavnost, ampak glede na raven znanja, kot na primer pri zdravnikih. Medicinske sestre bi morale imeti pooblastila za predpisovanja vseh zdravil, ki so na voljo brez recepta. Dodelitev razširjene pravice medicinskim sestram, da znotraj določenega okvira zdravstvene oskrbe predpisujejo zdravila, naj se preizkusi znotraj posebnih področij. Kot primer lahko vzamemo vodenje pacienta s sladkorno boleznijo, kjer bi medicinske sestre lahko izdajale recepte pacientom z urejeno boleznijo, tako kot na področju zdravja pri delu in šolskega zdravstva. Babice poleg svetovanja o kontracepciji v veliki meri delujejo neodvisno na številnih drugih področjih, kot so težave v menopavzi, inkontinenca in dojenje. Pravica predpisovanja zdravil pri babicah bi se morala razširiti na izdajanje receptov za estrogen starejšim ženskam, syntocinon doječim materam in antibiotike za blažje okužbe sečil in spolno prenosljive bolezni.

Tajvan

Za razliko od zahodnih držav je medicinskim sestram z zakonom o medicinskih sestrar predpisovanje zdravil izrecno prepovedano. Zakon o zdravniški dejavnosti opredeljuje strokovno področje zdravnikov, kot so diagnoze, recepti, kirurški posegi itd. V skladu z 28. členom zakona o zdravniški dejavnosti lahko medicinske sestre, babice in drugo zdravstveno osebje v zdravstveni ustanovi pod nadzorom zdravnika dajejo injekcije, zdravila in izvajajo rehabilitacijo brez zdravnikovih navodil na licu mesta. Koncept predpisovanja zdravil medicinskih sester na Tajvanu ostaja na začetni stopnji; le specialist zdravstvene nege lahko pripravi recept po zdravnikovih navodilih.

Samo specialist zdravstvene nege (Nurse Practitioner – NP) lahko pripravi recept

Tajvan je poskušal prevzeti ameriški sistem kot podlago izobraževanja za specialiste zdravstvene nege. Sčasoma je razvil učni načrt, ki zadnjih 10 let vključuje izobraževanje specialista zdravstvene nege v bolnišnici.

Objava Ministrstva za zdravje (Department of Health – DOH, op.p.) leta 2007 označuje delovne dolžnosti specialista zdravstvene nege: (1) telesni pregled, oceno in konzultacijo hospitaliziranih pacientov; (2) evidentiranje rezultatov različnih fizičnih testov hospitaliziranih pacientov; (3) medicinske poizvedbe in podajanje pojasnil o bolezni pacientom in njihovim svojcem; (4) pripravo recepta po navodilu zdravnika, ki vsebuje podatke, kot so ime zdravnika, datum in čas diagnoze, če je po zakonu potrebno, tudi zdravnikov osebni podpis; ter (5) druge obveznosti zdravstvene oskrbe v obsegu prakse specialista zdravstvene nege, kot jo opisujejo državni zdravstveni organi.

Za lažji razvoj profila specialista zdravstvene nege so v letu 2007 vzpostavili sistem akreditacije, prav tako redno izvajajo pregled specialistov zdravstvene nege. V približno 68 bolnišnicah so bili odobreni programi usposabljanja za specialiste zdravstvene nege na področju interne medicine in kirurgije. Za vse je organizirano tudi stalno strokovno izpopolnjevanje.

Večina usposabljanja specialistov zdravstvene nege trenutno poteka v bolnišnicah, zaskrbljujoč pa je poklicni model »zdravnikovega asistenta«. Šele takrat, ko bo izobraževanje specialistov zdravstvene nege potekalo v sklopu visokega šolstva, bodo sposobni zagotavljati višjo raven kakovostne oskrbe.

Združeno kraljestvo

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester je v Združenem kraljestvu uveljavljena in prevladujoča poklicna kvalifikacija in uveljavljena praksa za mnogo vodilnih medicinskih sester. Imajo približno 30.000 medicinskih sester predpisovalk zdravil v skupnostih ter 18.000 neodvisnih in dopolnilnih predpisovalk zdravil. V Združenem kraljestvu medicinske sestre predpišejo okoli milijon recepтов na mesec. Raziskava, ki so jo opravile univerze v Southamptonu, Readingu in Surreyu, je dokazala, da je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester stroškovno in klinično učinkovito ter uživa veliko podporo pacientov.

Čeprav je na začetku predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester naletelo na nekaj odpora drugih poklicnih skupin, je danes, ob dokazih o uspešnosti, odpor vedno manjši, hkrati pa se je povečalo interdisciplinarno sodelovanje. Zdaj je izobraževanje za predpisovanje zdravil za druge poklice, znotraj katerega poteka veliko interdisciplinarnega učenja, postalo večja prednostna naloga.

Glavni podporniki pri uspešni uvedbi predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester so bili v Združenem kraljestvu politiki, ki sodelujejo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva, ključni mnenjski vodje in podporniki iz visokih strokovnih

krogov. Poleg njih gre zasluge pripisati tudi zdravnikom, drugi pomembni skupini, ki je pomagala pri nadzoru »nezdravniškega predpisovanja« v času usposabljanja ter pogosto nudila nadaljnjo podporo in klinični nadzor tudi po zaključku usposabljanja.

Medicinske sestre lahko predpisujejo skoraj vsa licenčna in nelicenčna zdravila (z izjemo nekaterih nadzorovanih drog). Zakonodajni načrti zajemajo tudi vključitev nadzorovanih drog v nabor, v kar sta privolili tako vlada kot stroka.

Vse medicinske sestre, ki predpisujejo zdravila, morajo poskrbeti, da delajo v skladu z zakonom in smernicami delodajalca, v okviru svojih kompetenc in po standardih regulatorja – zbornice, Sveta zdravstvene in babiške nege (Nursing and Midwifery Council – NMC, op.p.).

Kvalifikacija za predpisovalca vključuje izvedbo izobraževalnega programa o predpisovanju zdravil, akreditiranega s strani NMC na eni izmed univerz v Združenem kraljestvu. Z uspešno zaključenim izobraževanjem se lahko medicinska sestra vpiše v register pri NMC. Po trenutno veljavni zakonodaji v Združenem kraljestvu se v NMC register vpišejo le tisti, ki so izobraževanje zaključili na eni izmed univerz v Združenem kraljestvu, ki deluje po NMC učnem načrtu. Ker imajo druge države svoje oblike predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester z drugačnim učnim načrtom, kar se izvaja na različnih ravneh izobraževanja, je zelo malo možnosti, da bi osebje svoje kvalifikacije preneslo preko mednarodnih meja, kot lahko to storijo s svojo primarno izobrazbo iz zdravstvene nege. Zdravniki svoje večbine predpisovanja lahko prenesejo skupaj s svojo licenco. Čeprav predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester ni uveljavljeno po vsem svetu, se v vse večjem številu držav razvija, k čemur bi mednarodni sporazumi o učnem načrtu in standardih še pripomogli.

Škotska

Avgusta 2009 je škotska vlada pripravila poročilo o napredku pri predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester na Škotskem, kjer se je pokazalo, da je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester pripomoglo k:

- boljši oskrbi pacientov,
- hitrejšemu dostopu do zdravil,
- boljšemu izkoristku časa medicinskih sester in zdravnikov.

Pri praksi predpisovanja zdravil medicinskih sester so opazili, da:

- spodbuja boljšo komunikacijo med zdravstvenimi delavci,
- podpira ključno zdravstveno politiko na Škotskem, ki vključuje:
- prehod iz akutne usmerjenosti na storitve, ki temeljijo na skupnosti,
- dolgoročno skrb za vse številnejšo starajočo se populacijo,
- večje osredotočanje na preventivo kot na kurativo,
- obravnava ključno temo varnosti pacientov.

Praksa predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester, ki temelji na politiki predpisovanja, je v veljavi v večini Škotske. Poročilo je pokazalo tudi, da:

- javnost močno zaupa v predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester,
- medicinske sestre, ki predpisujejo zdravila, menijo, da jim nova vloga omogoča boljše izvajanje zdravstvenih storitev,
- zaradi predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester so se zmanjšale obremenitve zdravnikov,
- medicinske sestre veljajo za »varne« izvajalce storitev tako s strani pacientov kot drugih zdravstvenih sodelavcev.

Wales

Zakonodaja za predpisovanje zdravil s strani »nezdravniškega« osebja je bila sprejeta leta 2007. Od takrat valižanska vlada financira izobraževanje za medicinske sestre. Vendar pa je bilo le malo poskusov razvoja na strateško pomembnih območjih, npr. v skupnostih in nujni oskrbi. Namesto tega je sprejemanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester pogosto odvisno od pobude posameznih medicinskih sester, predstojnikov oddelkov in dobre volje sodelavcev – zdravniških kolegov.

Severna Irska

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester na Severnem Irskem je bilo januarja 2007 podprtto z zakonom, ki dovoljuje kvalificirani medicinski sestri neodvisno/dodatno predpisovanje vseh licenčnih zdravil za katero koli zdravstveno stanje; med drugim lahko predpiše tudi nekatere nadzorovane droge, v okviru svojih kompetenc. Smernice objavlja ministrstvo za zdravje, socialne službe in javno varnost (Department of Health, Social Services and Public Safety). Na Severnem Irskem je 200 medicinskih sester, ki neodvisno predpisujejo zdravila.

Zaključno poročilo Foruma – Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester – Kongresu nacionalnih predstavnikov

Razprava se je osredotočila na izkušnje s predpisovanjem zdravil s strani medicinskih sester po državah, na ključno problematiko, politične vrzeli in težave, ki jih lahko obravnava ICN. V razpravi je sodelovalo 20 predstavnikov držav. Udeleženci foruma so prejeli dokumente, v katerih so orisane glavne teme, trenutne dejavnosti in politika ICN, ter bili naprošeni, da v razpravi upoštevajo naslednji vprašanji:

1. Kakšne vrzeli opažajo v pristopu ICN k tej temi?
2. Katere politične elemente je treba spremeniti in kako?

Ključna vprašanja in sporočila

Dinamična razprava udeležencev foruma je pripeljala do opredelitev ključnih vprašanj in sporočil:

- Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester je potrebno zlasti v oddaljenih območjih in na tistih, ki za človeške vire predstavljajo izzive. Medicinske sestre na teh področjih zdravila običajno predpisujejo brez zadostne izobrazbe in ustrezne zakonske podpore.
- Pojavljajo se velike razlike v tem, kako se predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester uvaja po svetu, ter v stopnji pristojnosti – kdo lahko predpiše, kaj lahko predpiše in v kakšnem okolju. To je bilo razvidno iz predstavljenih primerov različnih držav.
- Kaže se potreba, da bi o pristojnosti predpisovanja razmišljali širše: ne le zgolj o predpisovanju največkrat predpisanih zdravil. Primer je npr. alternativno zdravljenje za domorodce.
- V veliko državah je bilo uveljavljanje predpisovanja postavljeno pred številne izzive, predvsem zaradi zakonodajnih zamud in neodobravanja s strani drugih poklicev v zdravstvu.
- Medicinske sestre, ki predpisujejo zdravila, morajo biti za paciente »varna« možnost. Biti morajo kompetentne glede primerne izobrazbe ter kliničnih izkušenj, čeprav temu ni vedno tako.
- Stanje je v vsaki državi drugačno, zato morajo biti mednarodni standardi prilagojeni lokalnim razmeram.
- V razprave o predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester je treba vključiti trgovinske sporazume in sporazume o mobilnosti strokovnjakov.

Posledice za ICN in mednarodno politiko

Udeleženci foruma so opredelili vprašanja in politične vrzeli, ki jih je treba obravnavati. Med njimi so:

- Morda ima ustvarjanje širših mednarodnih standardov, ki jih je mogoče nato aplicirati na lokalne razmere, svojo vrednost. Vendar pa to predstavlja izziv zaradi velikih razlik, ki se pojavljajo v uvedbi predpisovanja zdravil v posamezni državi. Ključne opredelitve so lahko odskočna deska.
- Kaže se potreba po izmenjavi informacij na mednarodni ravni, zlasti s strani tistih držav, ki so bližje zastavljenemu cilju ali pa ga že izvajajo. Veliko držav je predlagalo in podprlo idejo o mednarodnem forumu na to temo.
- Kaže se potreba po dokazih, ki bi potrdili, da predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester ni le v interesu javnosti, ampak je tudi učinkovito in varno. Pojavlja se vedno večje število dokazov, ki jih je treba širiti, hkrati pa je potrebno večje število raziskav in pridobivanje novih dokazov.
- Kaže se potreba po dialogu med zdravstveno nego, medicino in farmacijo na mednarodni ravni, kar bo pripomoglo k spremembam in zmanjšalo odpor na državni ravni.

NURSE AND MIDWIFE MEDICINAL PRODUCT PRESCRIBING IN IRELAND

*Elizabeth Adams, RGN, Cert (ODN), BNS(Hons), Dip (Mgt), Dip (Counselling),
Dip (Phy & Chem), Dip (Stats), MSc., FFNMRCISI, Adjunct Associate Professor.*

ABSTRACT

Internationally a growing number of countries are introducing medicinal product prescribing for nurses. Examples of countries that have already implemented nurse prescribing includes, Australia, Canada, Finland, Ireland, New Zealand, Sweden, United Kingdom and United States of America. However, the legislation, regulation, governance, educational and organisational arrangements under which nurses prescribe medicinal products varies considerably between countries. The authority to prescribe ranges from situations where nurses prescribe independently to limited or restricted conditions. Therefore as an example, this article will describe in detail the introduction and implementation of independent nurse and midwife prescribing in Ireland.

The introduction of nurse and midwife prescribing in Ireland is an important and significant new initiative in the Irish Health Service which has implications not just for nurses and midwives, but for the healthcare system as a whole, in particular for patients and service users. In 2007 the *Act* and associated *Regulations* were signed into law. Nurse and midwife prescribing is underpinned by a twin-track approach – encompassing amending Irish legislation and the introduction of new professional regulations. This dual framework enables a registered nurse or midwife, who has completed an approved six month post-registration education programme, has the appropriate clinical experience, is registered with the Irish Nursing and Midwifery Board (An Bord Altranais) as a Registered Nurse Prescriber, and has authority from the health service provider that employs them, to prescribe a range of medicinal products within their scope of practice.

This article sets out the national processes used in the introduction of nurse and midwife medicinal product prescribing in Ireland from inception, to legislative changes, educational preparation, governance arrangements, registration requirements and clinical practice outcomes. The critical success factor was the introduction of a standardised approach applied in a systematic manner in each health service provider with the ongoing support of the *Office of the Nursing Service Director* within the Irish Health Service Executive. The change management

process was finalised with the commissioning and completion of an independent external evaluation of the first two years experience of nurse and midwife prescribing in Ireland. Overall, the evaluation found that the extension of prescriptive authority to nurses and midwives has been a positive development, particularly for the impact that it has had on patient care and also on the professional development of nurses and midwives.

Key Words:

Change Management

Collaboration

Legislation

Medicinal Products

Registered Nurse

Prescriber

Role Expansion

Introduction

The number of countries where nurses are legally permitted to prescribe medicinal products has grown significantly over the last two decades. For example, nurse prescribing was introduced in the United States of America in the 1960s. Other countries followed this trend including Canada (1990s), Sweden (1994), United Kingdom (1998), Australia (2000), New Zealand (2001), Ireland (2007) and Finland (2011). As nurse prescribing has evolved and been developed within each country's individual legislative, regulatory and health system framework, nurse prescribing varies considerably from situations where nurses prescribe independently to situations where it is limited to certain legal conditions, educational requirements, clinical conditions and/or particular scopes of practice. The following are some examples of the diversity and types of prescribing developed.

- Independent prescribing – legally permitted and qualified prescribers are responsible for the clinical assessment of a patient, diagnosis and treatment decisions.
- Supplementary prescribing – a voluntary partnership between an independent prescriber (for example: medical practitioner) and a supplementary prescriber such as a nurse or pharmacist.
- Patient group directions (or group protocols) – are written instructions for

the supply and administration of named medicines in an identified clinical situation. They are normally developed by the multidisciplinary team and are specifically developed for a particular group of patients with specific conditions (Kroezen et al. 2011).

The brief description above only provides a very limited overview of each model and does not detail the complexity and variance within and between countries. Therefore in order to provide a detailed insight into the development and implementation of nurse and midwife prescribing this article will focus on the introduction of independent nurse and midwife prescribing in Ireland.

Independent Nurse and Midwife Prescribing in Ireland

Nurse and midwife medicinal product prescribing is one of the key initiatives of the Irish Minister of Health and Children. There are now 453 nurses and midwives with prescriptive authority employed in the public health services. In total, 800 nurses and midwives have been funded to undertake the education programme. The candidates going through the education programme and Registered Nurse Prescribers (RNPs) in practice are from 86 different clinical areas and 165 health service providers (49 acute hospitals and 116 primary and community services) across Ireland. This has real potential to enhance the efficiency and responsiveness of the health services for patients and service users. The initiative endorses the Government's policy for the expansion of nursing and midwifery roles. This article provides the background on how this was achieved.

Background

In October 2005 the Irish Minister for Health and Children identified the introduction of nurse and midwife prescribing as a high priority. A number of national and international trends were identified as supporting the extension of prescriptive authority to nurses and midwives in Ireland:

- Social and demographic change (e.g. ageing population)
- Changing services configuration for patients with increased specialisation of services (e.g. diabetes, asthma, oncology)
- Value for money
- Implementation of the European Working Time Directive
- A greater focus on community services.

The nursing and midwifery professions were well prepared to respond to the Ministers direction in that a national pilot study (conducted over a three and a half year period) which rigorously evaluated the potential for the introduction of nurse prescribing had just been completed by the statutory bodies with responsibility for nursing and midwifery (An Bord Altranais and the National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2005).

Legislation

Primary legislation, the *Irish Medicines Board (Miscellaneous Provisions) Act* allowing for the introduction of independent nurse and midwife prescribing in Ireland, was introduced in May 2006. In November that year, the Department of Health and Children established a national steering group the *Resource and Implementation Group on Nurse and Midwife Prescribing* to advise on the regulations to be drafted and to oversee the rollout of nurse and midwife prescribing on a national basis (Office of the Nursing Services Director, Department of Health and Children, An Bord Altranais, National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2007). . The subsequent regulations *The Medicinal Products (Prescription and Control of Supply (Amendment)Regulations 2007* and the *Misuse of Drugs (Amendment) Regulations 2007* were signed into law in May 2007 specifying the requirements/conditions for prescribing of medicinal products by nurses and midwives. These, together with the Irish Nursing Boards' *Nurses Rules 2007* form the basis on which nurse and midwife prescribing became a reality in 2007 (An Bord Altranais, 2007a). A number of conditions must be satisfied for prescribing authority. They are summarised as follows:

- The nurse/midwife must be employed by a health service provider in a hospital, nursing home, clinic or other health service setting (including any case where the health service is provided in a private home)
- The medicinal product is one that would be given in the usual course of service provided in the health service setting in which the nurse/midwife is employed
- The prescription is issued in the usual course of the provision of that health service
- The An Bord Altranais registration number (also known as the Personal Identification Number (PIN)) must be stated on the prescription.

In addition, the 2007 regulations allow a health service provider to determine further conditions for the prescriptive authority of the nurse or midwife. A new

schedule setting out restrictions and conditions for RNPs to prescribing certain controlled drugs was established for Ireland. This new schedule referred to as ‘Schedule 8’ names the specific controlled drugs that certain nurses and midwives, who are RNPs, may prescriber relevant to their scope of practice and area of work. The stipulations and particular conditions for prescribing are detailed in the *Misuse of Drugs (Amendment) Regulations 2007*.

Dual Framework for Nurse and Midwife Prescribing

Independent nurse and midwife prescribing in Ireland is underpinned by a twin-track approach – encompassing amending Irish legislation and the introduction of new professional regulations. This dual framework enables a registered nurse or midwife, who has completed an approved six month post-registration education programme, has the appropriate clinical experience, is registered with An Bord Altranais as a RNP, and has authority from the health service provider that employs them, to independently prescribe a range of medicinal products within their scope of practice.

Post Registration Education Programme

A six month education programme *Certificate in Nursing (Nurse and Midwife Prescribing)* funded by the Health Service Executive (HSE) was established in 2007 and is provided by the *School of Nursing, Royal College of Surgeons in Ireland* and the *Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, University College, Cork* with over 100 places available every six months. The course comprises three modules taught at degree level. The curriculum is approved by the Irish Nursing Board (An Bord Altranais) and must meet their published *Education Requirements and Standards* (2007b). The first cohort of forty-two nurses and midwives graduated in November 2007. Since 2011 there are now a total of five education providers providing the education programme in different geographical regions within Ireland.

Health Service Provider Participation and Entry Criteria

Before admission to the programme of education and training to be a RNP, there are a number of minimum entry requirements that a nurse or midwife must fulfil. The nurse or midwife must already be registered in one of the divisions of the Nurses Register (general, psychiatric, children’s, intellectual disability, midwife, public health nurse); they must have at least three years’ post-registration

clinical experience; and the equivalent of one year full- time experience in their specific area of practice. There should also be demonstrable evidence of further education and a competent level of IT literacy.

In addition, there are ‘site requirements’ for the nurse’s place of employment and practice, which must support the nurse’s or midwives education and practice as a RNP. A site declaration form must be submitted by the nurse’s employer, confirming an organisational policy for nurse prescribing, appropriate risk management systems, access to a Drugs and Therapeutics Committee, a named mentor for each nurse, a prescribing site coordinator, and a commitment to continuing education for nurse prescribers (see Table 1).

Table 1: Essential Criteria for Health Service Provider Participation

Safe management

- an organisational policy for nurse and midwife prescribing
- an ability to safely manage and quality assure prescribing practices
- risk management systems in place and processes for adverse event reporting, incident reporting, reporting of near misses and reporting of medication errors.

Education and practice development

- robust and agreed collaborative practice agreements
- a named medical practitioner/mentor who has agreed to develop the collaborative practice arrangements
- appropriate mentoring arrangements with a named medical mentor
- commitment to continuing education for staff supporting the prescribing initiative.

Organisation

- a firm commitment by hospital / organisation board, or Chief Executive Officer or medical director/chairman of medical board to support the introduction of the initiative
- access to a drugs and therapeutics committee
- arrangements in place to oversee the introduction of a new practice in prescribing and ensure local evaluation

- a named individual with responsibility for the initiative locally and for liaison with the education provider and the national Resource and Implementation Group on Nurse and Midwife Prescribing
- ability to comply and ensure data input for the *Nurse and Midwife Prescribing Data Collection System*
- provision for the nurse/midwife prescriber to access to a computer, email and internet for data input to the *Nurse and Midwife Prescribing Data Collection System* (Monitoring System)

Audit and evaluation

- a mechanism to audit the introduction of nurse and midwife prescribing practices.

Source: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008a, page 91)

Developments in the Education Programme

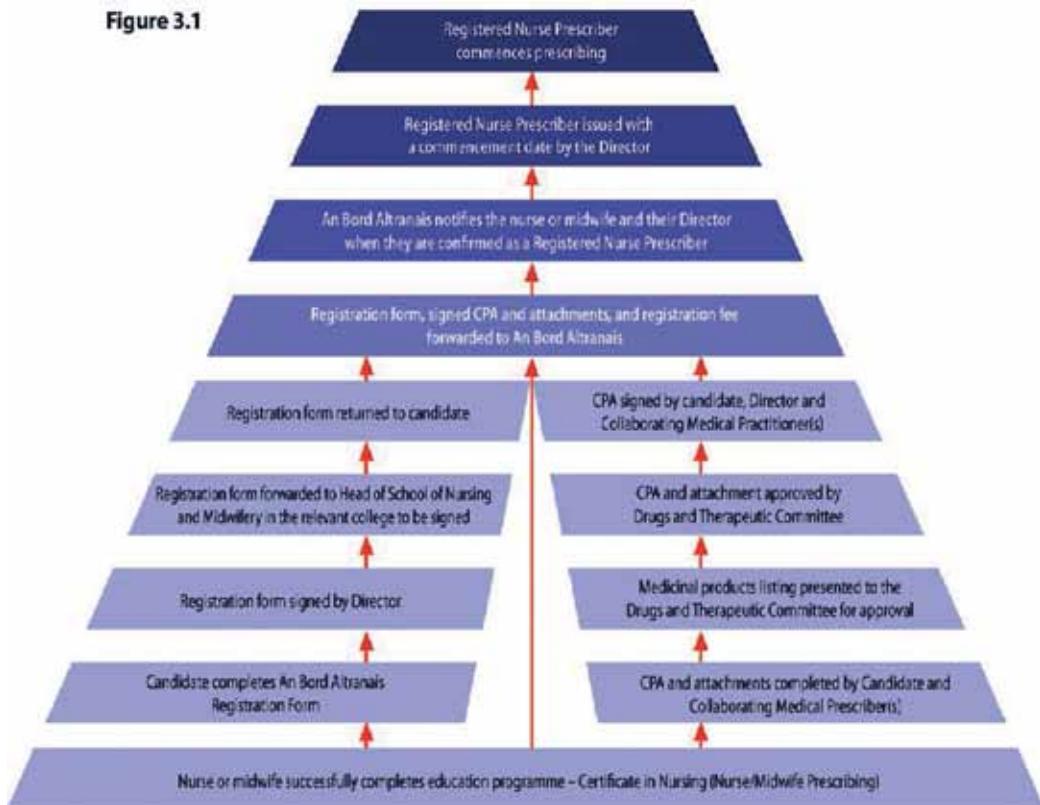
In response to the needs of service providers the programme has been further developed to incorporate the use of blended learning which includes face to face lectures combined with computer mediated teaching through the use of an online classroom. The online component of the blended learning programme is delivered through voice recorded presentations, teaching videos and interactive tutorials and quizzes. This material can be accessed by students at any time which is convenient for them. It is not necessary for students to be online at specified times. A discussion forum is facilitated throughout the course allowing for student-tutor interaction, student-student interaction and tutor-student interaction. The offline component of the programme is delivered through face to face tutorials utilising video conferencing facilities and this supports and enhances the online material. This new model of delivery is further enhanced through the use of an electronic portfolio (ePNM) for nurses and midwives. Students can use this ePNM to register their competencies, submit assignments, reflect on career experiences and gather evidence of continuing professional development. This facility allows the programme to be delivered at three regional sites across the country with lectures and tutorials being videoconferenced from the college (Watson 2009). This new approach to course organisation reduces attendance of students in college from 26 days to 13 days.

Registration with the Irish Nursing Board

The professional regulatory framework for nurse or midwife prescribing is established through the Irish Nursing Boards *Nurses Rules 2007*, which allows for the creation of a division of the register for nurse prescribers. This Register is publicly accessible on the Nursing Board website <http://www.nursingboard.ie> where it can be easily checked if a nurse is a RNP. The procedural requirements for registration are set out in Figure 1.

Figure 1: Pathway for Application to Register with the Nursing Board as an RNP

Figure 3.1



Source: Office of the Nursing Services Director (2008a, page 47)

Collaborative Practice Agreement

One of the key documents relating to registration and prescribing governance is the Collaborative Practice Agreement (CPA) (An Bord, Altranais, 2007c). This is a written agreement drawn up between the RNP, medical practitioner(s) (approved

by the health service provider/employer) and the health service provider, outlining the parameters of the RNP's prescriptive authority, i.e. their scope of practice. It contains a general description of the practice setting to include population and conditions for which the RNP has responsibility, as well as a list of specific medications (by generic name) and/or categories of medications that the RNP is authorised to prescribe. The CPA is underpinned by the principles of professional accountability, responsibility, competence and clinical governance. It also provides a template for the development, audit and evaluation of the RNP's prescribing practices within the healthcare setting. CPAs must be reviewed and renewed annually, and are considered null and void on the termination and or movement of employment for which they were originally intended. The CPA also states a commencement date for prescriptive authority and is a prerequisite to registration with the Irish Nursing Board as a RNP.

Process of Preparing and Implementing the Change

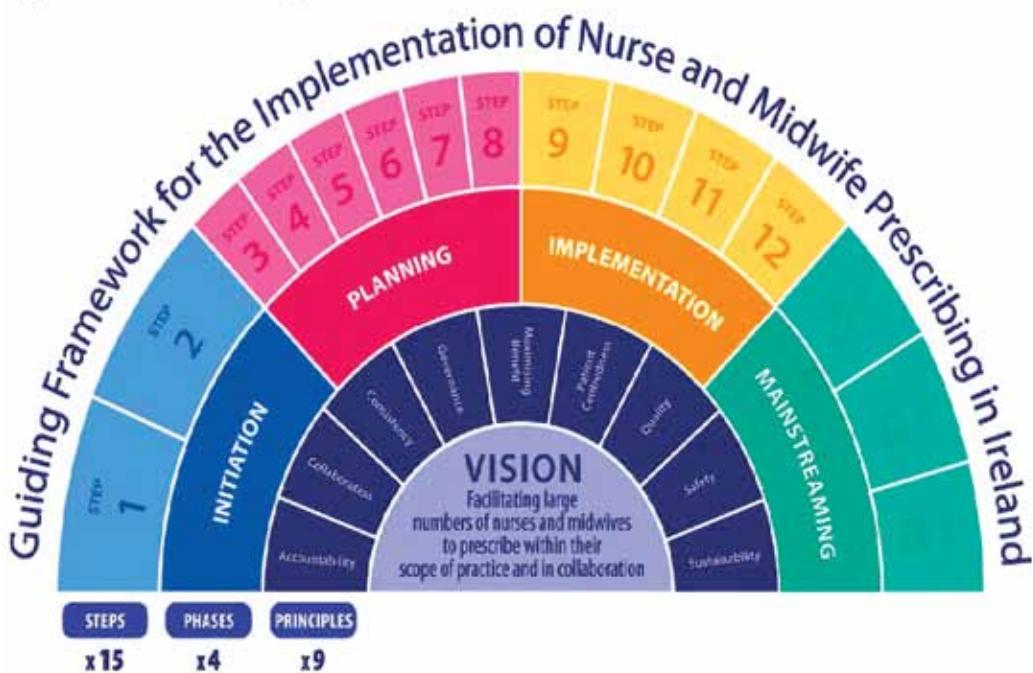
The HSE *Office of the Nursing Services Director*, guided by the *Resource and Implementation Group on Nurse and Midwife Prescribing* was responsible for: i) implementing the plan for the roll out of nurse and midwife prescribing across the public health services; ii) establishing clinical governance structures to support appropriate and safe nurse and midwife prescribing and iii) developing an overarching mechanism for the evaluation of the initiative. The initiative evolved as a collaborative model of working at national, regional and local levels involving all key stakeholders. A national standard implementation framework was established by the *Office* to ensure the initiative was implemented in a systematic and consistent manner that is underpinned by the best available evidence.

Support provided to Health Service Providers

To support health service providers the Health Service Executive appointed a director of nursing and midwifery and four assistant directors to drive forward and implement the prescribing initiate. The team published a *Guiding Framework for the Implementation of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland* in December 2008(a), underpinned by a vision statement, nine principles, four phases for change management and fifteen steps for implementation (see Figure 2).

Figure 2: Guiding Framework for the Implementation of Nurse and Midwife Prescribing

Figure 2.1: Framework for Implementation

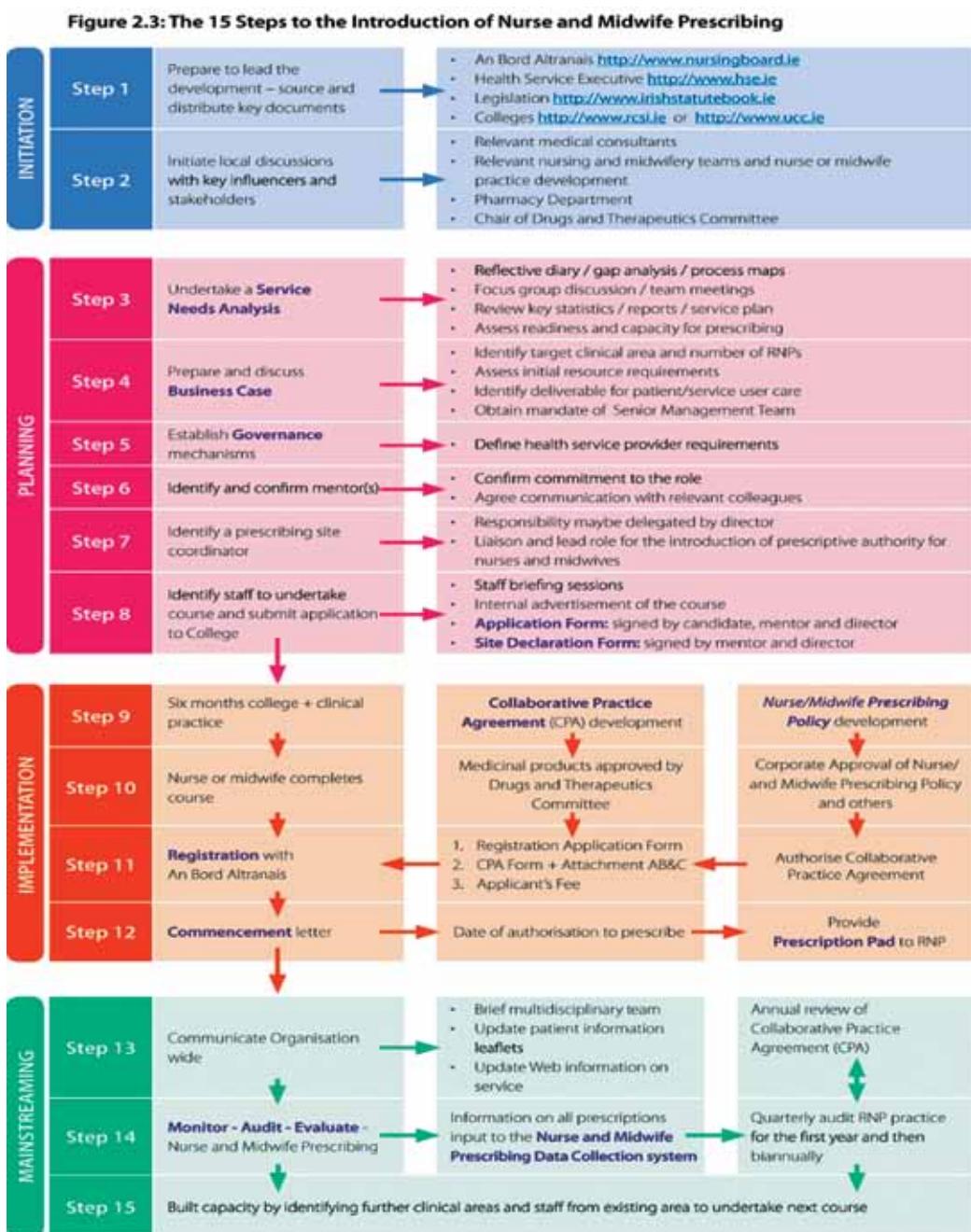


Source: Office of the Nursing Services Director, HR Directorate, Health Service Executive (2008)

Source: Office of the Nursing Service Director (2008a, page 16)

The steps and their phase within the project management lifecycle are clearly identified and guide each health service provider approaching the introduction of nurse and midwife prescribing for the first time (see Figure 3). While presented sequentially they are in fact approached as a continuous, overlapping process in which all of the steps and stages are interrelated and influence each other.

Figure 3: Steps in the Introduction of Nurse and Midwife Prescribing



Source: Office of the Nursing Services Director, HR Directorate, Health Service Executive (2008)

Source: Office of the Nursing Service Director (2008a, page 16)

To support the standardised approach to implementation and cognisant of the significant workload involved for health service providers the *Office of the Nursing Service Director* developed a number of supporting mechanism and publications (see Table 2).

Table 2: Supporting Material developed by the Office of the Nursing Services Director

- *Information on Application Guidelines for the Nurse and Midwife Prescribing Initiative* (January 2009)
- An electronic communication mechanism for ongoing support for registered nurse prescribers entitled *Irish-RNP-eNetwork* (launched in December 2008)
- An electronic communication mechanism for ongoing support for Prescribing Site Coordinators entitled *Irish-PSC-eNetwork* (launched in December 2008)
- A patient information leaflet: *Nurse and Midwife Prescribers How they Care for You* (November 2008b)
- National Policy for Nurse Medicinal Product Prescribing in the Intellectual Disability Sector (February 2009a)
- National Policy for Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing in Primary, Community and Continuing Care (September 2009b)
- National Policy for Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing in Acute Hospitals (October 2009c).

Source: Office of the Nursing Services Director, accessible at: <http://hse.ie/go/nurseprescribing>

Drugs and Therapeutics Committee

The existence of a multidisciplinary Drugs and Therapeutics Committee, within each health service provider, is one of the key governance structures that should be in place to support the introduction of nurse and midwife prescribing in a health service provider. Since the introduction of the nurse and midwife prescribing initiative, 31 new committees have been established.

Numbers of Registered Nurse Prescribers

The first Registered Nurse Prescribers (RNPs) registered with An Bord Altranais at the end of January 2008. There are currently 453 RNPs registered from 102 health service providers (56 Primary Community and Continuing Care services and 44 in the acute hospitals). The number of RNPs continues to rise on a monthly basis. There are now 347 candidates preparing for registration. Over 800 candidates have been funded centrally by the *Office of the Nursing Services Director* to complete the six month post-registration education programme.

One of the focuses of the initiative is on nurse or midwife lead clinics and chronic disease management. Table 3 provides details of the various clinical areas where the current RNPs are employed. The largest numbers are from care of the older person (n=91), emergency departments (n=87) and midwifery (n=81).

Table 3: Clinical Areas of Practice of Registered Nurse Prescribers

Clinical area and number of RNPs

1 Anticoagulant 3	44 Lung Cancer Coordination 1
2 Breast Care 3	45 Mental Health 64
3 Cardiac Rehabilitation 7	46 Mental Health Addiction 6
4 Cardiology/Coronary Care 14	47 Child & Adoles Psychiatry 1
5 Cardiothoracic 4	48 Mental Health Community 12
6 Care of the Older Person 91	49 Mental Health Liaison 8
7 Chest Pain 8	50 Mental Health Psych Old Age 4
8 Children's 7	51 Midwifery 81
9 Children's Cystic Fibrosis 2	52 Midwifery Community 12
10 Children's Emergency 3	53 Midwifery Continence Advisor 2
11 Children's Haemoglobinopathy 2	54 Midwifery Delivery 14
12 Children's Intensive Care Unit 1	55 Midwifery Diabetes 3
13 Children's Onco/Haematology 4	56 Midwifery Lactation 1
14 Children's Operating Dept 1	57 Midwifery Operating Dept 1
15 Children's Pain Management 3	58 Migraine 1
16 Children's Palliative Care 1	59 Neonatology 8
17 Children's Renal 1	60 Nephrology/Renal 9
18 Children's Remedial-community 1	61 Neurology 5

19 Children's Respiratory	2	62 Occupational Health	2
20 Community Intervention Team	2	63 Oncology	21
21 Coloproctology	1	64 Operating Department	2
22 Colorectal	2	65 Ophthalmology	1
23 Colposcopy	3	66 Orthopaedics	7
24 Cystic Fibrosis	1	67 Osteoporosis	3
25 Dermatology	8	68 Out patients	1
26 Diabetes	33	69 Palliative Care	12
27 Drug Treatment	2	70 Pain Management	17
28 Ear Nose and Throat	1	71 Peritoneal Dialysis	3
29 Emergency Department	87	72 Preoperative Assessment Unit	1
30 Epilepsy	7	73 Prison Nursing	11
31 Gastroenterology/Endoscopy	8	74 Public Health Nursing	19
32 Gastrointestinal	1	75 Radiotherapy/Radiology	5
33 General Medicine	9	76 Respiratory	16
34 General Surgery	5	77 Rheumatology	13
35 Gynaecology	3	78 Sexual Assault Treatment	6
36 Haematology	10	79 Sexual Health	6
37 Haemodialysis	2	80 Smoking Cessation	1
38 Heart Failure	11	81 Stoma Care	2
39 Heart and Lung Transplant	1	82 Stroke/ Stroke Rehabilitation	5
40 Infection Prevention and Control	1	83 Tissue Viability/Wound Mgt	14
41 Intellectual Disability	30	84 Urgent Care Centre	01
42 Intensive Care	9	85 Urodynamics	1
43 Liver Transplant Coordination	1	86 Vaccinations	1

Total number of RNP = 454

Source: Office of the Nursing Services Director, September 2012, unpublished

Monitoring the Introduction of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland

Recognising the need for robust monitoring of the new service provision, the Resource and Implementation Group developed a *National Nurse and Midwife Prescribing Minimum Dataset for Ireland* (Office of the Nursing Services Director, 2008d). The minimum dataset contains twelve items of information that are

collected in a standard way on every prescription written by a RNP. As ePrescribing is not commonly available in Ireland and in order to provide for an effective and user friendly way for the information to be collected the *Office of the Nursing Service Director* commissioned the development of a web-based monitoring system. The *Nurse and Midwife Prescribing Data Collection System* accessible at <https://www.nurseprescribing.ie> is used by individual RNPs; prescribing site co-ordinators and directors of nursing and midwifery; and relevant staff within the *Office of the Nursing Services Director*.

At any time standardised reports or adhoc queries can be prepared by system users at: local health service provider; HSE area; or national level. During the first two years (25 January 2008 to the 26 January 2010) RNPs reported 16,256 prescribing episodes for 12,970 individual patients involving 23,847 products. Over two hundred and fifty different types of products were prescribed during the period.

National Independent Evaluation of the Nurse/Midwife Prescribing Initiative

In 2007 when introducing the initiative the Minister for Health and Children gave a commitment to conducting a review of the *Regulations* for nurse and midwife prescribing two years following their implementation. Following a competitive tendering process the contract was awarded to a collaborative research team from University College Dublin and took place over six months from January to end June 2009 (Drennan et al, 2009). The purpose of the evaluation was to examine the effectiveness of the introduction of nurse and midwife prescribing and to establish if the model adopted in Ireland achieved the stated objectives in terms of quality, patient safety, communication and patient/client benefits and satisfaction. The evaluation took into account the views of key stakeholders, including employers, nurses and midwives (including prescribers and non-prescribers), the medical and pharmacy professions, regulatory bodies and patients and clients.

Clinical stakeholders were of the opinion that nurse and midwife prescribing impacted positively on patient outcomes such as patient satisfaction and compliance. Overall, the evaluation found that the extension of prescriptive authority to nurses and midwives has been a positive development, particularly for the impact that it has had on patient care and also on the professional development of nurses and midwives. From the perspective of nurse and midwife prescribers it has increased their autonomy, increased levels of job satisfaction, ensured better use of their skills and ultimately has allowed them to provide holistic care to patients.

Irish patients are highly supportive and accepting of nurse prescribing which reduces waiting times and facilitates patients in accessing treatment that previously they may have had to wait for. It is evident that overall there is support for nurse and midwife prescribing from those surveyed from the nursing, midwifery, medical and pharmacy professions. The report demonstrated that the model for nurse prescribing for Ireland was safe and effective.

The independent evaluation team made 10 recommendations which provide clear direction for the further roll out of independent nurse and midwife prescribing across Ireland. Key recommendations include matters related to the regulations, education, registration, prescribing practice and future developments of nurse prescribing in Ireland. The report identified the standard on how nurse and midwife prescribing can be audited on an ongoing basis with the development of measurement tools specific to the Irish context and environment. The report of the evaluation and the recommendations were accepted and launched by the Irish Minister for Health and Children on the 9 October 2009.

Conclusion

Nurse and midwife prescribing has been received positively in all areas where it has been introduced and the numerous benefits are now recognised. These include improved services to patients and service users through reduced waiting times and utilising the skills of nurses and midwives more effectively. Prescriptive authority has enabled nurses and midwives to provide holistic episodes of care more efficiently. Nurses and midwives with prescriptive authority can meet patient needs in a timely manner leading to better patient outcomes.

The timely and effective implementation of the initiative underpinned by a national, structured, consistent approach in partnership with relevant personnel at all levels within the public health services has resulted in the introduction of over 453 Registered Nurse Prescribers with a further 347 on the pathway to registration.

References

An Bord Altranais and National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2005). *A Review of Nurses and Midwives in the Prescribing and Administration of Medicinal Products*. Dublin: An Bord Altranais and the National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery.

- An Bord Altranais (2007a). *Nurses Rules 2007*. Dublin: An Bord Altranais.
- An Bord Altranais (2007b) *Requirements and Standards for the Education programme for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*. Dublin: An Bord Altranais.
- An Bord Altranais (2007c). *Collaborative Practice Agreement for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*. Dublin: An Bord Altranais.
- Drennan J., Naughton C., Allen D., Dyde A., Feele P., O'Boyle K., Treacy P., Butler M. (2009). *Independent Evaluation of the Nurse and Midwife prescribing Initiative*. Dublin: University College Dublin.
- Health Service Executive and The National Federation of Voluntary Bodies Providing Services to People with Intellectual Disability (2009a). *National Policy for Nurse Medicinal Product Prescribing for Intellectual Disability Services*. Dublin: Health Service Executive
- Health Service Executive (2009b). *National Policy for Nurse and Midwife Medicinal Product*
- Prescribing in Primary Community and Continuing Care*. Dublin: Health Service Executive. Health Service Executive (2009c). *National Policy for Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing in Acute Hospitals*. Dublin: Health Service Executive.
- Irish Medicines Board (Miscellaneous Provisions) Act, 2006 (Commencement Order) 2007*. Dublin: Stationery Office.
- Irish Medicines Board (Miscellaneous Provisions) Act, 2006*. (Section 16 l (ii)). Dublin: Stationery Office.
- Kroezen K., van Dijk L., Gronewegen P., Francke L. (2011). Nurse Prescribing of Medicines in Western European and Anglo-Saxon Countries: a Systematic review of the Literature. *BMC Health Services Research*. Vol11:127, pp.1-17.
- Medicinal Products (Prescription and Control of Supply) (Amendment) Regulations 2007*. Statutory Instruments No 201 of 2007. Dublin: Stationary Office.
- Misuse of Drugs (Amendment) Regulations 2007*. Statutory Instruments No. 200 of 2007. Dublin: Stationary Office.
- Office of the Nursing Service Director, Health Service Executive (2009). *Information on Application Guidelines the Nurse and Midwife Prescribing Initiative*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008a). *Guiding Framework for the Implementation of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008b). *Patient and Service User*

Information Leaflet: nurse and midwife prescribers – how they care for you. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008c). *Nurse and Midwife Prescribing Data Collection System*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive, Department of Health and Children, An Bord Altranais, National Council for the Professional development of Nursing and Midwifery (2007) *The Introduction of Nurse and Midwifery Prescribing in Ireland: An overview*. Dublin: Health Service Executive.

Watson C. (2009). Certificate in Nursing (Nurse/Midwife Prescribing). Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland.

PREDPISOVANJE ZDRAVIL S STRANI MEDICINSKIH SESTER IN BABIC NA IRSKEM

*Elizabeth Adams, RGN, Cert (ODN), BNS (Hons), Dip (Mgt), Dip (Counselling),
Dip (Phy & Chem), Dip (Stats), MSc., FFNMRCISI, Adjunct Associate Professor*

IZVLEČEK

Po vsem svetu narašča število držav, ki uvajajo predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester; med njimi so Avstralija, Kanada, Finska, Irska, Nova Zelandija, Švedska, Velika Britanija in ZDA. Vendar se zakonodaja, predpisi, upravljanje ter izobraževalni in organizacijski dogovori glede predpisovanja zdravil s strani medicinske sestre med državami močno razlikujejo. Dovoljenje za predpisovanje se giblje od samostojnega do omejenega. Kot primer vam bom natančno predstavila uvedbo in izvajanje samostojnega predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem.

Uvedba predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem je pomembna nova pobuda Irske zdravstvene službe, ki ni pomembna le za medicinske sestre in babice, ampak za sistem zdravstvenega varstva v celoti, posebej za paciente in uporabnike storitev. Leta 2007 so bili Zakon in nanj vezani Predpisi združeni in podpisani kot Zakon Irskega sveta za zdravila. Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic podpira dvotirni sistem, ki zajema dodatke k obstoječi irski zakonodaji in uvedbo novih strokovnih predpisov. Ta dvojni okvir omogoča medicinski sestri ali babici, ki je končala verificiran 6-mesečni podiplomski izobraževalni program, ima ustrezne klinične izkušnje, je registrirana pri Irski zbornici zdravstvene nege (An Bord Altranais) kot 'diplomirana medicinska sestra predpisovalka zdravil' ter ima dovoljenje izvajalca zdravstvenih storitev, pri katerem je zaposlena, da predpisuje vrsto zdravil v okviru svojega področja prakse.

Prispevek govori o nacionalnem procesu uvedbe predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem od zasnove do zakonskih sprememb, priprave izobraževalnega programa, priprave upravljanja, pogoje za pridobitev registracije in rezultat v klinični praksi. Bistveni dejavnik uspeha je bila uvedba standardiziranega pristopa, ki je bil uporabljen sistemsko pri vsakem izvajalcu zdravstvenih storitev ob stalni podpori Urada direktorja za storitve zdravstvene nege v sklopu Izvršne organizacije za zdravstvene storitve (*Office of the Nursing Service Director, Irish Health Service Executive*). Proses vodenja spremembe je bil zaključen z

zagonom in dokončanjem neodvisne zunanje evalvacije prvih dveh let izkušenj s predpisovanjem zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem. Na splošno je evalvacija ugotovila, da je razširitev dovoljenja za predpisovanje zdravil na medicinske sestre in babice pozitivna, posebej zaradi vpliva na zdravstveno nego pacienta in tudi strokovnega razvoja medicinskih sester in babic.

Ključne besede: upravljanje s spremembami, sodelovanje, zakonodaja, zdravila, medicinska sestra, predpisovalka zdravil, razširitev vloge

Uvod

Število držav, v katerih je medicinskim sestrám zakonsko dovoljeno predpisovati zdravila, se je v zadnjih dveh desetletjih močno povečalo. Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester so v Združenih državah Amerike uvedli v šestdesetih letih prejšnjega stoletja; sledile so jim Kanada v devetdesetih, Švedska l. 1994, Velika Britanija l. 1998, Avstralija l. 2000, Nova Zelandija 2001, Irska 2007 in Finska l. 2011. Ker se je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester razvilo in se nadgrajevalo v specifičnem okviru zakonodaje, nadzornega in zdravstvenega sistema vsake posamezne države, se med državami precej razlikuje: od samostojnega do omejenega zaradi določenih pravnih pogojev, izobraževalnih zahtev, kliničnih pogojev in/ali zaradi posebnih področij prakse. Naštela bom le nekaj primerov raznolikosti in vrst predpisovanja s strani medicinske sestre:

- samostojno predpisovanje – pooblaščeni in usposobljeni predpisovalci so odgovorni za klinično presojo o pacientu, diagnozo in odločitve o zdravljenju;
- dodatno predpisovanje – prostovoljno partnerstvo med samostojnim predpisovalcem (npr. zdravnikom) in dodatnim predpisovalcem, npr. medicinsko sestro ali farmacevtom;
- skupinska navodila za paciente (ali skupinski protokoli) – so pisna navodila za dobavo in dajanje imenovanih zdravil pri prepoznanem kliničnem stanju. Običajno jih pripravi multidisciplinaren tim za določeno skupino pacientov s specifičnimi stanji (Kroezen et al., 2011).

Ta kratek opis podaja samo zelo omejen pregled posameznega modela in ne obravnava kompleksnosti in raznolikosti v državah in med njimi. Za predstavitev podrobnega vpogleda v razvoj in izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic se bom v tem članku osredotočila na samostojno predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem.

Samostojno predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic je ena ključnih pobud irskega ministrstva za zdravje in otroke. V službah za javno zdravje je zdaj zaposlenih 453 medicinskih sester in babic, ki imajo dovoljenje za predpisovanje. Skupno je do zdaj 800 medicinskih sester in babic dobilo finančna sredstva za vključitev v izobraževalni program. Kandidati, udeleženci izobraževalnega programa, in registrirane medicinske sestre predpisovalke zdravil (RNPs, angl.: registered nurses prescribers), ki že delajo v praksi, zastopajo 86 različnih kliničnih področij in prihajajo iz 165 zdravstvenih ustanov (iz 49 bolnišnic za akutna stanja in iz 116 ustanov za primarno zdravstvo in patronažo po vsej Irski). Tak potencial lahko resnično izboljša učinkovitost in odzivnost zdravstvenih storitev za paciente in uporabnike storitev. Pobuda podpira vladno strategijo za širitev vloge zdravstvene in babiške nege. Predstavljam kratek opis, kako smo to dosegli.

Izhodišča

Oktobra 2005 je irski minister za zdravje in otroke določil vpeljavo predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic kot najvišjo prioriteto. Opredelili so številne domače in tuje usmeritve, ki so govorile v prid razširitvi pooblastila za predpisovanje zdravil na medicinske sestre in babice tudi na Irskem, in sicer:

- socialne in demografske spremembe (starajoča populacija),
- sprememba ustroja storitev za paciente z vse večjo specializacijo storitev (npr: sladkorna bolezen, astma, onkologija),
- doseganje največje možne učinkovitosti glede na sredstva,
- izvajanje Evropske direktive o delovnem času,
- večji poudarek na patronažnem varstvu.

Tako stroka zdravstvene kot tudi stroka babiške nege sta bili dobro pripravljeni na ministrovovo pobudo, saj so javne ustanove, odgovorne za zdravstveno in babiško nego, prav tedaj zaključile nacionalno pilotno raziskavo, ki je trajala 3 leta in pol in je dosledno ocenila možnosti za uvedbo predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic (An Bord Altranais and the National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery / Irska zbornica zdravstvene nege, Nacionalni svet za strokovni razvoj zdravstvene nege in babištva, 2005).

Zakonodaja

Osnovna zakonodaja – Zakon Irskega sveta za zdravila (različne odredbe) (*Irish Medicines Board Act*), ki je omogočil vpeljavo samostojnega predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic, je bil sprejet maja 2006. Novembra istega leta je Ministrstvo za zdravje in otroke (Department of Health and Children¹) ustanovilo nacionalno delovno skupino, *Skupino za vire in izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinske sestre in babice*, za svetovanje glede predpisov, ki jih je bilo treba pripraviti (osnutke), in za nadzor nad vpeljavo predpisovanja na državni ravni (Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive, Department of Health and Children, An Bord Altranais, National Council for the Professional development of Nursing and Midwifery / Urad direktorja za storitve zdravstvene nege, v nadaljevanju Urad, Ministrstvo za zdravje in otroke, Irska zbornica zdravstvene nege, Nacionalni svet za strokovni razvoj zdravstvene nege in babištva, 2007). Predpisi, ki so sledili, Predpisi o zdravilih (predpisovanje in nadzor nad dobach) (sprememba), (Medicinal Products (Prescription and Control of Supply) (Amendment), Regulations, 2007, in Predpisi o zlorabi zdravil (sprememba), (Misuse of Drugs) (Amendment), Regulations, 2007, so bili podpisani kot zakon maja 2007, zakon, ki je natančno določil zahteve/pogoje za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic. Skupaj s Pravilnikom za medicinske sestre (Nurses Rules, 2007), ki ga je pripravila Irska zbornica zdravstvene nege, predstavljajo osnovo, na kateri je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic postalo resničnost l. 2007 (An Bord Altranais, 2007a). Za pridobitev dovoljenja za predpisovanje zdravil je treba izpolniti številne pogoje, in sicer:

- medicinska sestra/babica mora biti zaposlena pri izvajalcu zdravstvenih storitev v bolnišnici, v domu za starejše, na kliniki ali kakšni drugi zdravstveni ustanovi (vključno s kakršnimi koli zdravstvenimi storitvami, ki se nudijo na domu),
- zdravilo je tisto, ki ga dajejo med običajnim potekom storitve v okolju, v katerem se nudi zdravstvena storitev in v katerem je medicinska sestra/babica zaposlena,
- recept se izda v običajnem poteku nudenja te zdravstvene storitve,
- registrska številka Irske zbornice zdravstvene nege, imenovana tudi osebna identifikacijska številka (Personal Identification Number = PIN), mora biti navedena na receptu.

Poleg tega predpisi iz l. 2007 dovoljujejo izvajalcu zdravstvene storitve, da določi dodatne pogoje za dodelitev dovoljenja za predpisovanje zdravil s strani medicinskih

1 Ministrstvo za zdravje R Irske

sester in babic. Za Irsko je bila pripravljena nova shema, ki vsebuje omejitve in pogoje za medicinske sestre z dovoljenjem za predpisovanje, da predpisujejo dočena nadzorovana zdravila. Ta nova shema, znana kot Shema 8, vsebuje seznam specifičnih nadzorovanih zdravil, ki jih medicinske sestre ali babice z dovoljenjem lahko predpisujejo glede na njihov obseg prakse in področje dela. Določbe in specifični pogoji za predpisovanje so podrobno navedeni v Predpisih o zlorabi zdravil (Sprememba, 2007).

Dvojni okvir za predpisovanje zdravil s strani medicinske sestre in babice

Samostojno predpisovanje s strani medicinskih sester in babic je na Irskem podprtzo dvotirnim pristopom, ki zajema spremembe irske zakonodaje in vpeljavo novih strokovnih predpisov. Ta dvojni okvir omogoča diplomirani medicinski sestri ali babici, ki zaključi verificiran 6-mesečni podiplomski izobraževalni program in ima primerne klinične izkušnje, je registrirana, ima dovoljenje pri Irski zbornici zdravstvene nege kot diplomirana medicinska sestra ter ima dovoljenje izvajalca zdravstvenih storitev, pri katerem je zaposlena, da samostojno predpisuje vrsto zdravil v okviru obsega svoje prakse.

Podiplomski izobraževalni program

Šestmesečni izobraževalni program za pridobitev Certifikata za zdravstveno nego (predpisovanje s strani medicinskih sester in babic), ki ga financira Izvršna organizacija za zdravstvene storitve (Health Service Executive = HSE), ustanovljena l. 2007, in ga izvajata *School of Nursing, Royal College of Surgeons in Ireland (Visoka šola za zdravstveno nego, Kraljevi kolidž kirurgov na Irskem)* in *the Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, University College, Cork* (*Šola za zdravstveno nego in babištvo Catherine McAuley, Univerzitetna Visoka šola, Cork*) s preko 100 prostimi mesti na vsakih šest mesecev. Tečaj je sestavljen iz treh modulov, ki jih poučujejo stopenjsko. Šolski program potrdi Irska zbornica zdravstvene nege (An Bord Altranais) in mora zadostiti javno objavljenim Izobraževalnim zahtevam in standardom (2007b). Prva skupina 42-ih medicinskih sester in babic je opravila tečaj novembra 2007. Od l. 2007 je skupaj 5 izvajalcev programa v različnih regijah po Irski.

Sodelovanje izvajalca zdravstvenih storitev in kriteriji za vstop

Pred vstopom v izobraževalni program, s katerim oseba pridobi naziv diplomirane medicinske sestre za predpisovanje zdravil, je treba zadostiti vrsti drobnih zahtev, ki jih mora medicinska sestra ali babica izpolniti. Medicinska sestra ali

babica mora že biti registrirana v enem od oddelkov Registra medicinskih sester (splošni, psihiatrični, otroški, za motnje v duševnem razvoju, za babice, patronažne medicinske sestre); imeti mora najmanj 3 leta podiplomskih kliničnih izkušenj na svojem specifičnem področju, dokaz za nadaljnje izobraževanje in primereno stopnjo informacijske pismenosti.

Poleg tega mora ustanova, kjer je medicinska sestra zaposlena in kjer deluje, podpirati izobraževanje medicinske sestre ali babice pri pridobivanju Certifikata za medicinsko sestro/babico predpisovalko zdravil. Delodajalec mora poslati izjavo ustanove, s katero potrjuje organizacijsko strategijo za medicinske sestre predpisovalke zdravil in zagotavlja ustrezne sisteme za obvladovanje tveganja, dostop do Odbora za zdravila in terapevtiko, ime mentorja za vsako medicinsko sestro, koordinatorja za predpisovanje v ustanovi in potrdilo o zavezanosti k stальнemu izobraževanju za medicinske sestre predpisovalke zdravil (glej Razpredelnico 1).

Razpredelnica 1. Glavni kriteriji za sodelovanje izvajalcev zdravstvenih storitev

Zagotavljanje varnosti

- organizacijska strategija za predpisovanje s strani medicinskih sester in babic
- sposobnost, da varno vodi in zagotavlja kakovost predpisovalne prakse
- sistemi za obvladovanje tveganj v ustanovi in procesi za poročanje o neželenih dogodkih, nezgodah, o skorajnjih neželenih dogodkih in o napakah pri zdravilih

Razvoj izobraževanja in prakse

- trdni in dogovorjeni sporazumi o sodelovalni praksi
- imenovani zdravnik/mentor, ki se strinja, da bo razvijal dogovore o sodelovalni praksi
- ustrezni dogovori o mentorstvu z imenovanim mentorjem-zdravnikom
- zaveza za stalno izobraževanje osebja, ki podpira pobudo za medicinske sestre predpisovalke zdravil

Organizacija

- trdna zaveza bolnišnice, organizacijskega odbora ali izvršnega direktorja ali strokovnega direktorja/predsednika zdravniške zbornice, da podpira vpeljavo te pobude

- dostop do Komisije za zdravila in terapevtiko
- priprava vseh dogovorov za nadzor nad vpeljavo nove prakse v predpisovanju in zagotavljanje lokalnega vrednotenja
- imenovani posameznik, ki bo odgovoren za pobudo lokalno in bo povezava med izvajalcem izobraževanja in nacionalno Skupino za vire in izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic
- sposobnost za izpolnjevanje in zagotavljanje vnosa podatkov v Sistem za zbiranje podatkov o predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester in babic
- zagotavljanje pogojev, da bo imela medicinska sestra/babica predpisovalka zdravil dostop do računalnika, elektronske pošte in interneta za vnos podatkov v Sistem za zbiranje podatkov o predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester in babic (Sistem za spremljanje)

Nadzor in vrednotenje

- mehanizem za nadzor vpeljave prakse predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic

Vir: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008a, page 91).

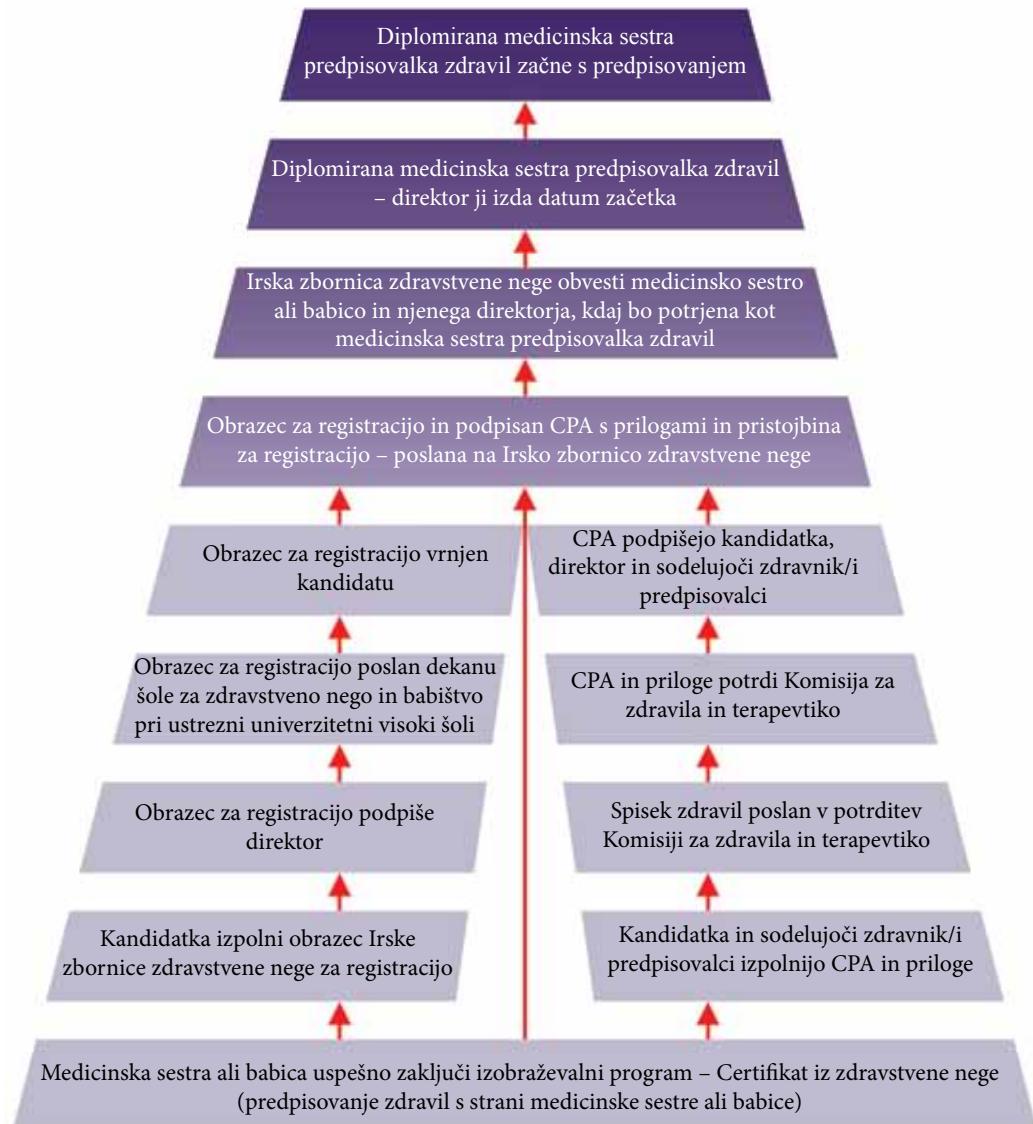
Razvoj izobraževalnega programa

Glede na potrebe izvajalcev storitev se je program nadgrajeval, tako da vključuje uporabo kombiniranega učenja: predavanja v učilnici so kombinirana z računalniško posredovanim učenjem preko spletne učilnice. Del programa, ki se izvaja preko spletja, sestavlja posnete govorne predstavitve, videi in interaktivne vaje in kvizi. Ta gradiva so študentom dostopna kadar koli, ko jim najbolj ustreza, zato ni potrebna prisotnost na spletu ob določenem času. Na voljo je tudi razpravljalni forum, ki omogoča medsebojno delovanje študent-učitelj. Del programa, ki se ne izvaja preko spletja, sestavlja vaje z uporabo opreme za video konference, ki podpirajo in izboljšujejo gradiva, podana preko spletja. Novi način posredovanja je izboljšan z uporabo elektronskega portfelja (ePNM) za medicinske sestre in babice. Študenti lahko uporabljajo ePNM za beleženje svojih sposobnosti, za oddajo nalog, razmišljanja o strokovnih izkušnjah in za zbiranje dokazov o stalnem strokovnem razvoju. Ta pripomoček pomaga, da program izvajajo na treh regionalnih krajih v državi s predavanji in vajami, predvajanimi preko video konference iz visoke šole (Watson, 2009). Ta novi pristop k organizaciji tečaja je znižal fizično prisotnost študentov na šoli s 26 na 13 dni.

Registracija pri Irski zbornici zdravstvene nege

Strokovni nadzorni okvir za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic je postavila Irska zbornica zdravstvene nege v Pravilniku za medicinske sestre (*Nurses Rules, 2007*), kar omogoča delitev registra za medicinske sestre predpisovalke zdravil. Register je javno dostopen na spletni strani Irske zbornice zdravstvene nege (<http://www.nursingboard.ie>), kjer je mogoče preveriti, ali je medicinska sestra registrirana za predpisovanje zdravil. Postopkovne zahteve za registracijo so predstavljene na Sliki 1.

Slika 1: Pot do prijave za registracijo pri Irski zbornici zdravstvene nege kot medicinska sestra/babica predpisovalka zdravil



Legenda

CPA = Sporazum o praksi sodelovanja

Vir: Office of the Nursing Services Director (2008a, page 47).

Sporazum o praksi sodelovanja

Eden od ključnih dokumentov, vezanih na upravljanje registracije in predpisovanja, je Sporazum o praksi sodelovanja / Collaborative Practice Agreement (CPA) (An Bord Altranais, 2007c). To je pisni sporazum med registrirano medicinsko sestro predpisovalko zdravil, zdravnikom/zdravniki (odobren s strani izvajalca zdravstvenih storitev/delodajalca) in izvajalcem zdravstvenih storitev, v katerem so navedeni dejavniki dovoljenja za predpisovanje za medicinsko sestro, npr. njen delokrog. Vsebuje splošen opis značilnosti prakse, kar vključuje populacijo in stanje, za katera je medicinska sestra odgovorna, in tudi seznam specifičnih zdravil (z generičnimi imeni) in/ali kategorije zdravil, za katere je pooblaščena, da jih predpisuje. Sporazum je podprt s principi strokovne zanesljivosti, odgovornosti, usposobljenosti in kliničnega vodenja. Vsebuje pa tudi predlogo za razvoj, nadzor in vrednotenje izvajanja predpisovanja v delovnem okolju. Sporazume je treba pregledati in obnavljati vsako leto; kadar se zaposlitev, za katero so bili prvotno namenjeni, zaključi ali spremeni, so sporazumi nični. Sporazum ima tudi datum začetka dovoljenja za predpisovanje in je predpogoj za registracijo pri Irski zboru zdravstvene nege kot medicinska sestra predpisovalka zdravil.

Proces priprave in izvajanja sprememb

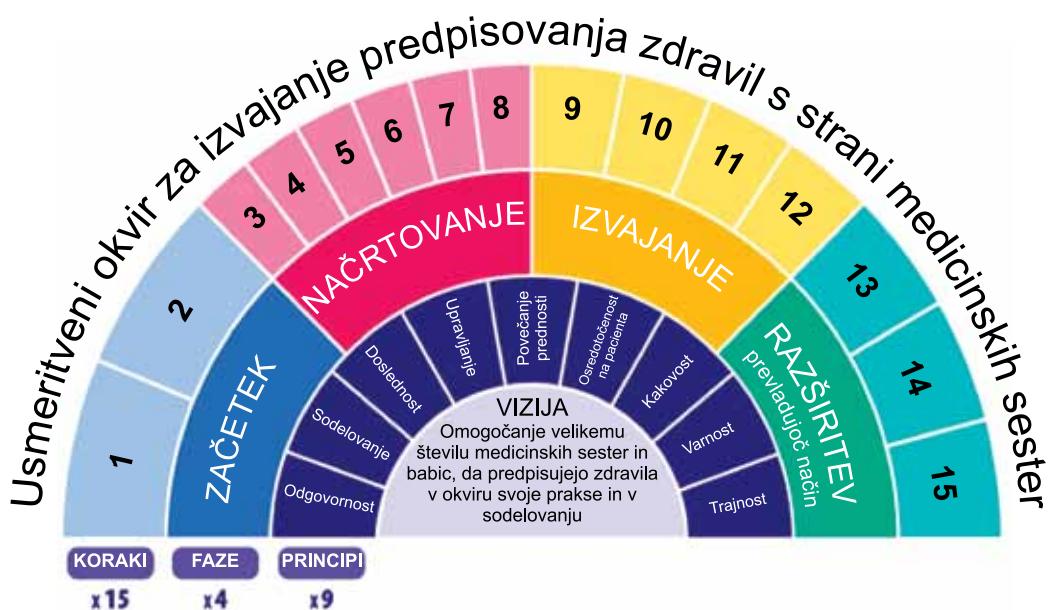
Urad direktorja za storitve zdravstvene nege pri HSE pod vodstvom Skupine za vire in izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic je bil odgovoren za: 1. izvajanje načrta za uvedbo predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic v storitvah javnega zdravja; 2. vzpostavitev klinične upravljalne strukture za podporo ustreznemu in varnemu predpisovanju s strani medicinskih sester in babic, in 3. razvoj krovnega mehanizma za vrednotenje pobude. Pobuda se je razvijala kot sodelovalni model dela na nacionalni, regionalni in lokalni ravni in je vključevala vse ključne interesne skupine. *Urad* je vzpostavil Nacionalni standardni okvir izvajanja, da bi zagotovili sistematično in enotno izvajanje pobude, kar je podprt z najboljšimi razpoložljivimi dokazi.

Podpora, ki jo dobijo izvajalci zdravstvenih storitev

V podporo izvajalcem zdravstvenih storitev je Izvršna organizacija za zdravstvene storitve imenovala direktorja za zdravstveno nego in babištvo in štiri pomočnike direktorja, da bi pospeševali in izvajali začetek predpisovanja. Ta skupina je decembra 2008 (a) objavila Usmeritveni okvir za izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem (*Guiding Framework for the*

Implementation of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland), ki so ga podprli z izjavo o viziji, devetimi principi, štirimi fazami vodenja spremembe in petnajstimi koraki za izvajanje (glej sliko 2).

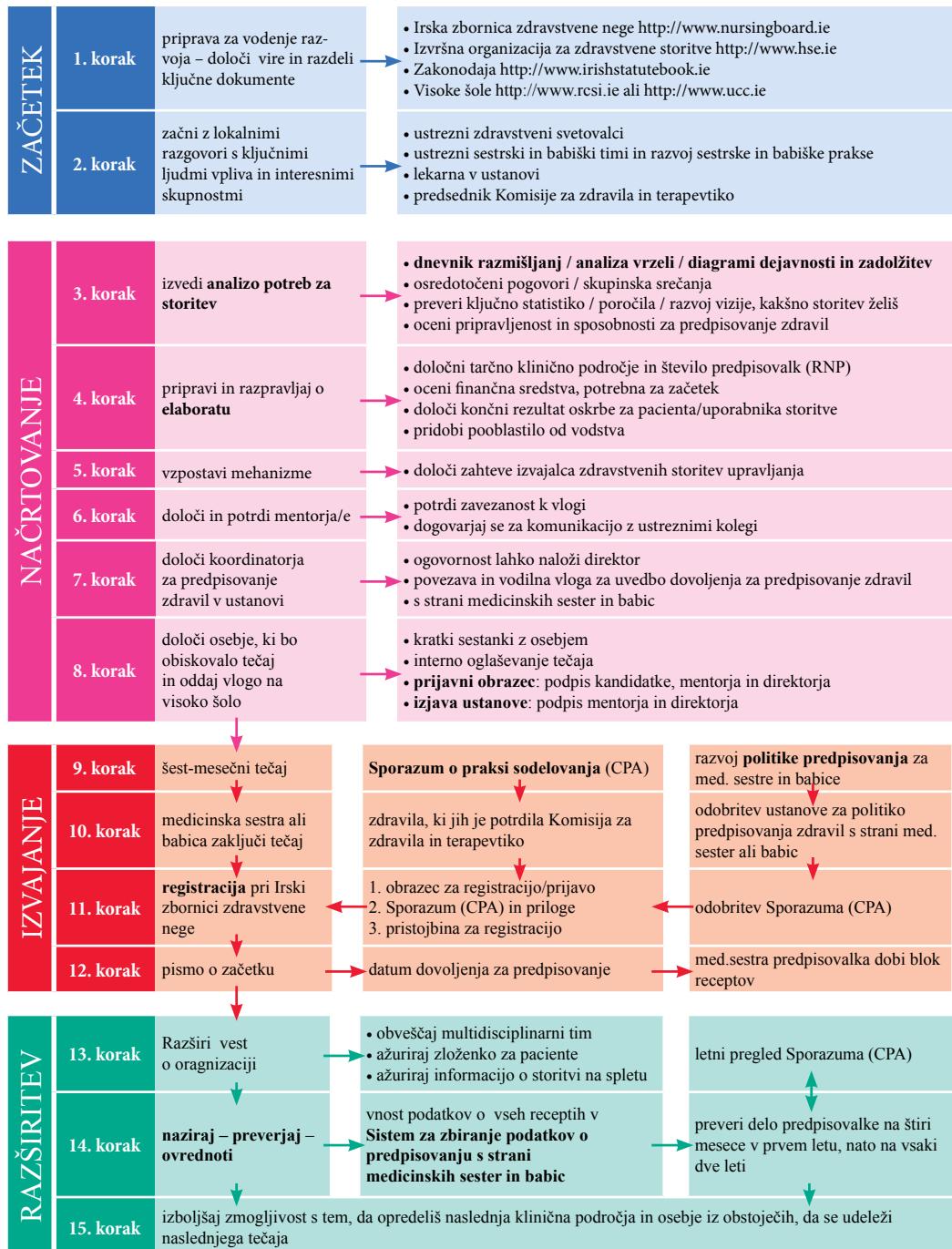
Slika 2: Usmeritveni okvir za izvajanje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic



Vir: Office of the Nursing Service Director (2008a, page 16).

Koraki in njihove faze znotraj življenskega cikla projektnega vodenja so jasno opredeljeni in vodijo vsakega izvajalca zdravstvenih storitev vse bliže k vpeljavi predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic (glej Sliko 3). Čeprav so prikazani zaporedno, se do njih dostopa v stalnem procesu, v katerem se prepletajo, v katerem so vsi koraki in stopnje medsebojno povezani in tudi vplivajo drug na drugega.

Slika 3: Koraki pri vpeljavi predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic



Vir: Office of the Nursing Service Director (2008a, page 19).

V podporo standardiziranemu pristopu k izvajanju in zavedajoč se velikega obsega dela za izvajalce zdravstvenih storitev je *Urad* razvil številne podporne mehanizme in pripravil publikacije (glej Razpredelnico 2).

Razpredelnica 2: Podporni materiali, ki jih je razvil Urad direktorja za storitve zdravstvene nege

Informacija o smernicah za pobudo predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic (*Information on Application Guidelines for the Nurse and Midwife Prescribing Initiative* (januar 2009)

- Elektronski komunikacijski mehanizem za stalno podporo medicinskim sestram predpisovalkam, imenovan Irska eMreža za medicinske sestre predpisovalke zdravil (*Irish-RNP-eNetwork*) (začetek decembra 2008)
 - Elektronski komunikacijski mehanizem za stalno podporo za koordinatorje predpisovanja v ustanovah, imenovan Irska eMreža za koordinatorje predpisovanja v ustanovah (*Irish-PSC-eNetwork* (začetek decembra 2008)
 - Zloženka za paciente: Medicinske sestre in babice predpisovalke zdravil: Kako skrbijo za vas (*Nurse and Midwife Prescribers How they Care for You*) (november 2008b)
 - Nacionalna politika za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester s področja motenj v duševnem razvoju (februar 2009a)
 - Nacionalna politika za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic s področij primarne zdravstvene nege, patronažnega varstva in stalne zdravstvene nege (september 2009b)
 - Nacionalna politika za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic v bolnišnicah za akutna stanja (oktober 2009c)
-

Vir: Office of the Nursing Services Director, accessible at: <http://hse.ie/go/nurse-prescribing>.

Komisija za zdravila in terapevtiko

Obstoj multidisciplinarne Komisije za zdravila in terapevtiko v ustanovi vsakega izvajalca zdravstvenih storitev je ena ključnih upravljalnih struktur, ki je nujna za podporo vpeljave predpisovanja s strani medicinskih sester in babic v vsaki ustanovi. Od vpeljave pobude za predpisovanje s strani medicinskih sester in babic je bilo osnovanih 31 novih komisij.

Število registriranih medicinskih sester predpisovalk zdravil

Prva registrirana medicinska sestra predpisovalka zdravil (angl.: RNP) se je pri Irski zbornici zdravstvene nege (An Bord Altranais) registrirala januarja 2008. Zdaj je takih medicinskih sester 453 iz 102 ustanov izvajalcev zdravstvenih storitev (56 s področja primarnega zdravstvenega varstva, patronažnega varstva in 44 iz bolnišnic za akutna stanja). Število RNP se povečuje vsak mesec. Trenutno se za registracijo pripravlja 347 kandidatov. Preko 800 kandidatov je centralno financiral *Urad*, da bi zaključili 6-mesečni podiplomski izobraževalni program.

Ena od osrednjih točk pobude je, da bi medicinska sestra ali babica vodila ambulante in zdravljenje kroničnih bolezni. Razpredelnica 3 podrobno prikazuje klinična področja, kjer so zaposlene registrirane medicinske sestre predpisovalke zdravil. Največ jih je na področju zdravstvene nege starejših (n=91), oddelkih za urgentno medicino (n=87) in babištva (n=81).

Razpredelnica 3: Klinična področja prakse registriranih medicinskih sester predpisovalk zdravil

Klinično področje in število medicinskih sester predpisovalk zdravil

1 Antikoagulanti 3	44 Pljučni rak koordinacija 1
2 Skrb za dojke 3	45 Duševno zdravje 64
3 Srčna rehabilitacija 7	46 Duševno zdravje zasvojenost 6
4 Kardiologija/koronarna oskrba 14	47 Otroška in adolescentna psihiatrija 1
5 Srce in prsni koš 4	48 Duševno zdravje patronaža 12
6 Skrb za starejše 91	49 Duševno zdravje povezava 8
7 Bolečine v prsih 8	50 Duševno zdravje psihiatrija za starejše 4
8 Pediatrija 7	51 Babištvo 81
9 Pediatrija cistična fibroza 2	52 Babištvo patronaža 12
10 Pediatrija urgenca 3	53 Babištvo svetovalec za kontinenco 2
11 Pediatrija hemoglobinopatija 2	54 Babištvo porod 14
12 Pediatrija enota za intenzivno nego 1	55 Babištvo diabetes 3
13 Pediatrija onko/hematologija 4	56 Babištvo laktacija 1
14 Otroški oddelek za kirurgijo 1	57 Babištvo kirurški oddelek 1
15 Otroško zdravljenje bolečine 3	58 Migrena 1
16 Pediatrija paliativna oskrba 1	59 Neonatologija 8

17 Pediatrija nefrologija	1	60 Nefrologija/ledvični	9
18 Otroški hendikep patronaža	1	61 Nevrologija	5
19 Pediatrija respiratorna	2	62 Zdravje pri delu	2
20 Intervencijska ekipa partonaža	2	63 Onkologija	21
21 Koloproktologija	1	64 Oddelek za kirurgijo	2
22 Kolorektalna	2	65 Oftalmologija	1
23 Kolposkopija	3	66 Ortopedija	7
24 Cistična fibroza	1	67 Osteoporoz	3
25 Dermatologija	8	68 Ambulantni pacienti	1
26 Diabetes	33	69 Paliativna oskrba	12
27 Zdravljenje z zdravili	2	70 Zdravljenje bolečine	17
28 Ušesa nos in grlo	1	71 Peritonealna dializa	3
29 Urgenca	87	72 Enota za oceno predoperativnega stanja	1
30 Epilepsijs	7	73 Zdravstvena nega v zaporu	11
31 Gastroenterologija/endoskopija	8	74 Patronaža	19
32 Gastrointestinalna	1	75 Radioterapija/radiologija	5
33 Splošna medicina	9	76 Respiratorna	16
34 Splošna kirurgija	5	77 Revmatologija	13
35 Ginekologija	3	78 Zdravljenje po spolnih napadih	6
36 Hematologija	10	79 Spolno zdravje	6
37 Hemodializa	2	80 Prenehanje kajenja	1
38 Srčno popuščanje	11	81 Nega stome	2
39 Transplantacija srca in pljuč	1	82 Kap/rehabilitacija po kapi	5
40 Infekcije preventiva in nadzor	1	83 Viabilnost tkiv / oskrba ran	14
41 Motnje v duševnem razvoju	30	84 Center za urgentno nego	01
42 Intenzivna zdravstvena nega	9	85 Urodinamika	1
43 Koordinacija za transplantacijo jeter	1	86 Cepljenje	1

Skupno število medicinskih sester predpisovalk = 454

Vir: Office of the Nursing Services Director, September 2012, neobjavljeno.

Nadzor vpeljave predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem

Ker so prepoznali potrebo po močnem nadzoru nad zagotavljanjem nove storitve, je Skupina za vire in izvajanje razvila Nacionalni minimalni nabor podatkov za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic za Irsko (*National Nurse and Midwife Prescribing Minimum Dataset for Ireland*; Office of the Nursing Services Director, 2008d). Ta osnovni nabor podatkov vsebuje 12 postavk podatkov; zbirajo se klasično na vsakem receptu, ki ga medicinska sestra predpisovalka napiše. Ker e-predpisovanje na Irskem še ni splošno dostopno, pa tudi da bi bilo zbiranje podatkov učinkovito in uporabniku prijazno, je Urad naročil razvoj spletno podprtga sistema za spremljanje. Sistem za zbiranje podatkov o predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester in babic (*Nurse and Midwife Prescribing Data Collection System*), ki je dostopen na <https://www.nurseprescribing.ie>, uporablja medicinske sestre predpisovalke zdravil, koordinatorji za predpisovanje v ustanovi in direktorji zdravstvene nege in babištva ter osebje *Urada direktorja za storitve zdravstvene nege*.

Standardizirana poročila ali *ad hoc* poizvedbe lahko uporabniki sistema pripravijo na ravni lokalnega izvajalca zdravstvenih storitev, HSE (Izvršna organizacija za zdravstvene storitve) ali na nacionalni ravni. V prvih dveh letih (25. 1. 2008 – 26. 1. 2010) so medicinske sestre predpisovalke zdravil predpisale 16.256 receptov za 12.970 pacientov za 23.847 zdravil.

Neodvisno nacionalno vrednotenje pobude za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic

Ko je minister za zdravje in otroke l. 2007 uvajal pobudo, se je obvezal, da bo dve leti po uvedbi revidiral *Predpise* za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic. Po javnem razpisu je delo dobila raziskovalna skupina Univerzitetne visoke šole v Dublinu in ga opravila v šestih mesecih, od januarja do konca junija 2009 (Drennan et al., 2009). Namenski cilj vrednotenja je bil pregledati učinkovitost uvedbe predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic ter ugotoviti, ali je model, ki ga je sprejela Irsko, dosegel navedene cilje glede kakovosti, pacientove varnosti, komunikacije in pacientovega/uporabnikovega ugodja in zadovoljstva. Vrednotenje je upoštevalo mnenja glavnih interesnih skupin, vključno z delodajalci, medicinskimi sestrami in babicami, tako predpisovalkami kot ne-predpisovalkami zdravil, zdravniško in farmacevtsko stroko, nadzorne organe, paciente in stranke.

Klinične interesne skupine so menile, da je predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic pozitivno vplivalo na izide pri pacientih, zadovoljstvo in skladnost. Na splošno je vrednotenje ugotovilo, da se razširitev dovoljenja za predpisovanje zdravil na medicinske sestre in babice razvija pozitivno, predvsem zaradi boljše oskrbe pacienta in strokovnega razvoja medicinskih sester in babic. S stališča medicinskih sester in babic predpisovalk zdravil je to povečalo njihovo samostojnost, stopnjo zadovoljstva s službo, zagotovilo boljšo izrabo njihovih sposobnosti in jim v končni fazi dovolilo, da skrbijo za pacienta celostno. Irski pacienti zelo podpirajo in sprejemajo predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic, ki zmanjšuje čakalne dobe in jim lajša dostop do zdravljenja, na katerega so morali prej morda čakati. Očitno je, da ima predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic podporo pri anketiranih, zastopnikih strok zdravstvene nege, medicine in farmacije. Poročilo je pokazalo, da je model za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic na Irskem varen in učinkovit.

Neodvisna ocenjevalna skupina je pripravila 10 priporočil, ki imajo jasno smer za nadaljevanje uvajanja samostojnega predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic po vsej Irski. Glavna priporočila se nanašajo na predpise, izobraževanje, registracijo, predpisovalno prakso in razvoj v prihodnosti. Poročilo je določilo merilo za stalno revizijo predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in babic s pomočjo merilnih orodij, specifičnih za irsko okolje. Ovrednotenje in priporočila je irski minister za zdravje in otroke sprejel in objavil 9. 10. 2009.

Sklep

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester in babic je bilo sprejeto pozitivno na vseh področjih, na katerih je bilo uvedeno, s prepoznavanjem številnih prednosti. Mednje sodi izboljšanje storitve za pacienta in uporabnike storitev zaradi zmanjšanja čakalnih dob in zaradi učinkovitejše uporabe sposobnosti medicinskih sester in babic. Dovoljenje za predpisovanje zdravil omogoča medicinskim sestram in babicam, da lahko učinkoviteje nudijo celostno oskrbo. Medicinske sestre in babice, ki imajo dovoljenje za predpisovanje zdravil, lahko zadostijo pacientovim potrebam pravočasno, kar izboljšuje izide pri pacientih.

Pravočasno in učinkovito izvajanje pobude, ki jo podpira nacionalni, strukturiran in dosleden pristop skupaj z ustreznim osebjem na vseh ravneh storitev javnega zdravja, je privedlo do več kot 453 registriranih medicinskih sester predpisovalk zdravil, in naslednjih 347, ki so že na poti k registraciji.

Literatura

An Bord Altranais and National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2005). *A Review of Nurses and Midwives in the Prescribing and Administration of Medicinal Products*. Dublin: An Bord Altranais and the National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery.

An Bord Altranais (2007a). *Nurses Rules 2007*. Dublin: An Bord Altranais.

An Bord Altranais (2007b) *Requirements and Standards for the Education programme for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*. Dublin: An Bord Altranais.

An Bord Altranais (2007c). *Collaborative Practice Agreement for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*. Dublin: An Bord Altranais.

Drennan J., Naughton C., Allen D., Dyde A., Feele P., O'Boyle K., Treacy P., Butler M. (2009). *Independent Evaluation of the Nurse and Midwife prescribing Initiative*. Dublin: University College Dublin.

Health Service Executive and The National Federation of Voluntary Bodies Providing Services to People with Intellectual Disability (2009a). *National Policy for Nurse Medicinal Product Prescribing for Intellectual Disability Services*. Dublin: Health Service Executive

Health Service Executive (2009b). *National Policy for Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing in Primary Community and Continuing Care*. Dublin: Health Service Executive.

Health Service Executive (2009c). *National Policy for Nurse and Midwife Medicinal Product Prescribing in Acute Hospitals*. Dublin: Health Service Executive.

Irish Medicines Board (Miscellaneous Provisions) Act, 2006 (Commencement Order) 2007. Dublin: Stationery Office.

Irish Medicines Board (Miscellaneous Provisions) Act, 2006. (Section 16 l (ii)). Dublin: Stationery Office.

Kroezen K., van Dijk L., Gronewegen P., Francke L. (2011). Nurse Prescribing of Medicines in Western European and Anglo-Saxon Countries: a Systematic review of the Literature. *BMC Health Services Research*. Vol11:127, str. 1–17.

Medicinal Products (Prescription and Control of Supply) (Amendment) Regulations 2007. Statutory Instruments No 201 of 2007. Dublin: Stationery Office.

Misuse of Drugs (Amendment) Regulations 2007. Statutory Instruments No. 200 of 2007. Dublin: Stationery Office.

Office of the Nursing Service Director, Health Service Executive (2009). *Information on Application Guidelines the Nurse and Midwife Prescribing Initiative*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008a). *Guiding Framework for the Implementation of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008b). *Patient and Service User Information Leaflet: nurse and midwife prescribers – how they care for you*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive (2008c). *Nurse and Midwife Prescribing Data Collection System*. Dublin: Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive.

Office of the Nursing Services Director, Health Service Executive, Department of Health and Children, An Bord Altranais, National Council for the Professional development of Nursing and Midwifery (2007) *The Introduction of Nurse and Midwifery Prescribing in Ireland: An overview*. Dublin: Health Service Executive.

Watson C. (2009). Certificate in Nursing (Nurse/Midwife Prescribing). Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland.

RAVNANJE Z ZDRAVILI – NADZOR, PRIPRAVA IN DAJANJE

Simona Mitrovič, mag. farm., spec.

*Lekarna UKC Ljubljana
simona.mitrovic@kclj.si*

IZVLEČEK

Vsa zdravila je treba nadzorovati, varovati in izdajati v skladu s sprejetimi standardi in veljavno zakonodajo. Zdravstvena organizacija – bolnišnica mora imeti sprejete standarde, ki zagotavljajo varnost pacientov in kakovost zdravljenja z zdravili. Vse osebe, ki sodelujejo pri procesu upravljanja z zdravili in pripravi zdravil, morajo pridobiti ustrezno znanje o zdravilih in veščine, ki jih potrdi odgovorna oseba.

Ključne besede: upravljanje z zdravili, nadzor nad zdravili, priprava zdravil na oddelku, odpadna zdravila

Uvod

Zdravilo je vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Za zdravilo velja tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki jo lahko uporabljamo pri ljudeh ali živalih oziroma jo dajemo ljudem ali živalim z namenom, da bi se znova vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije prek farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja ali da bi se določila diagnoza (Zakon o zdravilih, 2006).

Dajanje zdravil mora izvajati medicinsko osebje oziroma mora potekati pod nadzorom – izključno na podlagi pisnega naročila lečečega zdravnika in v skladu s sprejetimi medicinskimi standardi in postopki. Zdravstvena organizacija – bolnišnica mora imeti sprejete standarde, ki zagotavljajo varnost pacientov in kakovost zdravljenja z zdravili (National integrated, 2009).

Upravljanje z zdravili

Ko govorimo o upravljanju z zdravili v zdravstvenih ustanovah, moramo zajeti naslednje tematike:

- nadzor nad zdravili (shranjevanje, ravnanje z njimi, naročanje, pregledovanje roka uporabe, hladna veriga itd.) v oddelčnem depoju,
- priprava zdravil na oddelku,
- dajanje zdravil pacientu (poenoten sistem aplikacije različnih farmacevtskih oblik),
- zapadla in odpadna zdravila,
- zdravila, ki jih v bolnišnico prinesejo pacienti,
- kontinuirano izobraževanje o zdravilih.

Ravnanje z zdravili v oddelčnem depoju in nadzor

Namen pravilnega ravnanja in rednega nadzora nad zdravili na oddelku je optimiziranje zalog zdravil in zagotavljanje ustreznih pogojev shranjevanja glede na veljavne standarde, zahteve proizvajalca in pravilnike za posebne skupine zdravil, z namenom zagotavljanja učinkovite, varne in kakovostne oskrbe pacientov.

Ravnanje z zdravili v oddelčnem depoju obsega:

- učinkovito pripravo naročil,
- vzdrževanje optimalnih zalog zdravil,
- zagotavljanje ustreznega in varovanega shranjevanja zdravil,
- spremljanje rokov uporabnosti zdravil,
- skrb za minimalno količino odpadnih zdravil in zdravil s pretečenim rokom uporabnosti (National integrated, 2009).

Za zagotavljanje ustreznega ravnanja z zdravili skladno s sprejetim standardom je odgovorna s strani lekarne in predstojnika oddelka pooblaščena diplomirana medicinska sestra ali njen namestnik. Magister farmacije mora izvajati kontinuiran nadzor nad ravnanjem z zdravili v oddelčnem depoju. Nadzor se izvaja po predpisanih standardih, ki hkrati opredeljujejo ravnanje z zdravili v oddelčnih depojih.

V oddelčnem depoju naj bodo samo zdravila, ki so v uporabi. Zdravila, ki jih oddelek ne potrebuje, se morajo vračati v lekarno v skladu s sprejetim standardom ustanove. Dostop do zdravil imajo lahko samo pooblaščene osebe. Zdravila morajo biti shranjena pod ključem (National integrated, 2009).

Ravnanje z zdravili v oddelčnem depoju zajema:

- Zdravila na oddelkih se shranjujejo na mestu z ustreznimi klimatskimi pogoji (na hladnem: 2 do 8° C, sobna temperatura: do 25° C). O pogojih shranjevanja moramo voditi pisne evidence.
- O pregledih zalog zdravil in rokov uporabnosti v oddelčnem depoju je treba voditi pisne evidence.
- Zdravila, ki vsebujejo narkotične in psihotropne snovi, morajo biti shranjena "pod ključem" v trezorju in so dostopna samo pooblaščenemu osebju oddelka. Vodenje evidenc o izdaji oz. aplikaciji mora biti pod nadzorom farmacevta. Pečatenje knjig za vodenje evidenc mora opraviti farmacevt.
- Zdravila se praviloma shranjujejo ločeno po farmacevtskih oblikah (ampule, infuzijske raztopine, trdne farmacevtske oblike itd.).
- Zdravila praviloma shranujemo po abecednem vrstnem redu, antibiotiki so ločeni od ostalih zdravil.
- Načete škatlice zdravil jasno označimo na vseh ploskvah tako, da ploskev prekržamo in napišemo datum prve uporabe zdravila.
- Ravnanje z odpadnimi in zapadlimi zdravili: na oddelku mora biti prostor, ki je namenjen shranjevanju odpadnih zdravil.
- Ravnanje z zdravili, ki so last pacienta: na oddelku mora biti prostor, namenjen shranjevanju pacientovih zdravil (National integrated, 2009).

Priprava zdravil na oddelku

Priprava zdravil obsega: pripravo zdravil za parenteralno aplikacijo in pripravo zdravil za aplikacijo po sondi. Priprava zdravil mora biti opisana v standardnem operativnem postopku in vse osebe, ki sodelujejo pri pripravi, morajo pridobiti ustrezno znanje in veščine, ki jih potrdi odgovorna oseba.

Postopek za pripravo parenteralnih zdravil mora vsebovati:

- nabor podatkov, ki jih potrebujemo za pripravo: jakost, odmerek, nosilna raztopina, volumen nosilne raztopine, čas aplikacije, odmerni interval;
- opis prostora za pripravo parenteralnih zdravil: prostor za pripravo zdravil za parenteralno aplikacijo mora biti miren in brez motenj iz okolja. Osebju je treba zagotoviti zbranost pri delu;
- signiranje oz. označevanje pripravljenega zdravila: signatura mora vsebovati ime in priimek pacienta, ime in odmerek zdravila, ime nosilne raztopine,

datum in uro priprave, parafo izdelovalca, če je potrebno pa tudi rok uporabe pripravljenega zdravila in posebne pogoje shranjevanja;

- postopek priprave zdravila za parenteralno aplikacijo – pri postopku priprave mora oseba uporabljati zaščitna sredstva: kapo, masko, rokavice.

Če je za ustrezeno odmerjanje zdravila potrebno kakršnokoli izračunavanje, mora medicinska sestra narediti izračun z metodo dvojne kontrole. Izračunano vrednost je treba zapisati v terapijski list. Pred pripravo se moramo prepričati, da so podatki o predpisani terapiji popolni, nedvoumni in čitljivo napisani in da v celoti omogočajo natančno in varno interpretacijo načrtovane terapije, pa tudi varno pripravo. Zdravilo za parenteralno aplikacijo je treba pripraviti skladno z zahtevami predpisovalca ob upoštevanju tehničnih navodil proizvajalca zdravil in navodil za varno ravnanje z zdravili, ki jih pripravi lekarna.

Priprava zdravil za aplikacijo po sondi

Aplikacija zdravil po sondi navadno predstavlja neodobreno (off-label) uporabo zdravil. Tak način aplikacije in morebitni neželeni učinki, ki so posledica načina aplikacije, je odgovornost zdravstvenih delavcev (zdravnik, farmacevt, medicinska sestra), ki zdravila predpisujejo, jih pripravijo in aplicirajo!

Pri izbiri primerne farmacevtske oblike za aplikacijo po sondi moramo upoštevati številne dejavnike. Najprimernejše farmacevtske oblike za aplikacijo po sondi so raztopine in tablete, ki se hitro raztopijo (v manj kot 2 minutah). Če je na voljo kakršnakoli druga možnost, tablet ne drobimo oz. ne odpiramo kapsul.

Ne drži vedno, da je tekoča farmacevtska oblika v prednosti pred tabletami. Vedno moramo pri izbiri upoštevati tudi potrebe pacienta! (White, Bradnam, 2010).

Trdne farmacevtske oblike, ki so primerne za aplikacijo po sondi:

- lahko topne tablete se v vodi hitro (v 1 do 2 minutah) raztopijo v raztopino zdravilne učinkovine;
- šumeče tablete vsebujejo večje količine pomožnih snovi za lažje raztopljanje (natrijev ali kalijev karbonat ali hidrogenkarbonat ter citronska ali vinska kislina). Za šumeče tablete je praviloma značilna visoka vsebnost natrija. Za raztopljanje šumečih tablet za aplikacijo po sondi moramo uporabiti manjšo količino vode ($\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ normalno potrebne količine);

- čeprav so disperzibilne tablete namenjene za peroralno uporabo, v vodi razpadajo na delce. Za aplikacijo po sondi niso vedno uporabne, ker so delci lahko preveliki in bi zamašili sondi;
- tablete, ki v vodi ne razpadajo, moramo zdrobiti. Drobljenje tablet je zadnja možnost za aplikacijo zdravil po sondi. Pri drobljenju tablet pride do prašenja. Prah je izpostavljen tako osebje kot tudi pacient. Tableto/tablete prenesemo v tarilnico z gladkimi stenami (porozne stene niso primerne) in jo/jih s pestilom zdrobimo v fin prah; pri tem pazimo, da je vsa vsebina v tarilnici. Dodamo dodatnih 5–10 ml vode, nadaljujemo z drobljenjem in mešanjem paste, da dobimo fino suspenzijo. Prepričamo se, da niso prisotni delci obloge oz. večji delci tablet. Suspenzijo prenesemo v primerno brizgo. Po končani uporabi tarilnico dobro očistimo; s tem zagotovimo, da v njej in na pestilu ni več ostankov zdravila. Za drobljenje lahko uporabimo tudi drobilec za tablete;
- trde želatinske kapsule lahko odpremo in prah zmešamo z vodo. Pri tem obstaja mnogo pomislek, vključno s tveganjem zaradi vdihovanja prahov. V nekaterih kapsulah ni prahu, ampak so napolnjene z zrnici, ki jih ne smemo zdrobiti (White, Bradnam, 2010).

Trdne farmacevtske oblike, ki niso primerne za aplikacijo po sondi:

- tablete s prirejenim sproščanjem so izdelane tako, da se zdravilna učinkovina sprošča skozi daljši čas. Praviloma niso primerne za aplikacijo po sondi, ker s spremenjanjem farmacevtske oblike, npr. drobljenjem, spremenimo farmakokinetski profil zdravila, posledice pa so lahko povišane plazemske koncentracije in neželeni učinki zdravila;
- bukalne in podjezične tablete so namenjene absorpciji skozi ustno sluznico in niso primerne za aplikacijo po sondi;
- zdravilne učinkovine v mehkih želatinskih kapsulah so navadno slabo topne v vodi in so v obliki oljne raztopine v mehkih želatinskih kapsulah. Zato niso primerne za aplikacijo po sondi. V posebnih primerih lahko prebodemo ovojnico mehke želatinske kapsule in vsebino iztisnemo. Pri tem se moramo zavedati, da je odmerjanje vprašljivo;
- gastrorezistentne tablete so prevlečene z oblogo, ki preprečuje razgradnjo zdravilnih učinkovin zaradi vpliva želodčnega soka in zmanjša pojavljanje stranskih učinkov. Drobljenje gastrorezistentnih tablet pomeni odstranitev obloge. Aplikacija po gastrični sondi pomeni razgradnjo zdravilne učinkovine v želodcu, pri tem pa ne moremo predvideti obsega razgradnje. Zato je

priporočljivo, da izrabimo katerokoli drugo farmacevtsko obliko zdravilne učinkovine;

- uporabnost farmacevtskih oblik za injiciranje za aplikacijo po sondi je zelo različna. Zdravilne učinkovine v farmacevtskih oblikah za injiciranje so pogosto druge soli zdravilnih učinkovin kot za peroralno uporabo, zato bio-razpoložljivost zdravilne učinkovine ni poznana. Prav tako je lahko problematičen tudi pH farmacevtskih oblik za injiciranje in so zato neprimerne za aplikacijo po sondi. Uporabnost farmacevtskih oblik za injiciranje za aplikacijo po sondi je treba preveriti v literaturi (White, Bradnam, 2010).

Poenoten sistem aplikacije različnih farmacevtskih oblik

Aplikacija (uporaba) zdravila je vnašanje zdravila v ali na organizem. Način uporabe zdravila je naveden v navodilih proizvajalca za uporabo zdravila in nam pove, kakšen postopek in kakšno pot pri tem uporabimo. Poenoten sistem aplikacije različnih farmacevtskih oblik (peroralne, oralne, dermalne, rektalne, vaginalne, parenteralne, farmacevtske oblike za oko, uho in nos) naj bo v obliki splošnih navodil in je namenjen medicinskim sestram zato, da lahko vsaka medicinska sestra, ne glede na specifičnost oddelka oz. dela, na enak način po sprejetih standardih aplicira pacientu določeno farmacevtsko obliko. Splošna navodila naj vsebujejo korake, ki jih mora medicinska sestra upoštevati pred, pri in po aplikaciji zdravil, ter pomembna opozorila glede specifičnosti določene farmacevtske oblike.

Dajanje zdravil mora potekati s strani ali pod nadzorom medicinskega osebja; izključno na podlagi pisnega naročila lečečega zdravnika in v skladu s sprejetimi medicinskimi standardi in postopki.

Pacienti morajo dobiti zdravila v razponu 30 minut pred oz. po predvidenem terminu za aplikacijo, razen respiratorne terapije, ki jo lahko apliciramo v razponu 60 minut pred oz. po terminu, določenem za aplikacijo. Vsaka aplikacija zdravila mora biti zabeležena s podpisom oz. parafo (National integrated, 2009).

Odpadna in zapadla zdravila

Odpadna zdravila so tista, ki iz kakršnihkoli razlogov postanejo neuporabna, in ostanki zdravil, vključno z njihovo stično ovojnino. Postopke ravnanja z odpadnimi zdravili opredeljuje Uredba o ravnanju z odpadnimi zdravili (2008). Med odpadna zdravila uvrščamo tudi zapadla zdravila oz. zdravila s pretečenim rokom uporabe.

Primeri tovrstnih odpadkov (18 01 09):

- so vsa neuporabljena ali delno uporabljena zdravila v vseh agregatnih stanjih (razen citostatičnih in citotoksičnih odpadkov, ki se uvrščajo v klasifikacijsko številko 18 01 08),
- zdravila s pretečenim rokom uporabe,
- zdravila v vseh farmacevtskih oblikah, kot so tablete, kapsule, mazila, svečke, kapljice ipd.

Med odpadna zdravila ne sodijo:

- zdravila, ki so bila v stiku s pacientom,
- enteralna prehrana,
- dializne raztopine,
- fiziološka raztopina in
- kontrastna sredstva.

Odpadna zdravila moramo zbirati v za to primerne posode (sodček). Odgovorna oseba na oddelku namesti sodček na dogovorjeno mesto. Odpadna zdravila, ki se zbirajo v za to primernih posodah na oddelkih, so načeta in ne do konca porabljeni zdravila v tekoči obliki (ampule, viale itd.) in jih v sodčke odvržemo v stični ovojnini. Stična ovojnina je vsebnik ali druga oblika ovojnine, ki je v neposrednem stiku z zdravilom. Sekundarno embalažo zdravil je treba oddati ločeno, kot odpadno embalažo s klasifikacijsko skupino. Neposredno v sodčku lahko zbiramo ostanke zdravil v stični ovojnini (npr. viale, stekleničke, plastenke, itd.).

Odprte in ne do konca porabljeni ampule odlagamo v embalažo, ki mora biti takšna, da prepreči iztekanje vsebine v sodček. Embalažo je treba označiti s klasifikacijsko številko odpadka – Odpadna zdravila 18 01 09. Napolnjeno embalažo dobro zaprto odložimo v sodček. Vsak sodček mora biti označen tako, da je zagotovljena sledljivost oz. mesto nastanka odpadka. Preden zapadla zdravila (zdravila s pretečenim rokom uporabe) zavrzemo kot odpadna, jih je treba popisati in opraviti finančno vrednotenje, saj je količina zapadlih zdravil lahko posledica neustreznega naročanja oz. ravnjanja v obliki kopiranja zalog zdravil.

Zdravila, ki jih v bolnišnico prinesejo pacienti

Bolnišnica mora za svoje paciente zagotavljati varno zdravljenje tudi z zdravili, ki jih ti prinesejo s seboj ob sprejemu v bolnišnico. To so zdravila brez recepta, zdravila, ki niso na bolnišnični listi, in prehranska dopolnila; obravnavamo jih po

enakem postopku kot zdravila, ki jih je pacientu predpisal zdravnik za zdravljenje v času hospitalizacije.

V skladu s Pravili osnovnega zdravstvenega zavarovanja mora bolnišnica v času hospitalizacije pacientu zagotoviti vsa zdravila, ki jih ta potrebuje. Zato se lahko zdravila, prinesena s strani pacientov, uporabljajo le izjemoma.

Ker pogoji shranjevanja in ravnana z zdravili pred pacientovo hospitalizacijo niso znani, bolnišnica ne more zagotoviti kakovosti zdravil, ki jih pacient prinese s seboj. Zdravila, ki jih ima s seboj ob sprejemu v bolnišnico, lahko pacient uporablja v času zdravljenja v bolnišnici, če so bili pred uporabo ali aplikacijo izpolnjeni naslednji pogoji:

- pacient uporablja zdravila kot kronično terapijo za zdravstvena stanja, ki niso povezana z vzrokom hospitalizacije;
- zdravila niso uvrščena na bolnišnično listo zdravil;
- zdravila morajo biti pregledana: potrditi moramo njihovo organoleptično ne-oporečnost in jih označiti s pacientovim imenom in priimkom. Zdravila pacientov se morajo shranjevati ločeno od ostalih zdravil in biti označena z imenom in priimkom pacienta;
- pacient lahko uporablja s seboj prinesena zdravila, če zdravnik to pisno oddeli. To velja tudi za zdravila, ki niso na bolnišnični listi zdravil, in za recepta prosta zdravila ter prehranska dopolnila;
- v nobenem primeru medicinska sestra ne prevzame zdravil pacienta, če je zunanjina ovojnina pomečkana, umazana in kaže na neustrezne higienске in druge pogoje shranjevanja zdravil;
- zdravil ne vzamemo v primeru, ko pri pacientu sumimo na prenosljive okužbe;
- če svojci oz. skrbniki zdravil pacienta, ki jih ne bo potreboval za zdravljenje v bolnišnici, ne odnesejo domov, jih medicinska sestra označi z imenom in priimkom pacienta ter shrani na za ta namen določeno mesto, ločeno od ostale zaloge zdravil. Ob odpustu medicinska sestra pacientu vrne njegova zdravila;
- zdravila, ki so last pacienta in so po njegovem odpustu iz bolnišnice ostala v bolnišnici, oddamo v uničenje.

Kontinuirano izobraževanje o zdravilih

Vse osebe, ki sodelujejo pri procesu upravljanja z zdravili in pripravi zdravil, morajo pridobiti ustrezno znanje o zdravilih in veščine, ki jih potrdi odgovorna

oseba. V procesu izobraževanja osebe pridobijo kompetence oz. postanejo usposobljene za delo z zdravili. Osebje mora imeti zagotovljeno razpoložljivost informacij o zdravilih.

Razprava

Ključne usmeritve zdravstvene organizacije pri sprejemanju standardov, ki vključujejo ravnanje z zdravili, so: varnost pacientov, jasna navodila za ravnanje z zdravili, določitev pristojnosti in odgovornosti zdravstvenega osebja (zdravnik, farmacevt in medicinska sestra) in dostopnost do informacij o zdravilih. Sprejemanje standardov, navodil glede varnega ravnanja z zdravili in terapije z zdravili je smiselno v sklopu skupine, ki naj jo sestavljajo vsi zdravstveni profili, vpleteni v ravnanje z zdravili. Skupina mora konstantno prepoznavati potrebe po določenih navodilih in standardih v zdravstveni organizaciji, kar vključuje tudi izboljšave na podlagi obravnavanih odklonov, povezanih z zdravili. Največkrat so vzroki za pojav odklonov povezani s preobremenjenostjo osebja, nedoslednim sistemom, ki dopušča odklone, ali pa z nekontinuiranim izobraževanjem glede novosti v povezavi z zdravili.

Sklep

Vsa zdravila je treba nadzorovati, varovati in izdajati v skladu s sprejetimi standardi in veljavno zakonodajo. Zdravstvena organizacija – bolnišnica mora imeti sprejete standarde, ki zagotavljajo varnost pacientov in kakovost zdravljenja z zdravili. Zahteve standardov morajo biti zasnovane tako, da podpirajo razvoj ter kontinuirano izboljševanje kakovosti zdravstva in varnosti pacientov v bolnišnicah. Na osnovi izpolnjevanja zahtev standardov lahko dosežemo, da bo pacient dobil kakovostno, varno in učinkovito zdravilo.

Literatura

National integrated accreditation for healthcare organizations (NIAHOSM). Det Norske Veritas Healthcare, Inc. 2005-2009; 2009: 40–51. Dostopno na: http://pntb.org/wordpress/wp-content/uploads/NIAHO-Interpretive-Guidelines_18c.pdf (20.10.2012).

Uredba o ravnanju z odpadnimi zdravili. Uradni list Republike Slovenije št. 105/2008.

Zakon o zdravilih. Uradni list Republike Slovenije št. 31/2006.

White R, Bradnam V. Handbook of drug administration via enteral feeding tubes. 2nd ed. London: Pharmaceutical press; 2010: 23–35.

OD ZANEMARLJIVIH ZMOT DO NEŽELENIH DOGODKOV PRI UPORABI ZDRAVIL

Andrej Bračič, dipl. zn.

*Univerzitetni klinični center Ljubljana
andrej.bracic@kclj.si*

IZVLEČEK

Izhodišča: Prispevek skozi neželene dogodke oziroma napake obravnava področje varnosti pri predpisovanju in uporabi zdravil. Napake pri predpisovanju in aplikaciji zdravil so v Zahodni Evropi in Združenih državah Amerike velik varnostni, predvsem pa finančni problem. Na področju varnosti izvajajo številne raziskave in izboljšujejo varnostne ukrepe. V slovenskem prostoru je na omenjenem področju moč zaslediti zelo malo kliničnih študij, ki bi ponujale popis dejanskega stanja glede obsega odklonov in tveganj za njih. **Namen:** Namen prispevka je prikazati osnovne pojme na področju varne uporabe zdravil, okoliščine, ki vplivajo na varnost, in odnos izvajalcev zdravstvenih storitev do teh okoliščin. **Metode:** V prispevku je uporabljena deskriptivna raziskovalna metoda s kritičnim pregledom literature. Podatki so bili zbrani iz področne literature, objavljene v ameriškem in evropskem prostoru, ter spletnih strani Ministrstva za zdravje in The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention iz Združenih držav Amerike. **Razprava:** Napake pri ravnjanju z zdravili so najpogosteji preprečljivi vzroki neželenih dogodkov in najpogosteje napake, ki se zgodijo v zdravstveni obravnavi pacientov. Povzročijo pomemben delež smrti in stroškov v zdravstveni obravnavi. Predstavljene študije opisujejo, da sovplivanje različnih – na prvi pogled zanemarljivih – vzrokov, kot so neprimerno delovno okolje, kompleksni procesi, prekinitev med procesom dela, neprimerna komunikacija med zdravniki in medicinskimi sestrami, zvišujejo verjetnost za nastanek napak. Pomemben element za nastanek napak so omenjeni latentni pogoji, ki so predpogoji za nastanek neželenih dogodkov. Izpostavljen je tudi odnos zdravstvenih delavcev do neželenih dogodkov pri uporabi zdravil ter ukrepi za preprečevanje napak, ki so osredotočeni na odnos izvajalcev zdravstvenih storitev do varnostnih mehanizmov. **Sklep:** Predpogoji za učinkovito standardizacijo in ureditev področja je, da se je treba zavedati nedorečenih vprašanj in poznati obstoječe procese, ki privedejo oz. bi lahko privedli do napak.

Ključne besede: napake pri uporabi zdravil, varnost, varnostna kultura, odkloni

Uvod

V zdravstvu se soočamo z vedno večjimi strokovnimi zahtevami. Ob povečanem obsegu dela se povečuje tudi možnost napak, neželenih dogodkov in neželenih učinkov zdravil. Napake pri predpisovanju in uporabi zdravil so v Združenih državah Amerike velik varnostni, predvsem pa finančni problem, ki sproža številne razprave; v teku so tudi mnoge raziskave in izboljševanje varnostnih ukrepov. V Sloveniji ni moč zaslediti veliko raziskav v povezavi z neželenimi dogodki pri uporabi zdravil, zato nam obstoječi podatki ne ponujajo celovitega vpogleda v področje varnosti pri uporabi zdravil, v dejanski obseg napak pri uporabi zdravil, neželenih dogodkov in stranskih učinkov zdravil.

Namen prispevka je na podlagi tuje strokovne literature in strokovnih izkušenj prikazati osnovne pojme na področju varne uporabe zdravil in okoliščine, ki vplivajo na varnost in odnos izvajalcev zdravstvenih storitev do teh okoliščin.

Metode

Izbor literature je bil izveden v podatkovnih bazah PubMed in CINAHL. Literatura je bila poiskan na podlagi naslednjih ključnih besed: napake pri uporabi zdravil, varnost, varnostna kultura, odkloni in v angleškem jeziku medication error, safety, medications. Kriteriji za izbor literature so bile vse vrste študij, ki so obravnavale varnost na področju predpisovanja, uporabe zdravil in odkrivanja odklonov v bolnišnicah ter so zajemale področje dela medicinskih sester. Iskanje je bilo omejeno na besedila v angleškem jeziku za obdobje od leta 2000 do 2012. Po pregledu izvlečkov je bil opravljen podrobnejši študij tekstov. V nadaljevanju sta bili pregledani spletni strani slovenskega Ministrstva za Zdravje in The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention iz Združenih držav Amerike. Z obeh spletnih strani so bila izbrana priporočila, ki se dotikajo izbranih ugotovitev iz pregleda področne literature. Pregledano je bilo Priporočilo Obora ministrov iz leta 2006 državam članicam Evropske unije o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu.

Terminologija na področju varne uporabe zdravil

Napake pri ravnanju z zdravili so najpogostejši preprečljivi vzroki neželenih dogodkov in evropske zdravstvene oblasti naj bi jih prioritetno upoštevale pri organiziranju zdravstvenih politik. Področje obsega tako stranske učinke zdravil kot tudi napake pri ravnanju z njimi. To dvoje moramo jasno razločevati. V okviru Priporočila Odbora ministrov Sveta Evrope je zapisano, da naj programi za

varnost pacientov uporabljajo usklajen jezik in terminologijo. »Varnostni zaplet pri pacientu« definirajo kot nemamerni ali nepričakovani zaplet, ki bi lahko ali je škodoval pacientu med zdravstveno oskrbo. V dokumentih so uporabljeni različni izrazi, na primer neželeni dogodki, zdravstvene napake in skorajšnje napake (Council of Europe, 2006).

V osnovni terminologiji je treba ločiti osnovne pojme in nekatere sinonime, ki so v strokovni javnosti splošno sprejeti. Splošno sprejeta definicija napake pri uporabi zdravil (medication error) Nacionalnega sveta za koordinacijo poročanja in preprečevanja napak v Združenih državah Amerike je vsak dogodek v povezavi z zdravili, ki ga je možno preprečiti in lahko vodi v neprimerno uporabo zdravil ali povzroči škodo pacientu ob ravnjanju z zdravili s strani zdravstvenega osebja, pacientov oziroma uporabnikov zdravila. Ti dogodki so lahko povezani z zdravstveno prakso, medicinskimipripomočki, postopki pri ravnjanju z zdravili – od predpisovanja, primernih navodil, označevanja in pakiranja zdravil do priprave, uporabe in spremeljanja uporabe zdravil ter izobraževanja. Napake oziroma odstopanja od splošno veljavnih predpisov, smernic ali priporočil za oskrbo pacientov so razmeroma pogoste, vendar na srečo ne povzročajo pacientu nobene ali pa le lažjo škodo (The National Coordinating Council, 2005). Do uporabnikov bolj prijazna definicija je tista, ki napako, povezano z zdravilom, definira kot vsako napako v postopku predpisovanja, izdajanja ali dajanja zdravila, ne glede na morebitne škodljive posledice za pacienta (Možina, 2004).

Kot sinonim je pogosto v uporabi izraz neželen dogodek pri uporabi zdravil (adverse drug event); to je izraz, ki poleg napak zajema tudi neželene učinke zdravil in pomeni vsak dogodek, povezan z zdravilom, ki pri pacientu povzroči kakršen koli neželen učinek. Kot škodljive, neželene učinke zdravil (adverse drug reactions) poimenujemo nenamerne, neželene ali škodljive posledice zdravil, ki so bila dana v običajnih odmerkih. Neželenih učinkov zdravil ne štejemo med napake pri zdravljenju, temveč med neželene dogodke (adverse events) v širšem pomenu besede (Nebeker, Barach, Samore, 2004). Poseben izraz, ki je v uporabi pri poročanju o zapletih Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, je opozorilen nevarni dogodek – pomeni katerikoli dogodek, ki privede ali bi lahko privедel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne ali duševne funkcije. To je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom pacientove bolezni. Pomeni nepredvideno odstopanje v procesu ali izidu zdravstvene in druge oskrbe. Opozorilni se imenuje zato, ker zahteva takojšnje ukrepanje, če se ponovi, pa lahko privede do resne škodljivosti za paciente. Je resnejši kot medicinska napaka. Ti dogodki najpogosteje nastanejo zaradi napake opustitve ali zaradi napake izvršitve nekega dejanja, posega ali ukrepa (Ministrstvo za zdravje, 2012).

Obseg napak in vzroki za napake na področju uporabe zdravil

Napake, povezane z zdravili, so najpogosteje napake, ki se zgodijo v zdravstveni obravnavi pacientov. Ocenjujejo, da približno 1–2 % vseh hospitaliziranih pacientov utrpi 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). Podobna študija, ki je zajemala 19 bolnišnic v Angliji, navaja 8,9 % napak na 100 predpisov zdravil (Glavin, 2010). Posledice neželenih dogodkov pri uporabi zdravil so povezane s podaljševanjem ležalnih dob in zvišanjem umrljivosti. Približno polovico neželenih dogodkov bi bilo mogoče preprečiti (Klopotowska et al., 2012).

V ZDA porabijo zaradi posledic napak v povezavi z zdravili 3,5 milijarde dolarjev. V izogib napakam predlagajo računalniško podprt sistem naročanja, ki bi sprožil alarm ob napačnih naročilih (nekompatibilnost zdravil, napačen odmerek itd.) ali spremembni ovojnini zdravil (zdravila z različnimi učinki ne bi smela biti v podobni ovojnini) ipd. (Fineberg, 2006).

Primerjalna študija iz Velike Britanije prav tako poroča o napakah v povezavi z zdravili pri 2–14 % hospitaliziranih pacientov glede na posamezno kliniko. Ista študija omenja, da v ZDA poročajo o 7000 smrtnih primerih na leto zaradi tovrstnih napak. Prav tako poročajo o vrstah napak, ki nastanejo predvsem zaradi neprimernega 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 v času procesa razdeljevanja (Williams, 2007).

Študija (Cohen, Robinson, Mandrack, 2003) opredeljuje več vzrokov za nastanek napak, povezanih z zdravili: prekinitve medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil; neupoštevanje pravila 5 P; prenizka raven znanja medicinskih sester; nečitljivo napisana terapija s strani zdravnika, napačen odmerek zdravila; podobna imena in ovojnina zdravil.

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

Na podlagi opazovanja so Biron, Lavoie-Tremblay, Loiselle (2009) ugotovili, da medicinske sestre navajajo prekinitve kot pomemben element pri pojavljanju napak. Barclay (2010) ugotavlja, da se ob vsaki prekinitvi poveča možnost za postopkovno napako za 12,1 %, medtem ko se ob vsaki prekinitvi poveča možnost za klinično napako za 12,7 %. Ugotovil je, da je pomembna povezava med pogostnostjo

prekinitev in številom napak pri razdeljevanju zdravil. Dokazi iz druge študije trdijo, da se največ motenj zgodi v prostoru, kjer se zdravila pripravljam (Potter et al., 2005). Novejša opazovalna študija je ugotovila, da so najpogosteji 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. Ugotovili so, da se tveganje za nastanek napake pri razdeljevanju zdravil podvoji, če je bila medicinska sestra pri delu prekinjena štiri- ali več-krat.

Študija iz sosednje Italije opisuje kombinacijo večjega števila vzrokov, ki privedejo do napak. Opisujejo, da sovplivanje različnih vzrokov, kot so neprimerno delovno okolje, kompleksni procesi, neprimerna komunikacija med zdravniki in medicinskim sestrarji, zvišuje verjetnost za nastanek napak (Velo, Minuz, 2009).

V raziskavi, opravljeni na enem izmed oddelkov Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, smo ugotovili, da so pacienti v povprečju prejeli 9,46 (10,3 %) nepredpisanih odmerkov zdravil. Ugotovljeno je bilo, da pacienti v povprečju niso prejeli 2,72 (3,30 %) posameznih odmerkov predpisanih zdravil. Če upoštevamo še zamenjavo medsebojno zamenljivih zdravil s strani medicinskih sester, je tako mogoče samo na enem oddelku predvideti približno 12.000 obravnavanih odklonov letno (Bračič, 2009).

Pomemben element za nastanek napak so tako imenovani latentni pogoji, ki so predpogoji za nastanek neželenih dogodkov (zmanjšanje števila zdravstvenega osebja, organizacija dela, podoben videz in imena zdravil, neznanje pacienta, različna oprema itd. (Galvin, 2010).

Ključen je odnos zdravstvenih delavcev do neželenih dogodkov pri uporabi zdravil. V študiji Klopotowska s sodelavci (2012) ugotavlja, da med samo uporabo zdravil zdravstveni delavci niso prepoznali skoraj 20 % neželenih dogodkov. Še nadaljnjih 20 % niso prepoznali niti v času hospitalizacije pacienta in so bili prepoznani kot neželeni dogodki šele po odpustu. Glavin (2012) v že omenjeni študiji navaja, da je bilo 1,7 % napak s potencialno smrtnim izidom odkritih s strani drugačnega zdravstvenega osebja in ne tistih, ki so napako storili.

Ljudje smo po naravi nagnjeni k izboru lažje in hitrejše poti pri doseganju ciljev. Izvajalci zdravstvenih storitev uporabljajo tvegane vzorce obnašanja, ker ti nudijo hitro dosego cilja oziroma zadovoljitev, medtem ko se jim pacientova varnost ne zdi dejansko ogrožena. Veliko organizacij takšno obnašanje dopušča, predvsem zaradi pomanjkanja časa in kadra. Izpostavljeni vzorci tveganega obnašanja:

- uporaba načina vzemi in pojdi (grab and go) brez natančnega prebiranja naročila oziroma navodila;

- izogibanje prošnji za pomoč oziroma razjasnitvi naročila zaradi strahu ali odpora;
- pomanjkljivo znanje pacientov;
- uporaba zdravila brez zadostnega znanja o njegovi uporabi;
- neuporaba dvojne kontrole zdravil pred pripravo oziroma aplikacijo zdravil z visokim tveganjem;
- pomanjkljiva informiranost glede pomembnih podatkov o pacientu (alergijske reakcije, diagnoze, teže, zdravstvenega stanja) (The National Coordinating Council, 2005).

Iz ankete, izvedene med zaposlenimi medicinskimi sestrami v intenzivni terapiji Kliničnega oddelka za kirurgijo srca in ožilja, smo odkrili, da zaposleni 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 s stopnjo izobrazbe. Pri upoštevanju smernic glede uporabe 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).

Strategija in ukrepi za preprečevanje neželenih dogodkov in obvladovanje tveganja na področju ravnanja z zdravili

Priporočila Nacionalnega sveta za koordinacijo poročanja in preprečevanja napak v Združenih državah Amerike kakor tudi Priporočila Odbora ministrov Sveta Evrope državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu navajajo, da je treba določiti nacionalno stično točko za varnost uporabe zdravil, ki naj sodeluje in dopolnjuje farmakovigilančne sisteme, poroča o napakah pri zdravilih, analizira vzroke ter razširja informacije o zmanjšanju tveganja in preprečevanju napak. Zdravstvene oblasti naj prepoznajo varnost zdravil kot prednostno nalogu z uveljavljanjem evropskih standardov za varno prakso pri uporabi zdravil ter širjenjem podatkov in strategij za preprečevanje in zniževanje tveganja med posameznimi državami (Ministrstvo za zdravje, 2012). Zmanjšanje in preprečevanje varnostnih zapletov pri pacientih zahteva od zdravstvenega osebja razumevanje lastnih vzorcev obnašanja, procesov odločanja in zmožnost, da se spopadejo s situacijami, ki jih predstavljajo izzivi pri dnevnih opravilih. Zato priporočila Nacionalnega sveta za koordinacijo poročanja in preprečevanja napak v Združenih državah Amerike še posebej poudarjajo obvladovanje

tako imenovanih vzorcev tveganega obnašanja (at-risk behaviors) kot aktivnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, pri katerih lahko ogrožajo varnost pacientov. Omenjena institucija priporoča organizacijo varnostne kulture, pri kateri se takšno obnašanje zmanjša na minimum: izključiti toleranco do takšnega tveganega obnašanja, organizirati sistem ugotavljanja vzrokov za tvegano obnašanje, povečati ozaveščenost o tveganju pri zaposlenih, sistematično odstraniti vzorce tveganega obnašanja in motivirati zaposlene z nagrajevanjem (The National Coordinating Council, 2005).

Teoretiki zatrjujejo, da je najučinkovitejše preprečevanje neželenih dogodkov moč doseči s politiko odprtrega sistema poročanja o napakah, kar omogoča učenje na lastnih napakah. Zato je zdravstveno ministrstvo v ZDA leta 2001 ustavilo National Patient Safety Agency, ki ima nalogo vzpostaviti nacionalni sistem poročanja o nezgodah in učenja na napakah (Cooke, 2009). Med drugim teoretiki opozarjajo, da preveč rigidni procesi in standardi niso vedno zaželeni. Poudarjajo, da mora varnostna kultura temeljiti bolj na moralni odgovornosti kot na slepi po-korščini 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).

Vendar se tudi znotraj sistemov, ki se ukvarjajo z varnostjo, odvijajo nasprotujoči si procesi. Na eni strani je promocija odprte, učeče se kulture, kjer se zaposleni v zdravstveni negi nenehno izobražujejo, prilagajajo in izboljšujejo svojo prakso. Na drugi strani pa so zahteve po standardizaciji dela, kjer naj bi zaposleni delovali rigidno, v skladu s protokoli, s čimer naj bi izključili spreminjaњe ozziroma prilaganje (Turner, 2001).

Prepad med teorijo in prakso povzroča upad morale med izvajalci zdravstvene nege, kar ogroža poskuse izboljšanja varnosti pacientov. Zato mora biti management pozoren na to, da ne ustvarja zgolj lažne varnostne kulture, v okviru katere vzpostavi regulacijske mehanizme in hkrati ne spremeni organizacije dela (Power, 2004). Perrow (2004) opozarja, da vzpostavitev varnostne kulture z mehanizmi opozorilnih alarmov in promocije sistema odkrivanja, zbiranja in vrednotenja od-klonov ni dovolj za preprečitev nezgod. Priporoča odprto organizacijo, ki omogoča kontrolu drugim skupinam. Opozarja, da nobeno notranje določilo ne more zamenjati nadzora kritične javnosti.

Razprava

Na področju ravnanja z zdravili, ki ga v veliki meri pokriva tudi zdravstvena nega, se zgodi veliko neželenih dogodkov, tako zaradi napak (Dean et al., 2002;

Glavin, 2010; Williams, 2007) kot neželenih učinkov zdravil (Kłopotowska et al., 2012). Pri vseh korakih ravnanja z zdravili je moč napraviti napake, ki privedejo do neželenih škodljivih učinkov za pacienta (Cohen, Robinson, Mandrack, 2003; Potter et al., 2005). Precej napak brez neželenih učinkov ostane prikritih ali pavšalno obravnavanih (Benner et al., 2002; Perrow, 2004; Bračič, 2009; Glavin, 2012).

Osnovni predpogoj za vsakršno spremembo je objektivni opis obstoječega stanja. V okviru svojega prikaza podatkov za slovensko zdravstvo je Vidmar (2009) nakazal razlike med načeli in prakso. V svojem zaključku zapiše: »Razkorak med dostopnim in dejanskim znanjem, med razpoložljivimi in uporabljenimi metodami oziroma med ideali in razširjenimi navadami prikaza podatkov je zaskrbljujoče velik« (Vidmar, 2009). Zato je treba videti dejansko stanje v klinični praksi.

Administrativne napake, razvidne iz pacienteve dokumentacije, ki neposredno ne ogrožajo pacienta, prikažejo nedoslednost in nedorečenost pri predpisovanju in uporabi zdravil. Zdravstveno osebje na vseh ravneh ne upošteva v celoti oziroma ne pozna varnostnih priporočil pri predpisovanju in uporabi zdravil (Bračič, 2009). Pri organizaciji dela v praksi dopuščajo veliko okoliščin, ki dokazano povečujejo možnost napak. Študije iz tujine prikazujejo kompleksnost problema (Velo, Minuz; 2009; Glavin, 2010; Kłopotowska, 2012). Ugotovljeno je bilo, da sta utrujenost in izčrpanost medicinskih sester največkrat vzrok, da ne preverijo pravila 10 P (Cohen, Robinson, Mandrack, 2003). Pomembna je tudi povezava med pogostnostjo prekinitev in številom napak pri razdeljevanju zdravil. Same prekiniteve pa so odvisne od organiziranosti dela na oddelkih in veljavnih protokolov ter standardov na področju razdeljevanja zdravil (Biron, Lavoie-Tremblay, Loiselle, 2009; Potter et al., 2005, Palese et al., 2009). Osredotočiti se moramo na sisteme in procese dela in ne na posameznika, kajti »vsak sistem je odlično sestavljen, da daje rezultate, ki jih daje« (Robida, 2009). Vsa našteta dejstva je treba dosledno upoštevati pri pripravi smernic oziroma standardov.

Večino napak je sicer moč preprečiti z doslednim izpolnjevanjem pravila 10 P, a vendarle ostajajo dejstva, ki povečujejo možnost napake: slab dan, polna glava skribi, motenje med aplikacijo, pomanjkanje časa, itd. (Cohen, Robinson, Mandrack, 2003). Največkrat je napaka le posledica neugodnih okoliščin, ki se zvrstijo po principu modela švicarskega sira. Varovala, npr. poenoteno označevanje in priprava zdravil, bistveno zmanjšajo možnosti za pojav napake (The National Coordinating Council, 2005).

Na nacionalni ravni je sicer sprejetih precej strategij in priporočil: Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015, Priporočila o kazalnikih kakovosti, Priporočila za pogovore o varnosti, Priporočila o varnostnih vizitah vodstva, Priročnik za oblikovanje kliničnih poti, Splošni standardi zdravstvene

obravnave za bolnišnice itd. (Ministrstvo za zdravje, 2012). Vendar ostaja odprto vprašanje, koliko teh priporočil je dejansko v uporabi v praksi.

Sklep

Zmotne predstave zaposlenih v zdravstvu in nepreglednost procesov pri uporabi zdravil omogočajo okoliščine, v katerih je verjetnost pojava neželenih dogodkov velika. Za učinkovito standardizacijo in ureditev področja se je treba zavedati nedorečenih vprašanj in poznati obstoječe procese, ki privedejo oz. bi lahko privedli do napak. Odprta delovna organizacija si postavi najboljša delovna določila s tem, da omogoči nadzor svojega dela drugim skupinam in kritični javnosti, kajti če priznamo ali ne, smo ljudje pod drobnogledom doslednejši.

Literatura

- Barclay L. Interruptions linked to medication errors by nurses. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 683–92. Dostopno na: <http://www.medscape.com/viewarticle/720803> (25. 3. 2012).
- 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. PMID: 12394596.
- Biron AD, Lavoie-Tremblay M, Loiselle CG. Characteristics of work interruptions during medication administration. *J Nurs Scholarsh.* 2009; 41(4): 330–6. PMID: 19941577.
- 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.
- Cohen H, Robinson ES, Mandrack M. Getting to the root of medication errors: survey results. *Nursing.* 2003; 33(9): 36–45. PMID: 14501514.
- Cooke H. Theories of risk and safety: what is their relevance to nursing? *J Nurs Manag.* 2009; 17(2): 256–64. PMID: 19416430.
- Council of Europe; Committee of ministers. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care; 2006. Dostopno na: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM> (25. 10. 2012).
- 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. PMID: 12468694; PMCID: PMC1758003.
- Fineberg HV. We can do more to avoid medication errors. *MedGenMed.* 2006; 8(4): 31. PMid: 17415313.
- Glavin RJ. Drug errors: consequences, mechanisms, and avoidance. *Br. J. Anaesth.* 2010; 105 (1): 76–82. PMID: 20507858.

Klopotowska JE, Wierenga PC, Smorenburg SM, L, Kuks PFM, Dijkgraaf MGW, Lie-A-Huen L. Recognition of adverse drug events in older hospitalized medical patients. Eur J Clin Pharmacol. 07 June 2012. Dostopno na: <http://www.springerlink.com/content/y6j852938811tv03/fulltext.pdf> (25. 10. 2012).

Ministrstvo za zdravje. Navodila o poročanju in notranji preiskavi. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_področja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/porocanje_o_zapletih/navodila_o_porocanju_in_notranji_preiskavi/ (25. 10. 2012).

Možina M. Neželeni učinki zdravil. Makovec Rus M, eds. Raba, škodljiva raba in odvisnost od zdravil 2. Ljubljana: Psihatrična klinika; 2004: 7–13.

The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCC MERP: The First Ten Years 'Defining the Problem and Developing Solutions'; 2005. Dostopno na: <http://www.nccmerp.org/pdf/reportFinal2005-11-29.pdf> (20. 10. 2012).

Nebeker JR, Barach P, Samore MH. Clarifying adverse drug events: a clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. Ann Intern Med. 2004; 140: 795–801. PMID: 15148066.

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. PMID: 19416421.

Perrow C. A personal note on normal accidents. Organ Environ. 2004; 17(1): 9–14.

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.

Power M. The risk management of everything. London: Demos; 2004: 65. Dostopno na: <http://www.demos.co.uk/files/riskmanagementofeverything.pdf> (25. 3. 2012).

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009: 3.

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. 3. 2012).

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. PMID: 17149082.

Velo GP, Minuz P. Medication errors: prescribing faults and prescription errors. Br J Clin Pharmacol. 2009; 67(6): 624–8. PMID: 19594530; PMCID: PMC2723200.

Vidmar G. Kakosten prikaz podatkov in slovensko zdravstvo: razkorak med načeli in prakso. Varnost uporabe zdravil v bolnišnicah. Bilt – ekon, organ inform zdrav. 2009; 25 (izr.št.): 17.

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. PMID: 20421552.

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. 3. 2012).

TIMSKI PRISTOP K OPTIMIZACIJI ZDRAVLJENJA V KLINIČNI PRAKSI

Peter Koren, dipl. zn., spec. manag., Janez Toni, mag. farm.

*Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik – Klinika Golnik
E-pošta: peter.koren@klinika-golnik.si; janez.toni@klinika-golnik.si*

IZVLEČEK

Celovit multidisciplinarni zdravstveni tim, ki poleg zdravnika in medicinske sestre vključuje tudi kliničnega farmacevta, zagotavlja kakovostnejšo in varnejšo obravnavo bolnikov v procesu zdravljenja. Kot plod tega sodelovanja so v Kliniki Golnik nastali nekateri standardi zdravstvene oskrbe, klinične poti ter spremenjena terapevtska lista. Sodelovanje vseh omenjenih zdravstvenih poklicev je najbolj prepleteno pri delu Enot za internistično onkologijo, pri zdravljenju bolnikov s tuberkulozo, bolnikov, ki prejemajo zdravila z močnim učinkom, ter pri bolnikih, ki imajo vstavljenou nazogastrično sondou. Vključenost kliničnega farmacevta pa poteka po potrebi tudi pri obravnavi ostalih bolnikov. Rezultat timskega dela se poleg izboljšanja kakovosti in varnosti obravnave bolnikov odraža tudi v pridobitvi certifikatov za sistem kakovosti NIAHO in ISO 9001:2008.

Ključne besede: zdravstveni tim, zdravila, varnost, kakovost.

Uvod

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) si že vrsto let prizadeva za visoko kakovosten, celovit in multidisciplinaren pristop k zdravljenju. Zato so na večini oddelkov in enot osnovani timi, katerih enakovredni člani so zdravniki, medicinske sestre in klinični farmacevti. Zdravniki kot nosilci zdravljenja imajo veliko podporo s strani medicinskih sester, ki se večinoma ukvarjajo z aplikacijo zdravil, in s strani kliničnih farmacevtov, ki so usmerjeni v optimizacijo zdravljenja kritičnih bolnikov in bolnikov, ki prejemajo rizična zdravila.

Da vsi procesi dobro in usklajeno potekajo, imamo v Kliniki Golnik napisanih veliko t. i. standardno operativnih postopkov (SOP), obrazcev in standarov zdravstvene oskrbe, ki predstavljajo strokovno podlago za delo. Kar nekaj teh dokumentov se nanaša na aktivnosti v procesu zdravljenja z zdravili, vsi pa so

uskljeni z zahtevami standarda National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO). Klinika Golnik ima uveden sistem vodenja kakovosti po standardih ISO 9001:2008 in NIAHO. Po zahtevah standarda NIAHO smo vzpostavili tudi sistem preventivnih in korektivnih ukrepov za izboljšanje varnosti v procesu zdravljenja z zdravili (Kadivec, 2011). Menimo, da prav timski pristop k obravnavi bolnikov zagotavlja kakovost za doseganje prej omenjenih standardov, katerih naloga je prav zagotavljanje varnosti in učinkovitosti obravnave bolnikov. Tudi uvajanje in vzdrževanje standardov zahteva takšno sodelovanje. Namenski prispevka je predstaviti primer dobre prakse sodelovanja zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov v procesu zdravljenja na Kliniki Golnik.

Vloga medicinske sestre pri dajanju oziroma aplikaciji zdravil

Dajanje oziroma aplikacija zdravil je ena najpomembnejših nalog medicinske sestre, s katero se dnevno srečuje. Zato je izrednega pomena, da ima dovolj ustreznega znanja s tega področja. Poznati mora delovanje, stranske učinke, način dajanja zdravil, znati mora spremljati odziv bolnika na zdravila in mu pomagati pri jemanju. Pomembna je njena komunikacija z bolnikom, ki mora biti prilagojena bolnikovemu razumevanju, saj mora pridobiti njegovo sodelovanje in doseči primerno razumevanje navodil ter pomena uživanja zdravil. Priprava in dajanje zdravil zahtevata od medicinske sestre zbranost, natančnost in upoštevanje določenih pravil (Ahačič, 2012).

Medicinska sestra daje zdravila na podlagi ustreznega predpisa s strani zdravnika. Zdravilo lahko aplicira samo v primeru, da predpis vsebuje vse zahtevane postavke, je povsem jasen (čitljiv) in parafran s strani zdravnika. Dana zdravila prav tako natančno zabeleži na terapevtski listi in to potrdi s svojo parafom. Parafa je skrajšana oblika podpisa. Je znak, lasten posamezniku, ki omogoča prepoznavanje identitete posameznika.

Osrednji dokument, ki ureja predpisovanje in aplikacijo zdravil, je: Standard Dajanje zdravil skozi usta, v usta, pod jezik, v oko, v uho, v nos, na kožo, v danko, v vagino (SOP 111-SZO-SC-24:2). Ta standard in Navodila za izpolnjevanje terapevtskega lista (SOP 000-012:3) določajo pravila in postopke v procesu zdravljenja z zdravili, ki jih morajo upoštevati tako zdravniki kot medicinske sestre in drugi akterji v tem procesu.

Poleg same aplikacije zdravil ima medicinska sestra še več pomembnih nalog v zvezi z naročanjem zdravil v bolnišnični lekarni, ustrezeno hrambo zdravil na oddelku, z nadzorom nad rokom uporabnosti zdravil, zalogami in drugo.

Vključevanje kliničnega farmacevta v zdravstveni tim na kliniki Golnik

Klinični farmacevti so se na Kliniki Golnik začeli vključevati v zdravstveni tim v letu 2004. Prvi odzivi so bili različni na vseh treh straneh, saj nihče v klasičnem zdravstvenem timu (zdravnik, medicinska sestra) ni dobro vedel, kaj naj bi klinični farmacevt pravzaprav počel in kje bi lahko koristil. Prve naloge kliničnega farmacevta na oddelkih so bili vezani na zaloge zdravil, roke uporabnosti, pregleđovanje zdravil z močnim učinkom ter nadzor nad deljenjem zdravil. Pri vsaki izmed omenjenih aktivnosti je bil dosežen pozitiven učinek z vidika zmanjševanja zalog zdravil, zmanjševanja količine in skupne vrednosti pretečenih zdravil, urejenega vodenja evidenc zdravil z močnim učinkom ter zmanjšanja števila napak pri deljenju zdravil. Izboljšanje dela medicinskih sester je vidno iz primerjave analiz nadzorov (Razpredelnica 1), opravljenih v maju in decembru 2011 (Ocena, 2011).

Razpredelnica 1: Rezultati analize nadzorov pri deljenju zdravil v maju 2011 in decembru 2011

Kazalnik kakovosti	Maj 2011 (v %)	December 2011 (v %)
Ustrezna identifikacija bolnika	47	76
Meritev bolečine po vizualno analogni lestvici (VAL)	60	89
Merjenje krvnega tlaka pred dajanjem antihipertonikov	88,8	100
Razdeljevanje zdravil na tešče	92	93
Nadzor nad rokom uporabnosti zdravil	100	100
Ustreznost razpolavljanja tablet	71	92
Pravilnost izbire zdravila in odmerka zdravila	99	100
Neposredni nadzor jemanja zdravil	73	100

Izboljšanje rezultatov je posledica sistematičnega pristopa k celotnemu procesu zdravljenja z zdravili. Na Kliniki Golnik spodbujamo samo-poročanje vseh napak, kar vodi k večji varnosti obravnave.

Sodelovanje kliničnih farmacevtov je bilo do konca prejšnjega desetletja sicer bolj sporadično, ob povečani kadrovski zasedbi pa so se začeli sistematično osredotočati na zdravila, katerih napačna uporaba lahko ima negativne posledice za

bolnika. Sodelovanje so poleg omenjenih nadzorov razvili na naslednjih področjih – onkologija, zdravljenje tuberkuloze, zdravljenje bolečine z uporabo močnih opioidov ter pri bolnikih, ki imajo vstavljen nazogastrično sondu.

Standard zdravstvene oskrbe: dajanje zdravil

Standard zdravstvene oskrbe: Dajanje zdravil skozi usta, v usta, pod jezik, v oko, v uho, v nos, na kožo, v danko, v vagino (SOP 111-SZO-SC-24:2) je na Kliniki Golnik eden izmed temeljnih dokumentov, ki ureja zdravljenje z zdravili in je v tesni povezavi z drugimi dokumenti s tega področja. To so: Navodila za izpolnjevanje terapevtskega lista (SOP 000-012:3) in Terapevtski list (OBR 000-010:3). Standard je tudi osnova za izvajanje strokovnega nadzora in je namenjen predvsem medicinskim sestram, pa tudi drugim zdravstvenim delavcem: zdravnikom in farmacevtom. Standard v prvem delu vsebuje navodila, ki se nanašajo na:

- preverjanje identitete bolnika (dvojna identifikacija),
- predpis zdravila (vse postavke predpisa s parafo predpisovalca),
- farmacevtske paralele zdravila (izvajalec zabeleži ime zdravila, ki ga je pacient dobil),
- dokumentiranje aplikacije (ura in parafa izvajalca) (Standard, 2012).

Poleg tega se standard podrobneje ukvarja z različnimi načini oz. potmi dajanja zdravila, kot je razvidno že iz samega naslova. Navedeni so pripomočki, potrebni pri različnih oblikah aplikacije zdravila, navodila za pripravo posameznega zdravila, ravnanje z zdravilom, kako bolniku dajati posamezno zdravilo, kako ravnati v primeru, ko bolnik odkloni zdravilo, itd. S tem so povezane tudi druge aktivnosti medicinske sestre, npr.:

- merjenje vitalnih funkcij pred deljenjem namenskih zdravil (krvni tlak, frekvanca pulza, telesna temperatura ipd.),
- merjenje bolečine po VAL lestvici pred in po aplikaciji analgetikov,
- merjenje dispneje po VAL lestvici (Standard, 2012).

Skrb za odvajanje je v času dežurstva v domeni diplomirane medicinske sestre (DMS), ki v primeru zaprtja sama na terapevtsko listo predpiše enkraten odmek odvajala.

Tretji del standarda poleg navedbe literature vsebuje še Kazalnike kakovosti, ki so v uporabi pri izvajanju strokovnih nadzorov. Navedeni so tudi načini nadzora, izvajalci nadzora in frekvenca nadzorov (Standard, 2011).

Terapevtski list

Terapevtski list smo na Kliniki Golnik nazadnje spremenili v letu 2012. Pri prenovi so sodelovali medicinske sestre, zdravniki in farmacevti. Sprejet je bil na Strokovnem svetu Klinike. Je formata A3 in omogoča predpisovanje, odmerjanje, beleženje aplikacije zdravil in parafiranje vseh, ki sodelujejo v tem procesu. Poleg tega omogoča beleženje vitalnih funkcij in nekaterih drugih pomembnih podatkov. Terapevtski list je narejen za 5 dni. Rubrike in razpredelnice omogočajo logično in dokaj enostavno uporabo. Izrednega pomena je upoštevanje Navodil za izpolnjevanje terapevtskega lista (Navodila, 2012). Z upoštevanjem teh navodil preprečimo morebitne napake, ki bi se lahko pojavile pri aplikaciji zdravil. Vsak predpis zdravila mora vsebovati: ime zdravila (generično ime), farmacevtsko obliko (npr. tbl, caps, peroralna raztopina, obliž itd.), pot oz. način dajanja (npr. po, iv, sc), odmerek (v mg, mcg, IE itd.) in frekvenco dajanja (npr. na 8 ur ipd.).

Ime zdravila za katerikoli dan hospitalizacije se vpisuje samo v prvi stolpec terapevtskega lista. Predpis zdravila je veljaven le s parafo predpisovalca. V primeru spremembe poti oz. načina jemanja zdravila (npr. iz iv v po) je treba zdravilo obvezno vpisati v novo vrstico. Posebna navodila veljajo za predpisovanje transdermalnih obližev. Navodila za izpolnjevanje terapevtskega lista tudi določajo, kako predpisati premor pri jemanju zdravila, kako prekinitev predpisa zdravila, kako predpisujemo zdravila po potrebi in drugo. Pri predpisovanju zdravil po potrebi je treba opredeliti potrebo (npr.; TT>38°C), odmerek, minimalen razmik med dvema odmerkoma in maksimalni dnevni odmerek. Opredeljena so zdravila, ki jih praviloma dajemo na tešče. Če želi predpisovalec drugačen režim odmerjanja in aplikacije teh zdravil, mora to zabeležiti na terapevtski list. V navodilih so opredeljena tudi časovna razmerja predpisovanja in aplikacije zdravil (dogovorjene redne ure dajanja zdravil, kdaj in za koliko časa jih predpisujemo, izjemni in urgentni predpisi itd.) ter navodila za naročanje laboratorijskih in drugih preiskav.

Vse diplomirane medicinske sestre (DMS) na dnevni ravni skupaj s predpisovalcem zdravil pregledajo ustreznost predpisov terapije na terapevtski list in po potrebi odpravijo morebitne pomanjkljivosti ali nejasnosti. DMS, ki so strokovne vodje posameznih enot, enkrat tedensko izvedejo interni strokovni nadzor v zvezi s predpisovanjem, realizacijo aplikacije terapije in ostalo negovalno dokumentacijo. Prav preglednost terapevtskega lista omogoča hiter pregled odstopanj.

Sodelovanje v timu na primeru Enote za internistično onkologijo

Enota za internistično onkologijo (EIO) na Kliniki Golnik je bila ustanovljena z namenom celovite in kakovostne obravnave bolnikov s pljučnim rakom, ki prejemajo sistemsko terapijo (ST). Enota je sestavljena iz ambulante za ST, dela enote za ambulantne aplikacije ST in bolnišničnega dela enote. Ožji zdravstveni tim EIO sestavljajo: zdravniki specialisti onkologi oz. v onkologijo usmerjeni specialisti pulmologi, DMS s specialnimi znanji iz onkologije in onkološke zdravstvene nege (ZN) (neformalna izobrazba, saj formalne specializacije s tega področja še ni) in klinični farmacevti. V širši tim se po potrebi vključuje še paliativni tim, psiholog in drugi strokovnjaki. Vsi člani tima EIO so v skupini enakovredni.

Proces dela v Enoti za internistično onkologijo

Vsi bolniki na sistemskem zdravljenju so obravnavani v ambulanti za sistemsko terapijo, tako tisti, ki prejemajo terapijo ambulantno, kot tisti, ki jo prejemajo bolnišnično. Po prijavi v sprejemni pisarni se zglasijo pri DMS v ambulanti za ST, kjer jim najprej vzamejo kri za laboratorijske preiskave, ki so nujne pred aplikacijo ST. Laboratorij odvzete vzorce obravnavata prednostno. V času čakanja na rezultate analiz DMS opravi merjenje telesne teže in višine, merjenje vitalnih funkcij ter negovalno anamnezo, ki je posebej usmerjena v prepoznavanje in obvladovanje neželenih sopojavov ST v času od zadnje aplikacije ST. Ugotovitve zabeleži na Klinično pot Izvajanje sistemske terapije (Izvajanje, 2009). Ob tem izvaja zdravstvenovzgojni program, ki se nanaša na preprečevanje in obvladovanje neželenih sopojavov. Bolniku izroči tudi brošuro: Sistemska terapija pljučnega raka – Priročnik za bolnike. Pri bolnikih, ki pridejo za uvedbo zdravljenja ST, klinični farmacevt sistematично pridobi zgodovino zdravljenja z zdravili (upošteva tako zdravila na recept kot tudi brez recepta) ter prehranskimi dopolnili in pregleda morebitne klinične interakcije s predvideno terapijo. Izvid s priporočili nato pregleda zdravnik.

Po prejemu rezultatov laboratorijskih analiz medicinska sestra bolnika napoti v zdravniško ordinacijo, kjer ga pregleda zdravnik onkolog. Zdravnik se z njim pogovori o bolezni, izvidih, neželenih sopojavih in nadaljnjem zdravljenju ter preiskavah za ugotavljanje učinka ST. Če laboratorijski izvidi in zdravstveno stanje bolnika to dopuščajo, predpiše ustrezno sistemsko in podporno terapijo. Zdravnik izpolni tako klinično pot kot tudi shemo za aplikacijo, kjer so navedena vsa zdravila, podpora terapija, zaporedje aplikacije, hitrost aplikacije in ostale posebnosti, npr.: določeno zdravilo ne sme teči na črpalko itd.

Klinični farmacevt preveri prav vsak predpis ST (klinično pot in shemo za aplikacijo) glede na izbrano shemo, bolnikovo telesno površino, bolnikovo krvno

sliko, ledvično in jetrno funkcijo ter ustreznost podporne terapije (hidracija, antiemetiki). Zdravnika opozori na morebitne interakcije in neskladja s predvidenimi protokoli. V primeru odstopanj se z zdravnikom onkologom pogovori o razlogih. Če pride do nenamerne napake, se posamezni predpis ustrezno dopolni. Ob analizi odstopanj predpisov ST, ki so bili opravljeni v letu 2009, smo ugotovili, da se je pri 506 predpisih odstopanje pojavilo v 211 primerih (47 %). Odstopanja so se pojavljala tako pri protitumornih zdravilih kot pri antiemetikih in drugih zdravilih pri podpornem zdravljenju (Knez et al., 2011a).

Po uskladitvi predpisa gredo zdravila, ki se aplicirajo intravenozno v obliki infuzij, v pripravo. Na Kliniki Golnik imamo centralizirano pripravo citostatikov, ki jo izvajamo v lekarni. Pri pripravi v lekarni uporabljamo izolator, ki je v posebnem prostoru lekarne. Osebje, ki sodeluje pri pripravi citostatikov, je ustrezno izobraženo in uporablja zaščitno opremo. Izolator omogoča boljšo zaščito osebja in okolja pred morebitnimi škodljivimi učinki citostatikov in tudi obratno.

Na Kliniki Golnik imamo v vsakem procesu pri obravnavi onkoloških bolnikov, ki prejemajo citostatike v obliki infuzij, dvojno preverjanje. Predpis zdravnika tako preveri farmacevt, farmacevtov izdelek pa potem preveri DMS. Vsi sodelavci tima s svojim podpisom zagotavljajo ustreznost predписанega in apliciranega zdravljenja (Knez et al., 2011b).

Podlaga za predpis ST so zgoraj omenjeni posamezni protokoli različnih schem ST. Protokoli so bili pripravljeni na podlagi najnovejših smernic v sodelovanju vseh članov zdravstvenega tima EIO. Izdelana je Klinična pot sistemske terapije (OBR 102-007), ki je najpomembnejši, celostni dokument vsakega bolnika na ST. Na klinični poti so zabeleženi vsi podatki o razširjenosti bolezni, merljivih lezijah za spremeljanje uspešnosti zdravljenja, apliciranih terapijah, rezultatih laboratorijskih in drugih preiskav, pojavu neželenih sopojavov zdravljenja itd.

Izdelane imamo obrazce za predpis in aplikacijo posameznih schem sistemske terapije (OBR102-017 do OBR 102-036), ki jih uporabljamo tako za predpis s strani zdravnika kot za pripravo terapije s strani farmacevta v lekarni in samo aplikacijo, ki jo izvajajo DMS. Celovit obrazec občutno zmanjša možnost napak, saj ni prepisovanja.

Druge oblike sodelovanja kliničnega farmacevta v procesu zdravljenja

Klinični farmacevti na Kliniki Golnik se redno vključujejo v klinično delo na posameznih oddelkih. Enkrat tedensko opravijo vizito vseh terapevtskih list na določenem oddelku. Delo kliničnega farmacevta pri obravnavi bolnikov s tuberkulozo (TB) je drugačno kot v podrobno opisanem primeru sodelovanja na EIO.

Klinični farmacevt poučuje bolnike s TB o pravilni in varni uporabi zdravil v obliki skupinskih in individualnih pogоворov ter preverja morebitne interakcije med zdravili (zdravila za zdravljenje TB pogosto spremenijo učinek drugih zdravil), posreduje pa tudi priporočila za nadaljnjo obravnavo bolnika (npr. spremembe v terapiji). V analizi smo ugotovili, da ima klinično pomembne interakcije kar 33,3 % bolnikov, ki prejemajo protituberkulozna zdravila (Toni, Svetina Šorli, 2011; Cebron Lipovec et al., 2011).

V sklopu zdravljenja bolečine z uporabo močnih opioidov farmacevt preveri ustreznost odmerka opioida glede na celotno porabo opioidov v preteklem obdobju in tako opozori na morebitno možnost prevelikega ali premajhnega odmerka opioidov. Prav tako pri vseh bolnikih, ki imajo predpisane močne opioide, preveri ustreznost ostale podporne terapije (obvladovanje zaprtja, uporaba antiemetikov ipd.).

Neprimerno razpolavljanje ali tretje farmaceutskih oblik, ki jih apliciramo po nasogastrični sondi (tablete, kapsule), lahko vodi bodisi v prevelik učinek bodisi v izgubo učinkovitosti. Klinični farmacevt preveri, katere farmaceutske oblike so lahko neprimerne za aplikacijo po nasogastrični sondi in predlaga primerne alternative.

Razprava

Timski pristop k zdravljenju prispeva k bolj kakovostnemu in varnemu zdravljenju bolnikov. V prispevku je predstavljen primer dobre prakse sodelovanja zdravnikov, medicinskih sester in farmaceutov v procesu zdravljenja na Kliniki Golnik. Osnova je način organizacije dela, ki zagotavlja dvojno preverjanje, rezultati pa so razvidni iz predstavljenih podatkov o nadzorih pri deljenju zdravil in analizi odstopanj predpisov sistemске terapije. Pri timskem pristopu se zmanjša pogostost napak in drugih neželenih dogodkov v zvezi s predpisovanjem in aplikacijo zdravil. Pri tem ima pomembno vlogo tudi ustrezna in celovita dokumentacija. K večji kakovosti zdravljenja prispevajo tudi sistemi vodenja kakovosti in varnosti, ki jih uporabljamo na Kliniki Golnik.

Sklep

Na področju zdravljenja z zdravili na Kliniki Golnik spremljamo veliko kazalnikov kakovosti. Skladno s SOP-i in Standardi zdravstvene oskrbe se izvajajo redni in izredni strokovni nadzori. Ugotovitve nadzora so podlaga za pripravo in izvedbo morebitnih korektivnih ukrepov. Spodbujamo poročanje o napakah, ki ni povezano s strahom glede sankcij, ampak pripomore k preprečevanju podobnih

napak v prihodnosti. Na ta način se povečuje kultura varnosti in izboljšuje kakovost zdravljenja.

Literatura

Ahačič M. Vloga medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil. In: Blažun A, ed. NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: Predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj, Golnik, 30. marec 2012. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2012: 12–4.

Cebron Lipovec N, Toni J, Svetina Šorli P, Košnik M. In: Kern I, Marčun R, eds. Drug interaction in tuberculosis treatment - the role of pharmacists, 5th Slovenian pneumology and allergology congress, book of abstracts, Bled, oktober 2012. Golnik: Universitiy Clinic of Respiratory and Allergic Diseases: 68–9.

Kadivec S. Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju varnosti v procesu zdravljenja z zdravili. In: Kramar Z, Skela – Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savić K, eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov – zbornik strokovnega srečanja, Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 59–62.

Knez L, Jošt M, Toni J, Triller N, Čufer T. Uvajanje novih farmacevtskih storitev ob prehodu na centralizirano pripravo protitumorskih zdravil. Zdrav Var. 2011a;50(1):12–23.

Knez L, Triller N, Mrhar A, Čufer T. Klinična farmacija – priložnost in prednost za bolnike na sistemskem zdravljenju raka. Primer Enote za sistemsko terapijo raka na Kliniki Golnik. ISIS. 2011b;20(6): 64–65.

Toni J, Svetina Šorli P. Klinična farmacija – priložnost, nadloga ali prednost? ISIS. 2011;10(5):46.

Interni viri

Izvajanje sistemске terapije – Klinična pot (OBR 102-001, OBR 102-007, OBR 102-009), Klinika Golnik; 2009 (interni dokument).

Navodila za izpolnjevanje terapevtskega lista (SOP 000-012: 3). Klinika Golnik; 2012 (interni dokument).

Ocena kakovosti za postopke v zdravstveni negi in oskrbi KOPA Golnik. Klinika Golnik; 2011 (interni dokument).

Standard zdravstvene oskrbe: Dajanje zdravil skozi usta, v usta, pod jezik, v oko, v uho, v nos, na kožo, v danko, v vagino (SOP 111-SZO-SC-24: 2) Klinika Golnik; 2012 (interni dokument).

Terapevtski list (OBR 000-010: 3). Klinika Golnik; 2012 (interni dokument).

PROGRAMI IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER ZA PREDPISOVANJE ZDRAVIL

asist. mag. Andreja Čufar, mag. farm., spec.,

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Lekarna, Zaloška 7, Ljubljana,
andreja.cufar@kclj.si;*

*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, Jesenice,
acufar@vszn-je.si*

IZVLEČEK

Predpisovanje zdravil je tradicionalno v pristojnosti zdravnika. V zadnjem času se je povečalo število držav, v katerih zdravila lahko predpisujejo tudi medicinske sestre. Razlog za prenos dela nalog zdravnikov na medicinske sestre je pomanjkanje zdravnikov in težnja držav po pocenitvi zdravstvenega sistema. Zahtevana dodatna izobrazba in stopnja samostojnosti za medicinske sestre za predpisovanje zdravil se med državami razlikujeta. Nepristranskih študij o vplivu predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester na pacienta in na zdravstveni sistem je malo, zato še ni mogoče določiti razmerja med tveganjem in koristjo prenosa pristojnosti predpisovanja zdravil na medicinske sestre.

Ključne besede: medicinske sestre, predpisovanje zdravil, izobraževanje, učinki

Uvod

Predpisovanje zdravil je tradicionalna naloga zdravnika in vključuje številne strokovne dejavnosti, od jemanja anamneze, izvedbe postopkov klinične ocene pacienta in diagnostike do izbire ustrezne terapije za ugotovljeno diagnozo. Predpisovanje zdravil je zato dejavnost, ki zahteva obširno in poglobljeno znanje patologije, patološke fiziologije in farmakologije.

Število držav, v katerih imajo tudi medicinske sestre pristojnost predpisovanja zdravil, je v zadnjih letih pomembno naraslo. Ključna motiva za širitev pristojnosti predpisovanja zdravil na druge poklice sta pričakovana pocenitev zdravstvenega sistema in pomanjkanje zdravnikov. Države, v katerih je predpisovanje zdravil dovoljeno tudi medicinskim sestram, pa se razlikujejo tako glede zahtevanega dodatnega izobraževanja in usposabljanja kot glede stopnje samostojnosti in obsega pristojnosti, ki jih imajo medicinske sestre na tem področju.

Predpisovanje zdravil – prenos pristojnosti na medicinske sestre

Prevzemanje naloge predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester ima lahko daljnosežne posledice tako na zakonsko ureditev področja predpisovanja zdravil kot tudi na razvoj poklica zdravnika in poklica medicinske sestre ter na razvoj zdravstvenih sistemov na splošno.

Z aktivnostmi na področju predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester so že pričele Avstralija, Kanada, Finska, Irska, Nizozemska, Nova Zelandija, Španija, Švedska, Velika Britanija in Združene države Amerike. Pri tem so med državami velike razlike, saj so nekatere uvedle to pristojnost medicinskih sester v svojo zakonodajo pred kratkim, medtem ko v drugih državah taka praksa poteka že desetletja (Kroezen et al., 2012).

Po teoriji Andrewa Abbotta o delitvi ekspertnega dela v sodobnih družbah lahko določene dejavnosti, nad katerimi ima zakonsko določeno pristojnost ena poklicna skupina (npr. zdravniki), druga poklicna skupina prevzame z različno stopnjo samostojnosti (Kroezen et al., 2011).

- Podrejenost: pristojna poklicna skupina nadzoruje delitev dela, ki ga izvaja ena ali več podrejenih skupin.
- Intelektualna jurisdikcija: pristojna poklicna skupina nadzira kognitivno znanje zadevnega področja, vendar dovoli, da dejavnosti na tem področju izvajajo tudi drugi poklici.
- Delitev dela: jurisdikcija nad določeno nalogo je razdeljena med dve poklicni skupini na dva dela, ki sta funkcionalno soodvisna, vendar strukturno enaka.
- Svetovalna jurisdikcija: najšibkejša oblika nadzora, ki zagotavlja prvi skupini legitimno pravico razlagati, blažiti ali delno spremnijati aktivnosti druge skupine.
- Diferenciacija uporabnikov: dve poklicni skupini izvajata storitev za različne skupine uporabnikov.

Ob upoštevanju zgoraj navedene delitve srečamo v literaturi tri glavne modele predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester.

Neodvisno predpisovanje

Z zakonom določeni in ustrezno usposobljeni predpisovalci zdravil so odgovorni, da izvedejo klinično oceno pacienta, postavijo diagnozo, določijo najprimernejše zdravilo, drug terapevtski postopek ali pripomoček in imajo tudi

pristojnost za izdajo recepta. Nabor zdravil, med katerimi smejo izbirati medicinske sestre, je običajno omejen (Kroezen et al., 2011).

Dopolnilno predpisovanje

V primeru dopolnilnega predpisovanja gre običajno za partnerstvo med neodvisnim predpisovalcem – zdravnikom ali zobozdravnikom in dopolnilnim predpisovalcem – medicinsko sestro ali farmacevtom. Zdravnik na začetku izvede oceno pacienta in postavi diagnozo, dopolnilni predpisovalec pa predpiše zdravila s seznama, ki je lahko omejen ali pa tudi ne. Pri tem ni potreben neposreden nadzor samostojnega predpisovalca, vendar pa se pred izdajo recepta dopolnilni predpisovalec mora posvetovati (Kroezen et al., 2011).

Predpisovanje za skupine pacientov

Za obravnavo znane klinične situacije običajno obstajajo pisni protokoli ali smernice. V tem primeru ne gre za predpisovanje individualizirane terapije, pač pa za izdajo recepta v okviru obstoječih pisnih protokolov, ki jih pripravi tim strokovnjakov, sestavljen iz zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester (Kroezen et al., 2011).

Izobraževalni programi za medicinske sestre

Izobraževanje in usposabljanje medicinskih sester za predpisovanje je v različnih državah organizirano različno. V veliki večini držav so vsebine s področja predpisovanja zdravil vključene v redne vsebine magistrskega študija zdravstvene nege. V nekaterih državah pa je predpisovanje zdravil zajeto v drugih izobraževalnih programih. Tako je na Švedskem usposabljanje za predpisovanje vključeno v specialistični študij zdravstvene nege v primarnem zdravstvu, na Nizozemskem je usposabljanje za dopolnilno predpisovanje organizirano kot podiplomski tečaj visoko strokovne stopnje, v Španiji pa se za samostojno predpisovanje medicinske sestre usposabljamajo v okviru obveznih vsebin študija zdravstvene nege na prvi stopnji (4 leta) in v okviru podiplomskih programov specializacije. V nekaterih državah so tečaji predpisovanja zdravil organizirani v obliki samostojnih izobraževalnih procesov. Tak primer sta Velika Britanija in Irska, kjer je modul predpisovanja zdravil vključen v dodiplomsko visoko strokovno izobraževanje, lahko pa je organiziran kot samostojni izobraževalni tečaj. Slednje velja tudi za Finsko. V sistemu izobraževanja v Avstraliji, Novem Južnem Walesu in Viktoriji so predmeti s

področja predpisovanja zdravil del rednega magistrskega študija, medicinske sestre, ki so uspešno zaključile magistrski študij, pa se lahko vpišejo tudi na samostojne tečaje za predpisovanje zdravil (Banning, 2004).

V primerih, ko je usposabljanje za predpisovanje zdravil organizirano kot samostojen tečaj, morajo kandidati pred vpisom izpolnjevati določene pogoje. Na Finskem, Irskem in v Veliki Britaniji morajo imeti medicinske sestre v zadnjih petih letih vsaj tri leta kliničnih izkušenj in podporo s strani delodajalca (Banning, 2004).

Vsebine izobraževalnih programov za samostojno in dopolnilno predpisovanje s strani medicinskih sester so precej podobne. Vsebine so predvsem s področja klinične farmakologije, večin kliničnega odločanja in diagnostike, svetovanja, spodbujanja konkordance in adherence pri zdravljenju, zakonodaje, etičnih vidikov predpisovanja, strokovne odgovornosti in timskega dela. V večini držav je v okviru usposabljanja za predpisovanje organizirano tudi praktično usposabljanje pod nadzorom mentorja, ki je običajno medicinska sestra za izobraževanje, nadzorna medicinska sestra, včasih pa tudi zdravnik. Nadzor s strani zdravnika je obvezen na Irskem in v Veliki Britaniji (Kroezen et al., 2012).

Osnova za varno predpisovanje zdravil je uspešno obvladovanje znanja in večin s področja farmakologije, saj ta znanja vplivajo tudi na druga področja, ki jih morajo obvladati medicinske sestre, ko prevzemajo naloge predpisovanja zdravil, na primer poznavanje zakonodaje, psihosocialni vidiki uporabe zdravil itd. Na varnost pacientov pri zdravljenju z zdravili odločilno vpliva poznavanje zdravil z visokim tveganjem in obvladovanje večine preračunavanja pri odmerjanju zdravil (Lynn et al., 2008).

Študija, v kateri je sodelovalo 29 šol zdravstvene nege v Belgiji, je pokazala velike razlike v kurikulumu farmakologije. Avtorji študije zaključujejo, da so znanja farmakologije in večine preračunavanja študentov zdravstvene nege omejene, študenti pa se tudi ne čutijo sposobne prevzemati nalog varnega dajanja zdravil v praksi (Dilles et al., 2010).

Tudi v Veliki Britaniji izvedena študija iz leta 2004 je pokazala, da medicinske sestre kljub uspešno zaključenemu programu dodatnega izobraževanja in usposabljanja s področja predpisovanja zdravil nimajo zaupanja vase in čutijo pomanjkanje znanj s področja uporabne farmakologije in terapije (Banning, 2004).

Učinki predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester

V Veliki Britaniji segajo predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester v leto 1986, od tedaj pa se je že močno razširilo. Kot navaja evalvacijsko poročilo,

objavljeno na spletni strani škotske vlade, ima uvedba predpisovanja s strani medicinskih sester številne prednosti. Izboljšani sta dostopnost do zdravstvenih storitev in skrb za paciente, večje je zadovoljstvo medicinskih sester v poklicu, medprofesionalno sodelovanje pa omogoča boljšo izkoriščenost delovnega časa zdravnikov (Watterson et al., 2009).

Sistematični pregled literature pokaže, da je bilo do leta 2006 objavljenih 8851 raziskav o vplivu predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. V objavo so vključene primerjalne raziskave o predpisovanju s strani medicinskih sester skozi daljše časovno obdobje ali v primerjavi z zdravniki. Zaradi velikih metodoloških pomanjkljivosti večine zgoraj navedenih študij jih je bilo v nadaljnjo raziskavo vključenih le 23, med katerimi je bilo sedem randomiziranih in ena kontrolirana klinična študija, od vseh sta imeli le dve študiji zmerno pristranskost, nobena pa ni izpolnjevala vseh metodoloških kriterijev. Raziskava je vrednotila vpliv predpisovanja s strani medicinskih sester na kakovost predpisovanja z vidika kliničnih izidov za pacienta, informiranosti pacienta, adherenco, kakovost in pacientovo zadovoljstvo z obravnavo ter glede na obseg, vrsto, količino in število predpisanih zdravil, čas, porabljen za pregled in svetovanje, število napotitev, obremenitev in prihranek časa, dosegljivost zdravstvene oskrbe in stroške za zdravstveni sistem. Glede na šibko metodološko kakovost objavljenih študij avtorji ugotavljajo, da se zdi predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester pozitivno, izidi v objavljenih študijah pa lahko služijo le kot indikatorji, medtem ko so do oblikovanja sklepov in ugotovitev na osnovi teh študij zadržani (Van Ruth et al., 2008).

Razprava in sklep

Pregled literature v zvezi s pristojnostjo medicinskih sester za predpisovanje zdravil v različnih državah kaže na to, da osnovno izobraževanje medicinskih sester za področje zdravstvene nege v splošni medicini ne zagotavlja ustreznih znanj in veščin, ki bi medicinskim sestrám omogočale prevzemanje nalog predpisovanja zdravil. Dodatna izobraževanja s tega področja se v različnih državah razlikujejo po dolžini trajanja, deloma pa tudi po vsebinì. Pri vseh izobraževanjih je ključen velik poudarek na dodatnih, poglobljenih vsebinah uporabne farmakologije, visoko tveganih zdravil in na urjenju veščin preračunavanja. Trajanje dodatnega izobraževanja je deloma odvisno od stopnje predznanja in se giblje od treh mesecev do treh let. Pred odločitvijo za širitev pristojnosti predpisovanja je smiselno proučiti potencialen vpliv take spremembe na varnost pacientov, na sistem izobraževanja medicinskih sester in zdravnikov, vpliv na klinične, ekonomske in humanistične izide zdravljenja na ravni posameznega pacienta in v celotnem zdravstvenem sistemu ter vpliv na razvoj poklica zdravnika in poklica medicinske sestre.

Literatura

- Banning M. Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review of the literature; 2004. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (10. 10. 2012).
- Dilles T, Vander Stichele RR, Van Bortel L & Elseviers MM. 2010. Nursing students' pharmacological knowledge and calculation skills: Ready for practice?; 2010. Dostopno na: <http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917%2810%2900156-5/ppt> (10. 10. 2012).
- Kroezen M, Francke A L, Groenewegen PP & Dijk L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control; 2012. Dostopno na: <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp4198.pdf> (10. 10. 2012).
- Kroezen M, van Dijk L P, Groenewegen P & Francke LA. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature; 2011. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/127> (9. 10. 2012).
- Lynn JS, Bath-Hextall F&Wharrad HJ. Pharmacology education for nurse prescribing students – a lesson in reusable learning objects; 2008. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2263034/> (10. 10. 2012).
- Van Ruth L, Mistiaen P& Francke A. Effects of nurse prescribing of medication: a systematic review; 2008. Dostopno na: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-healthcare-administration/volume-5-number-2/effects-of-nurse-prescribing-of-medication-a-systematic-review.html> (10. 10. 2012).
- Watterson A, Turner F, Coull A & Murray I. An evaluation of the expansion of nurse prescribing in; 2009. Dostopno na: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/285830/0087056.pdf> (1. 10. 2012).

ALI PACIENTI UPOŠTEVAJO PRIPOROČILA PRI ZDRAVLJENJU Z ZDRAVILI?

Katarina Lokar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

*Onkološki inštitut Ljubljana
klokar@onko-i.si*

IZVLEČEK

Če pacienti zdravil ne jemljejo ali jih ne jemljejo pravilno, od njih ne bodo imeli koristi. Trenutno med strokovnjaki ni soglasja o tem, kaj je »primerna« adherenca. Pomemben problem ocenjevanja adherence in persistence je pomanjkanje zlatega standarda za merjenje. Poznamo več različnih metod za merjenje adherence in persistence, a nobena ni brez večjih omejitev. Slabi adherenca in persistenca imata lahko številne posledice, predvsem lahko vplivata na učinkovitost zdravljenja. Adherenca pri zdravljenju je odvisna od mnogih dejavnikov in ne poznamo enostavne razlage za neadherenco. Dejavniki, ki so bili pogosto povezani z adherenco pri predpisanih zdravljenjih, so individualne značilnosti pacienta, vrsta in značilnosti bolezni, režim zdravljenja in sistem zdravstvenega varstva. Obstaja nekaj dokazov, da so intervencije, ki spodbujajo natančno jemanje predpisanih zdravil, učinkovite. Te intervencije so lahko izobraževalne, vedenjske, emocionalne in multidimenzionalne. Adherenca in persistenca bosta vedno bolj pomembni temi pri zdravstveni oskrbi pacientov, ključno vlogo pri tem pa imajo medicinske sestre.

Ključne besede: adherenca in persistenca, učinkovitost zdravljenja, intervencije, vloga medicinske sestre

Uvod

Pacienti od zdravil nimajo koristi, če jih ne jemljejo ali jih ne jemljejo pravilno, poleg tega pa lahko z nepravilnim jemanjem ogrožajo tudi svojo varnost. Kadar govorimo o tem, ali pacienti upoštevajo priporočila pri zdravljenju z zdravili, se srečamo z dvema izrazoma: to sta adherenca in persistenca. Adherenca je izraz, ki pomeni »stopnjo ali obseg upoštevanja priporočil zdravstvenih delavcev o dnevнем zdravljenju, ki se nanašajo na čas, odmerek in pogostnost«. Persistenca pa je izraz, ki se nanaša na trajanje zdravljenja od njegovega začetka do prekinitev. O optimalni adherenci govorimo, ko pacient sledi predpisankemu režimu zdravljenja brez odstopanj: ko ne izpušča odmerkov, ko ne vzame dodatnih odmerkov, ko ne jemlje

prevelikih ali premajhnih odmerkov ali ob napačnem času. O optimalni persistenci govorimo, ko pacient jemlje zdravila tako dolgo, kot so predpisana. Trenutno med strokovnjaki ni soglasja o tem, kaj je »primerna« adherenca, saj raziskovalci kot primernega ocenjujejo razpon adherence med 80 in 95 %, podatki, ki bi to podpirali, pa so omejeni (Ruddy et al., 2009). V prispevku je predstavljen problem adherence in persistence z različnih vidikov s pomočjo pregleda literature. S to problematiko so se raziskovalci podrobnejše ukvarjali predvsem v letih 2008 in 2009.

Dejavniki, ki vplivajo na upoštevanje priporočil pri zdravljenju z zdravili, in kakšne so lahko posledice neupoštevanja navodil

Adherenca pri zdravljenju je odvisna od mnogih dejavnikov. Enostavne razlage za neadherenco ni. Možni napovedniki, kakšna bo adherenca pri posameznem pacientu oz. skupini pacientov, vključujejo številne dejavnike (Partridge et al., 2002). V mnogih raziskavah so preučevali, zakaj se pacienti ne držijo navodil pri jemanju zdravil. Ugotovili so, da dejavniki niso skupni za vse vrste zdravil in bolezni, zato jih ni mogoče posploševati. Starost se na primer ni izkazala kot konistentni napovednik adherence; ugotovili pa so, da so adolescenti značilno manj adherentni od drugih pediatričnih pacientov (Ruddy et al., 2009; Miaskowski et al., 2008; Partridge et al., 2002).

Dejavniki, ki so bili pogosto povezani z adherenco in persistenco pri predpisanih zdravljenjih, so:

- individualne značilnosti pacienta: psihološko stanje (depresija in anksioznost), prepričanja o zdravju in zdravljenju, socialna podpora, slaba adherenca v anamnezi, občutki o bolezni, v kakšni meri posameznik verjame, da lahko vpliva na situacijo, pričakovani izidi zdravljenja, socialnoekonomski status;
- dejavniki, povezani z zdravljenjem: vrsta bolezni (simptomi, trajanje, omejitve, resnost), režim zdravljenja (vrsta, kompleksnost, neželeni učinki, trajanje, potrebne spremembe navad), vidnost učinka, neželeni učinki, stroški;
- dejavniki, povezani s sistemom zdravstvenega varstva: odnos z zdravstvenimi delavci, zadovoljstvo z oskrbo, zdravstveno zavarovanje, dostopnost do storitev (Ruddy et al., 2009; Miaskowski et al., 2008; Partridge et al., 2002).

Raziskovalci so ugotovili tudi obstoj namerne neadherence, ki je največkrat posledica pomanjkanja informacij o prednostih in slabostih zdravljenja, nejasno videnih učinkih zdravljenja ter psihološke adaptacije, ki je potrebna, da posameznik vidi, da potrebuje zdravljenje (Atkins, Fallowfield, 2006).

Dokazi adherence pri dolgotrajnih zdravljenjih odraslih z nemalignimi kročnimi boleznimi kažejo, da pacienti zaužijejo le 50 % predpisanih zdravil.

Tradicionalna predpostavka je, da sta adherenca in persistenca pri pacientih z raka boljši, ker naj bi bili ti bolj motivirani zaradi same bolezni; imajo »preveč za izgubiti«, če ne sledijo navodilom zdravljenja (Ruddy et al., 2009; Miaskowski et al., 2008; Partridge et al., 2002). Vprašanje pa je, ali to drži. Raziskave so na primer pokazale nizko adherentnost pri boleznih, ki ogrožajo življenje pacientov (Partridge et al., 2002). Prav tako je Partridgova sodelavci (2008) ugotovila, da približno ena od štirih žensk z zgodnjim stadijem raka dojke ni v celoti sledila predpisankemu zdravljenju v prvem letu adjuvantega zdravljenja z anastrozolom, adherenca pa je s trajanjem zdravljenja še upadla. Atkins in Fallowfield (2006) pa sta v svoji študiji pacientk z rakom dojke na sistemskem peroralnem zdravljenju zasledili 55 % neadherentnost, od tega v 16,7 % namerno neadherentnost. Aggarwal in Mosca (2010) sta v svoji raziskavi pri pacientih, ki so se zdravili z zdravili za povisan krvni tlak in holesterol, ugotovila, da je 14 % prvih in 23 % drugih v zadnjem tednu izpuščalo zdravila. Različne raziskave tudi pokažejo, da je precejšen upad adherence in persistence povezan z daljšimi zdravljenji (Ruddy et al., 2009; Ziller et al., 2009; Partridge et al., 2008).

Slaba adherenca in persistenca lahko vplivata na učinkovitost zdravljenja. Če se zdravnik ne zaveda, da pacient ne jemlje zdravil, kot je predpisano, lahko pripše slabšanje bolezenskega stanja neaktivnosti zdravil in po nepotrebnem zamenja zdravljenje (Ruddy et al., 2009). Poleg tega pa je pacient podvržen nepotrebnim diagnostičnim preiskavam in hospitalizacijam (Partridge et al., 2002).

Raziskave na različnih populacijah pacientov so v primeru neadherence in nepersistence pokazale tudi povečano rabo zdravstvenih virov: več obiskov pri zdravniku, več hospitalizacij, daljše hospitalizacije, več neželenih učinkov zdravil v primerih, ko pacient jemlje odmerke preveč skupaj ali ob napačnem času dneva (Ruddy et al., 2009; Partridge et al., 2008).

Neadherenca pacientov, ki so vključeni v klinične raziskave, vpliva na nepravilne zaključke raziskav in nepravilne priporočene odmerke zdravil. Zato nekatere raziskave vključujejo tudi oceno adherentnosti, da te napake omejijo v največji možni meri. Kljub temu pa je adherenca v kliničnih raziskavah ponavadi veliko večja kot pa pri pacientih, ki niso vključeni v raziskave (Ruddy et al., 2009; Partridge et al., 2008). Boljšo adherenco pri kliničnih raziskavah lahko pripišemo metodi merjenja adherence, ki je največkrat samoporočanje, intenzivnemu spremljanju pacientov ter skrbni izbiri pacientov, ki jih vključujejo v raziskave (Ruddy et al., 2009). Prav tako so najverjetneje zaradi manjše adherentnosti izidi zdravljenja v običajnih okoliščinah slabši od tistih, ugotovljenih s kliničnimi raziskavami (Partridge et al., 2008).

Pri številnih boleznih raziskave kažejo, da večina pacientov doseže srednjo in ne optimalno stopnjo adherence. Strokovnjaki predvidevajo, da se pomen oz. posledice neadherence najverjetneje razlikujejo od zdravila do zdravila. Pri zdravilih z daljšim razpolovnim časom je izpustitev enega odmerka manj ogrožajoča. Pri zdravilih, ki jih uporabljajo za hormonsko zdravljenje raka dojk, imajo na primer tamoksifen in njegovi metaboliti razpolovni čas 7 do 14 dni, medtem ko imata letrozol in anastrozol približno 2-dnevni razpolovni čas, eksemestane pa le 27 ur. Posledica izpuščenega odmerka je večja pri pacientih, ki jemljejo aromatazne inhibitorje, kot pri tistih na tamoksifenu. A ta koncept zahteva več raziskav (Ruddy et al., 2009; Ziller et al., 2009).

Metode ocenjevanja adherence in persistence

Dogovorjenega standarda za ocenjevanje oz. merjenje adherence in persistenčnosti (Ziller et al., 2009; Partridge et al., 2002). Poznamo več različnih metod za merjenje adherence in persistence, a vsaka ima določene omejitve. Že zavedanje pacienta, da se adherenca meri, vpliva na njegovo vedenje v povezavi z jemanjem zdravil, običajno z izboljšanjem vedenja. Ta vpliv opazovanja na izid raziskave je poimenovan kot »Hawthornov učinek« (Ruddy et al., 2009).

Metode ocenjevanja:

- Samoporočanje je metoda, pri kateri pacienti poročajo o tem, kako natančno so sledili predpisankemu načinu zdravljenja. Pri tej metodi so zabeleženi odkloni, saj pacienti ponavadi poročajo o boljši adherenci, kot je bila dejanska, v želji ustreči zdravstvenemu osebju.
- Pacientov dnevnik ima za merjenje adherence enake odklone kot samoporočanje, a so lahko ti odkloni manjši, ker je pacient naprošen, da zabeleži vsak odmerek zdravila takrat, ko ga vzame.
- Štetje zdravil zahteva, da pacient vrne neuporabljene tablete ob vsakem obisku, tako da je mogoče izpuščene odmerke izračunati. Tudi pri tej metodi se je izkazalo, da je precenjeno število tablet, ki jih je pacient dejansko zaužil. Pacienti zavrnejo tablete, ki jih niso zaužili, da se ne bi pokazali kot neadherentni. Kljub temu je ta metoda pogosto v uporabi skupaj z metodo samoporočanja. S tem pa ne dobimo nobenih informacij o času jemanja odmerkov, ki je lahko kritičen dejavnik za učinkovitost nekaterih zdraviljenj.
- Merjenje ravni metabolitov zdravil v serumu ali urinu je objektivnejša metoda za merjenje adherence in persistence, a ne daje informacij o času zaužitja

odmerkov, mogoče pa so tudi manipulacije s strani pacientov (jemanje dodatnih odmerkov pred preiskavo). Na ravni lahko vpliva še variabilnost farmakokinetike pri absorpciji zdravil. Merjenje ravni metabolitov tudi ni mogoče pri vseh zdravilih.

- Ena novejših metod za merjenje adherence je mikroelektroski monitoring sistem (MEMS). Sistem MEMS je sestavljen iz »inteligentnega« pokrovčka na steklenički z zdravili, ki elektronsko zabeleži vsako odstranitev pokrovčka. MEMS zagotovi računalniški zapis dni in časov, ko je bila steklenička odprta. Čeprav menijo, da je ta sistem podvržen manjši možnosti manipulacije s strani pacienta, ni nujno, da pacient vsakič, ko odpre stekleničko, zdravilo tudi zaužije. Tudi pri tej metodi je možen Hawthornov učinek, sama metoda pa je precej draga, zato jo uporabljajo predvsem v kliničnih raziskavah.
- Merjenje adherence pri večji populaciji pacientov je mogoče spremljati preko analize prevzemanja zdravil na recept. Tudi ta pristop ima omejitve, ker je možno, da nekateri pacienti izpustijo ali podvojijo odmerke zdravil, prevzemajo nova zdravila pravočasno, jemljejo jih pa ne, pa tudi nobenih informacij glede časa jemanja odmerkov ni. Pri analizi podatkov tudi ni možno razlikovanje med tistimi pacienti, ki nepravilno jemljejo zdravila, in tistimi, ki jih prenehajo jemati. Kljub temu je ta metoda dobra pri spremeljanju adherence na večji populaciji v daljšem časovnem obdobju, izogne pa se še Hawthornemu učinku in manipulaciji s strani pacientov (Ruddy et al., 2009).

Intervencije za izboljšanje adherence in persistence ter vloga medicinskih sester

Intervencije, ki spodbujajo natančno jemanje peroralnih zdravil, so lahko učinkovite. So izobraževalne, vedenjske (prakticiranje jemanja zdravil, uporaba opomnikov), emocionalne in multidimenzionalne. Izkazalo se je, da je izobraževanje pacientov s strani zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov zelo učinkovito. Ob upoštevanju Hawthornovega učinka je lahko sistematičen nadzor nad jemanjem zdravil pri pacientih učinkovit način izboljšanja adherence in persistence (Ruddy et al., 2009).

Adherenco pacientov lahko izboljšajo tudi naslednje strategije:

- opis zdravljenja in njegovih ciljev,
- zagotavljanje pisnih informacij o zdravljenju,
- informiranje o potencialnih neželenih učinkih zdravljenja in kako jih obvladovati,

- upoštevanje pacientove psihosocialne dinamike (zavarovanje, dostopnost do zdravil, podporni sistem),
- posredovanje podatkov o osebah, ki jim pacienti lahko postavijo vprašanja,
- načrtovanje kontrolnih obiskov,
- seznam organizacij in podpornih skupin, na katere se lahko obrnejo za pomoč (Miaskowski et al., 2008).

Ob kontrolnih obiskih lahko kontinuirano izvajamo učenje pacientov. Za področje adherence je v pomoč modificirana Moriskyjeva lestvica, ki vsebuje naslednja vprašanja:

- Ali kdaj pozabite vzeti zdravila?
- Ali ste občasno manj natančni, previdni pri jemanju zdravil?
- Če se počutite bolje, ali včasih prenehate jemati zdravila?
- Ali se, ko se po vzetem zdravilu počutite slabše, včasih odločite, da ga prenehate jemati? (Miaskowski et al., 2008).

Za vsak pozitiven odgovor se pripše 1 točka. Pacienti, ki zberejo 0–1 točke, imajo visoko stopnjo adherence, medtem ko tisti z večjim številom točk potrebujejo intervencije za izboljšanje adherence. Adherenco lahko ocenimo bolje še z dodatnimi vprašanji, kot so: Ali poznate dolgotrajne koristi jemanja zdravil?, Ali včasih pozabite pravočasno iti po zdravila v lekarno? (Miaskowski et al., 2008).

Glede na posledice neadherence ta postaja vedno bolj prepoznaven problem, s katerim se zdravstveni delavci soočajo pri sodobni zdravstveni oskrbi pacientov. Medicinske sestre imajo pri obvladovanju tega problema zelo pomembno vlogo in to vlogo tudi prepoznavajo (Lehane, McCarthy, 2009). Neadherenca je s strani NANDE prepoznana negovalna diagnoza, ki jo uporablajo v praksi zdravstvene nege (NANDA-I, 2011). Ne le da medicinske sestre pacientom zdravila pogosto aplicirajo, v razvoju je nova vloga medicinskih sester, in sicer vloga predpisovalke zdravil (Kaufman, Birks, 2009). V številnih raziskavah (Chummun, 2011; Sprinks, 2010; Latter, 2010; Strickland-Hodge, 2008) so ugotavljeni izide zdravstvene oskrbe pri medicinskih sestrar, ki predpisujejo zdravila, ter pri medicinskih sestrar, ki vodijo kroničnega bolnika (pri nas v referenčnih ambulantah). V njih niso raziskovali neposrednega vpliva na adherenco, so pa izsledki pokazali pozitiven učinek na dejavnike, ki vplivajo na adherenco, npr. dostopnost do oskrbe, kontinuiteta oskrbe, zadovoljstvo pacientov itd.

Sklep

Adherenca in persistenca sta zelo pomembni temi pri zdravstveni oskrbi pacientov in medicinske sestre imajo pri tem ključno vlogo. Ob dejstvih, ki so predstavljena v članku, bi morali biti vsi zdravstveni delavci pozornejši na to področje. Preprečevanje neadherence bi moralno biti vključeno v načrte zdravljenja in zdravstvene nege ter sestavni del kontinuirane zdravstvene oskrbe. Le tako bomo lahko dosegli cilje zdravljenja.

Literatura

- Aggarwal B, Mosca L. Lifestyle and Psychosocial Risk Factors Predict Non-adherence to Medication. *Ann Behav Med Society of Behavioral Medicine*. 2010; 40(2): 228–33.
- Atkins L, Fallowfield L. Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *EJC*. 2006; 42(14): 2271–6.
- Chummun H. The management of hypertension: the impact of nurse-led clinics. *Nurse Prescribing*. 2011; 9(2): 68–74.
- Kaufman G, Birks Y. Strategies to improve patients' adherence to medication. *Nurs Stand*. 2009; 23(49): 51–7.
- Latter S. Evidence base for effective medicines management. *Nurs Stand*. 2010; 24(43): 62.
- Lehane E, McCarthy G. Medication non-adherence—exploring the conceptual mire. *IJNP*. 2009; 15(1): 25–31.
- Miaskowski C, Shockney L, Chlebowski RT. Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. *CJON*. 2008; 12(2): 213–2.
- NANDA-International (NANDA-I). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2012 – 2014*. Des Moines: Wiley Blackwell; 2011.
- Partridge AH, LaFountain A, Mayer E, Taylor BS, Winer E, Asnis-Alibozek A. Adherence to initial adjuvant anastrozole therapy among women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2008; 26(4): 556–62.
- Partridge AH, Avorn J, Wang PS, Winer EP. Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *J Natl Cancer Inst*. 2002; 94(9): 652–61.
- Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2009; 59(1): 56–66.
- Sprinks J. Nurse prescribers boost patient wellbeing and satisfaction levels. *Nurs Stand*. 2010; 25(5): 8.
- Strickland-Hodge B. Nurse prescribing: the elephant in the room? *Quality in Primary Care*. 2008; 16 (2): 103–7.
- Ziller V, Kalder M, Albert US, Holzhauer W, Ziller M, Wgner U, Hadji P. Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Ann Oncol*. 2009; 20(3): 431–6.

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI BOLNIKOV PRI DOLGOTRAJNEM SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU RAKA

Prof. dr. Tanja Čufer, dr. med.

*Klinika Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik
tanja.cufer@klinika-golnik.si*

IZVLEČEK

Rak postaja vedno bolj kronična bolezen, bolniki pa so deležni dolgotrajnega kroničnega sistemskega zdravljenja raka. Medtem, ko je zdravljenje s citostatiki še vedno kratkotrajno in ga merimo v mesecih pa sta hormonsko in tarčno zdravljenje raka praviloma dolgotrajni in povezani z dolgotrajnimi in tudi kasnimi neželenimi učinki zdravljenja. Ti dve zdravljenji se pogosto izvajata več mesecev ali let in to na domu. Poznavanje neželenih učinkov zdravljenja tako s strani zdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov in nenazadnje tudi bolnika samega, je nujno, saj le tako lahko nekatere neželene učinke preprečimo oziroma jih pravočasno in pravilno zdravimo. Pravilno podporno zdravljenje izboljša kvaliteto življenja bolnikov med in po zdravljenju in omogoči izpeljavo optimalnega specifičnega zdravljenja pri vsakemu posameznem bolniku, družbi pa omogoči najboljše možne obvladovanje raka v vsakem trenutku.

Ključne besede: rak, sistemsko zdravljenje, neželeni učinki, dolgotrajno zdravljenje

Uvod

Sistemsko zdravljenje raka pomeni zdravljenje raka z zdravili: citostatiki (kemoterapijo), hormonskimi in biološkimi oziroma tarčnimi zdravili. To zdravljenje je v zadnjih desetletjih izboljšalo možnosti ozdravitve številnim bolnikom z raki. Sistemsko zdravljenje raka je doživelvo prvi večji razmah v drugi polovici 20. stoletja, z razvojem kemoterapevtikov in hormonskega zdravljenja. Nekateri raki, kot so leukemije, limfomi, osteogeni sarkom in rak mod, so postali z uvedbo kemoterapije visoko ozdravljeni, ne glede na obseg-stadij bolezni ob diagnozi. Pogosti raki, kot so rak dojke, rak debelega črevesa, rak jajčnikov, rak pljuč in rak prostate so postali z uvedbo kemoterapevtikov in/ali hormonskega zdravljenje

v veliko večjem deležu ozdravljeni v zgodnih stadijih bolezni, v napredovali fazi bolezni pa so postali ti raki dobro zazdravljeni (DeVitta, 2005). Vedno več bolnikov je na dolgotrajnem sistemskem zdravljenju raka. Leta 2007 smo imeli v Sloveniji že 3% vseh prebivalcev ozdravilnih od rak (Primic-Žakelj, Zadnik, Žagar, 2007). Bolniki danes živijo značilno dlje in bolj kvalitetno. Z razpoznavo človeškega genoma, so se konec prejšnjega stoletja pojavile možnosti za razpoznavo in identifikacijo tumorskega genoma. Začelo se je obdobje molekularne onkologije, ki bo omogoča individualno, vsakemu bolniku in njegovemu tumorju prilagojeno zdravljenje. Molekularna onkologija omogoča razpoznavo tarč in razvoj na tarče usmerjenega zdravljenja, nudi pa tudi podatke o molekularnih označevalcih, ki napovedujejo biološko agresivnost tumorja in občutljivost na določeno zdravljenje (Čufer, 2007; Snoj, Čufer, 2007). Primera res učinkovitega tarčnega zdravljenja raka sta imatinib za zdravljenje gastrointestinalnih stromalnih rakov (GIST) in trastuzumab za zdravljenje HER2 pozitivnega raka dojk. Tarčno zdravljenje je ne samo zelo učinkovito, ampak pogosto prav zaradi svoje učinkovitosti tudi dolgotrajno.

Vendar pa za res učinkovito zdravljenje raka in boljša preživetja bolnikov ob dobri kvaliteti življenja nikakor ni dovolj, da je zdravilo učinkovito. Zdravilo mora biti tudi varno. Varnost zdravila se preveri že v okviru kliničnega preizkušanja zdravila, še preden zdravilo pride v rutinsko uporabo. Zdravilo se lahko da na tržišče (registrira) šele takrat ko klinične raziskave potrdijo njegovo varnost in učinkovitost. Vendar pa prav za zdravila za raka velja, da je njihovo terapevtsko okno zelo ozko, meja med varnim in nevarnim odmerkom zdravila je zelo ozka. Zato je potrebno zdravila za raka zelo skrbno odmerjati, bolnik pa med zdravljenjem in tudi še veliko let po zaključenem zdravljenju skrbno spremljati. Prav dolgotrajno, kronično zdravljenje lahko povzroči neželene učinke zdravljenja, ki se pokažejo šele po dolgotrajnem jemanju zdravil ali celo po prekiniti jemanja zdravil (Šeruga, 2011). Izrednega pomena sta skrben nadzor in sledenje bolnikov med in po dolgotrajnem sistemskem zdravljenju raka (Grašič, 2010). Predvsem pa je treba dobro poznati mogoče neželene učinke vsakega posameznega zdravila za raka in jih, če je le mogoče, preprečiti. V primeru, da pride do neželenih učinkov pa jih je potrebno ustrezno zdraviti (Pajk, 2007). Za varno uporabo zdravil za raka je torej potrebno veliko znanja in izkušenj na področju sistemskega zdravljenja raka, tako zdravnika kot medicinske sestre. Z naraščanjem števila bolnikov, ki so na dolgotrajnem sistemskem zdravljenju raka, narašča vloga medicinskih sester pri sledenju teh bolnikov. Pomembno vlogo pa imajo medicinske sestre predvsem pri razpoznavanju, preprečevanju in lajšanju neželenih učinkov dolgotrajnega sistemskega zdravljenja raka.

Neželeni učinki sistemskega zdravljenja

Prav vse oblike sistemskega zdravljenja raka lahko spremljajo neželeni učinki. Če jih predvidimo, jih lahko preprečimo ozziroma uspešno zdravimo s podpornimi zdravili. Na pojav neželenih učinkov pri bolniku, poleg vrste in odmerka zdravila za zdravljenje raka, vplivajo tudi bolnikove lastnosti, kot so stanje zmogljivosti (performans status), starost, razširjenost rakave bolezni, infiltracija kostnega mozga z rakom, spremljajoče bolezni, delovanje organov, prek katerih se zdravilo presnavlja in izloča ter nenazadnje medsebojno delovanje uporabljenega zdravila z drugimi zdravili.

Neželene učinke sistemskih zdravil za zdravljenje raka razdelimo v tri skupine: 1. akutne, ki nastopijo v nekaj minutah ali urah; 2. subakutne, ki jih opazimo po nekaj dneh in 3. kasne, ki se lahko pojavijo po nekaj tednih, mesecih ali letih (razpredelnica 1). Vse neželene učinke sistemskega zdravljenja skrbno spremljamo in jih pred nadaljevanjem zdravljenja ovrednotimo. Če je potrebno, največkrat v primeru hudih, življenje ogrožajočih zapletov po predhodni aplikaciji zdravil, specifično zdravljenje spremenimo. Za vrednotenje neželenih učinkov uporabljamo poenotene kriterije CTC (Common Toxicity Criteria), na podlagi katerih ločimo več stopenj, od blagih do življenje ogrožajočih (stopnje 0–4) (Razpredelnica 1).

Razpredelnica 1: Neželeni učinki sistemskih zdravil

Akutni	Subakutni	Kasni
Takojšnji (v minutah)	Po nekaj dneh	Po nekaj tednih, mesecih, letih
hipersenzitivne reakcije	mukozitis	alopecija
motnje ritma	zaprtje	hiperpigmentacija kože
hipo-/hipertenzija	akutna odpoved ledvic	izpuščaj
ekstravazacija	zavora kostnega mozga	okvare nohtov
Zgodnji (v nekaj urah)	periferna nevropatija	okvara organov
slabost/bruhanje	anoreksija	reprodukтивna sposobnost
gripozno stanje	kronična utrujenost (fatigue)	teratogenost
sindrom hitrega razpada		
tumorja		sekundarni malignomi
flebitis		
cistitis		
zmedenost		

Neželeni učinki citostatikov

Citostatiki se praviloma ne aplicirajo dalj časa. Povprečna dolžina zdravljenja s citostatiki je 6 ciklov, kar znaša dobre 4 mesece. Redko se poslužujemo tako imenovanih metronomičnih shem, ko citostatike dajemo vsak dan, tudi po več mesecev ali let. Seveda pa se citostatska zdravljenja, v primeru napredovanja bolezni, pogosto ponovi. Govorimo o redih citostatskega zdravljenja. Bolniki lahko tekom življenja dobijo tudi po več redov citostatskega zdravljenja. Neželeni učinki citostatskega zdravljenja so večinoma izraženi med zdravljenjem s citostatiki, po zaključku zdravljenja oziroma med intervali, ko bolnik ne prejema citostatikov, pa niso prisotni. Izjema so kasni, neželeni učinki zdravljenja s citostatiki, ki se ponavadi pokažejo šele več mesecev ali let po citostatskem zdravljenju in je njihova ja-kost ponavadi premo sorazmerno s skupnim odmerkom prejetega citostatika.

Akutni neželeni učinki

Najpogostejsi akutni neželeni učinki ciostatikov so slabost in bruhanje, zavora delovanja kostnega mozga, splošna utrujenost ter okvare sluznic, ki se kažejo v obliki stomatitisa, ezofagitisa ali diareje. Vsi citostatiki ne povzročajo slabosti in bruhanja v enaki meri. Temu prilagodimo podporno zdravljenje. S preventivnim zdravljenjem pričnemo že pred aplikacijo citostatikov in nadaljujemo še 2-3 dni, odvisno od vrste in odmerka citostatika, ki ga bolnik prejema. Za preprečevanje in zdravljenje slabosti in bruhanja uporabljamo setrone, same ali v kombinaciji z glukokortikoidi. Pri visoko emetogenih shemah, kot so sheme s cisplatinom, setronom in kortikoidom dodamo še NK1 antagonist, aprepitant. Kadar gre za anticipatorno slabost, ki je navadno psihično pogojena, poleg antiemetika zdravimo z anksiolitikom.

Zdravljenje s citostatiki pogosto spremljajo okvare sluznic. Najpogosteje je vnetje ustne sluznice – stomatitis. Okvara ustne sluznice se pojavi nekaj dni po zdravljenju s citostatiki. Sprva se kaže z rdečino ustne sluznice, kasneje pa se največkrat razvijejo razjede, ki se lahko inficirajo z bakterijami in glivami. Do vnetja sluznice požiralnika pride ponavadi ob dodatnem obsevanju predela požiralnika. Driska je pri bolniku z rakom lahko posledica zdravljenja s citostatiki ali pa je vzrok okužba, pogosta zlasti pri hospitaliziranih bolnikih. Način zdravljenja je odvisen od stopnje diareje in prizadetosti bolnika.

Mielosupresija je posledica zmanjšane tvorbe krvnih celic v kostnem mozgu. Vzrok mielosupresije je lahko zdravljenje s citostatiki ali infiltracija kostnega mozga. Posledica okvare v dozorevanju krvnih celic so anemija, trombocitopenija in nevtropenia. Najpogosteje se razvije leukopenija, redkeje trombocitopenija in

šele po dalj časa trajajočem citostatskem zdravljenju je pogostejša anemija. V času leukopenije bolnika ogrožajo okužbe.

Kronični neželeni učinki

Kronični neželeni učinki citostatikov se kažejo predvsem kot okvare posameznih organov, kot so srce, živčevje in ledvice. Pojavijo se redko in predvsem pri bolnikih, ki imajo že predhodno okvaro določenega organa. Med citostatiki imajo najbolj izraženo toksičnost na srce antraciklini, ki se zaradi jasnega in širokega antitumorskega učinka veliko uporabljajo za zdravljenje malignih limfomov in drugih hematoloških neoplazem ter solidnih rakov. Medtem ko so akutni neželeni učinki, ob pravilnem ukrepanju, navadno reverzibilni, pa je kronična okvara, ki se kaže z znaki srčnega popuščanja, največkrat ireverzibilna. Tveganje za pojav kronične okvare je odvisno od kumulativnega odmerka citostatika. Tveganje dodatno povečujejo dejavniki, kot je obsevanje na predel mediastinuma, starost, arterijska hipertenzija in druge bolezni srca. Za zdravljenje z antraciklini se odločamo individualno, za vsakega bolnika posebej, glede na zgoraj omenjene dejavnike in kacist, ki jih pričakujemo od zdravljenja.

Neželeni učinki citostatikov na živčevje se najpogosteje kažejo z učinki na periferno živčevje (polinevropatijski). Citostatiki iz skupine vinka alkaloidov so poleg cisplatina in taksanov najpogostejši povzročitelji polinevropatijski. Znaki periferne nevropatijski so parastezije rok in nog, lahko tudi mišične bolečine, težave pri hoji in senzorične motnje. Pojavijo se že med zdravljenjem s citostatiki. Polinevropatijska je reverzibilna v nekaj mesecih, če zdravljenje z citostatiki prekinemo takoj, ko ugotovimo izgubo refleksov.

Ali bo neželena posledica zdravljenja s citostatiki tudi ireverzibilna sterilnost, ne moremo povsem predvideti. Poleg vrste in odmerka citostatikov ter trajanja zdravljenja, je tveganje za ireverzibilno sterilnost predvsem odvisno od bolnikove starosti. Mladim bolnikom, ki načrtujejo družino vedno pred začetkom takega zdravljenja predlagamo kriokonzervacijo sperme. Zaradi teratogenosti citostatikov priporočamo uporabo zaščitnih kontracepcijskih sredstev med zdravljenjem s citostatiki. Prav tako odsvetujemo zanositev v prvih dveh letih, po zaključenem zdravljenju s citostatiki.

Citostatiki z izraženim toksičnim delovanjem na ledvice so: cisplatin, metotreksat, ifosfamid in ciklofosfamid. Ti citostatiki lahko neposredno okvarijo glomerulno in tubulno funkcijo ledvic ali pa do le te pride posredno, zaradi hitrega razpada tumorja.

Do poslabšanja ledvične funkcije lahko pride zelo hitro pri dehidriranem bolniku (npr. zaradi bruhanja, diareje), pri bolnikih s prej znanimi ledvičnimi boleznimi, pri starejših bolnikih in ob sočasni uporabi nefrotoksičnih antibiotikov. Ledvično okvaro lahko preprečimo, če ob zdravljenju s citostatiki skrbimo za primerno hidracijo bolnika in diurezo. Zlasti ob zdravljenju s cisplatinom, moramo biti pozorni na ustrezno diurezo, ki jo spodbujamo z manitolom in po potrebi tudi s furosemidom.

Metaboliti citostatikov ciklofosfamida in ifosfamida, povzročijo draženje sluznice mehurja, lahko se razvije hemoragični cistitis. Preprečujemo ga z obilno hidracijo, pogostim uriniranjem in s sočasnim zdravljenjem z zdravilom mesno, ki ščiti sluznico mehurja tako, da spremeni škodljiv metabolit citostatikov v neškodljivega.

Neželeni učinki hormonskih zdravil

Sistemsko hormonsko zdravljenje je pomemben del zdravljenja hormonsko odvisnih rakov, kot so npr. rak dojke, prostate, rak endometrija. Hormonsko zdravljenje je kronično pogosto doživljenjsko, zato so tudi neželeni učinki trajni. Neželeni učinki hormonskega zdravljenja so v primerjavi z neželenimi učinki citostatikov relativno blagi, vsekakor pa ne nezanemarljivi.

Tamoksifen je še vedno eno izmed najbolj uporabljenih zdravil za zdravljenje raka dojke. Njegovi neželeni učinki, tudi dolgotrajni, so znani in dobro preučeni. Najbolj znani neželeni učinki tamoksifena, ki so posledica njegove antiestrogeniske aktivnosti, so vročinski oblivi in vpliv na vaginalno sluznico. Med kasnimi neželenimi učinki pa zaradi učinka na endometrij, tamoksifen zveča verjetnost za rak maternice. Večje je tudi tveganje za venske tromboze. Zdravila iz vrste aromataznih inhibitorjev nimajo kasnih učinkov na sluznico maternice. Tudi tveganje za tromboze je manjše kot pri tamoksifenu, zdravljenje z njimi pa je povezano z več kardialnimi zapleti in večjim pojavom kostnih zlomov ter bolečin v kosteh zaradi osteopenije. Redko lahko povzročajo utrujenost, otekanje, zvišan krvni tlak, slabost, zaprtje, drisko, bolečina v trebuhi, izgubo apetita, bolečine v mišicah, sklepih in kosteh, glavobol, kašelj, vročinske oblive in izpuščaj. Megestrol acetat povzroči porast telesne teže, ne le na račun zadrževanja tekočine, ampak tudi zato, ker izboljša apetit. Tveganje za tromboze je večje kot pri tamoksifenu.

LHRH agonisti zavirajo sintezo steroidnih hormonov z delovanjem na hipofizne receptorje. Pri razsejanem raku dojke ali prostate z zasevki v kosteh povzročijo na začetku zdravljenja tako imenovano »flare« reakcijo, ki se lahko kaže s poslabšanjem bolečin v kosteh in celo hiperkalcemijo. Od ostalih neželenih učinkov

pa povzročajo še vročinske oblive, glavobol, zmanjšan libido, amenorejo, ginekomastijo, zadrževanje tekočine v telesu, izpuščaj na mestu injiciranja. Za zmanjšanje »flare« reakcije bolniki z rakom prostate v prvih tednih uvedbe zdravljenja z LHRH agonisti prejemajo antiandrogene (bikalutamid, flutamid, nilutamid, ciproteron acetat), ki jih tudi sicer uporabljamo za zdravljenje raka prostate. Neželeni učinki teh zdravil so ginekomastija in prehodno zvišanje jetrnih encimov. Pri ciproteron acetatu, ki je steroidni androgen, pa se kot neželeni učinki pojavljajo tudi izguba libida, vročinski oblivi in edemi.

Neželeni učinki tarčnih zdravil

Na žalost tudi tarčna zdravila niso popolnoma specifična, saj se njihove tarče – prijemališča delovanja nahajajo tudi na zdravih celicah organizma. Zaradi tega tudi tarčna zdravila niso povsem brez neželenih učinkov. Zdravljenje s tarčnimi zdravili je pogosto dolgotrajno in tudi neželeni učinki so dolgotrajni. Velikokrat je potrebno in smiselno zdravljenje zaradi neželenih učinkov za nekaj časa prekiniti in ga ponovno uvesti, ko se neželeni učinki umirijo ali povsem izginejo. Pri nekaterih tarčnih zdravilih je mogoče in smiselno, odmerek zdravila znižati in tako omogočiti kontinuirano zdravljenje ob sprejemljivi toksičnosti.

Neželeni učinki, ki se pojavljajo pri zdravljenju s tarčnimi zdravili so deloma vezani na širšo skupino, ki ji zdravilo pripada. Tako se pri zdravljenju z monoklon-skimi protitelesi pojavljajo alergijske in pirogene reakcije, tirozin kinazni inhibitorji povzročajo spremembe na koži, nohtih in laseh in driske, inhibitorji angio-geneze povečajo nagnjenost h krvavitvam ter zvišujejo krvni tlak. Izraženi so tudi nespecifični neželeni učinki kot so utrujenost, slabost in bolečine v mišicah. Za mTOR inhibitorje pa je značilna večja nagnjenost k okužbam, motnjam presnove in k razvoju sladkorne bolezni.

Ob zdravljenju s tarčnimi zdravili, zlasti trastuzumabom pa tudi imatinibom, so opazili pogosteje okvare srca. Tarčna zdravila zavrejo signalne poti v srčni mišici, ki ščitijo srčno mišico pred različnimi poškodbami. Tarčno zdravljenje naredi srce bolj občutljivo za razne okvare, od okvar povzročenih s citostatiki, do ishemičnih okvar. Posamezna tarčna zdravila povzročijo tudi retenco vode, kar dodatno obremenjuje srčno mišico. Danes vemo, da je kardiotoksičnost, ki jo opažamo pri manj kot 5% bolnic zdravljenih s trastuzumabom, zelo nizka, če bolnice pred zdravljenjem s trastuzumabom niso imeli bolezni ali okvar srca, če so mlade in če predhodno niso prejemale kardiotoksične kemoterapije.

Sklep

Vsako sistemsko zdravljenje je povezano z neželenimi učinki. Citostatiki povzročajo predvsem akutne neželene učinke zdravljenja, ki lahko ogrozijo življenje bolnika. Dolgotrajna zdravljenja, s predvsem hormonskimi pa tudi tarčnimi zdruvili pa pogosto vodijo v kronične neželene učinke, ki predvsem ogrozijo kvaliteto življenja bolnikov. Ker so nova biološka, tarčna zdravila v uporabi šele kratek čas, še nimamo popolnih podatkov o njihovi toksičnosti, zlasti kasni toksičnosti ob dolgotrajni uporabi teh zdravil. Poznavanje neželenih učinkov zdravljenja, tako s strani zdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov in nenazadnje tudi bolnika samega, je nujno, saj le tako lahko nekatere neželene učinke preprečimo, oziroma jih pravočasno in pravilno zdravimo. Pravilno podporno zdravljenje izboljša kvaliteto življenja bolnikov med in po zdravljenju in omogoči izpeljavo optimalnega specifičnega zdravljenja pri vsakemu posameznem bolniku, družbi pa omogoči najboljše možne obvladovanje rak v vsakem trenutku.

Literatura

- Čufer T. Sistemsko zdravljenje raka: dejstva in pričakovanja. Zdrav Vestn. 2007; 76(12): 801–6.
- DeVitta VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer-principles and practice of oncology. Philadelphia Lippincot; 2005: 2515–615.
- Grašič-Kuhar C, Ravnik M, Rotar-Pavlič D, Čufer T. Sledenje bolnikov z rakom. Onkologija. 2010; 14(1): 52–9.
- Pajk B. Neželeni učinki sistemskega zdravljenja raka. Onkologija. 2007; 11(2): 132–9.
- Primic-Žakelj M, Zadnik V, Žagar T. Rak v Sloveniji. Zdrav Vest. 2007; 76(12): 775–80.
- Snoj N, Čufer T. Biološko in tarčno zdravljenje karcinomov. Onkologija. 2007; 11(1): 72–6.
- Šeruga B, Sterling L, Wang L, Tannock IF. Reporting of serious adverse drug reactions of targeted anticancer agents in pivotal phase III clinical trials. J Clin Oncol. 2011; 29(2): 174–85.

MEDIJSKA SLIKA MEDICINSKIH SESTARA U HRVATSKOJ

MEDIA REPRESENTATION OF NURSES IN CROATIA

*Tanja Lupieri, bacc. med. techn.
Miroslava Kičić, bacc.med.techn.*

*Klinika za očne bolesti, KB Sveti Duh, Zagreb, Hrvatska
tanjalupieri@hotmail.com
mkicic81@gmail.com*

SAŽETAK

Ishodište: Brojni primjeri dobre sestrinske prakse u zdravstvenim institucijama Republike Hrvatske u kojima djeluju medicinske sestre ostaju daleko od pogleda javnosti, jer predan i savjestan rad medicinskih sestara bez lobiranja i medijskog predstavljanja u današnjem društvu je neprimjećen od strane medija. **Namjena:** Cilj ovog rada je bio istražiti kakvi su stavovi i mišljenja medicinskih sestara/tehničara o prikazu sestrinstva kao profesije u medijima. **Metode:** Istraživanje je provedeno u Kliničkoj bolnici Sveti Duh u Zagrebu, u rujnu 2012. godine. Sudjelovalo je 86 ispitanika, ispunjavanjem anonimnog anketnog upitnika sastavljenog za potrebe ovog istraživanja. Za interpretaciju rezultata korištena je metoda deskriptivne statistike o spolu, starosti, stručnoj spremi i o stavovima medicinskih sestara. Po završetku istraživanja dobiveni rezultati prikazani su grafikonima u programu MS Excell radi boljeg opažanja i usporedbe. Mjerni instrument predstavlja upitnik složen za potrebe ovog istraživanja. Prvi dio upitnika sadrži pitanja o sociodemografskom statusu ispitanika (spol, dob, bračni status, radni staž i stupanj obrazovanja medicinskih sestara), drugi dio upitnika činile su tvrdnje koje se odnose na osobne stavove medicinskih sestara o prikazivanju medicinskih sestara/tehničara u medijima. Sudionici istraživanja bile su medicinske sestre (92%) i medicinski tehničari (8%). Prosječna dob ispitanika je 40 godina, a 64% posto njih je u braku. U istraživanju je sudjelovalo 77 % ispitanika srednje stručne spreme, 16% više stručne spreme, a 7% ispitanika imalo je visoku stručnu spremu. U prosjeku ispitanici imaju 20 godina radnog staža u struci. **Rezultati:** Rezultati dobiveni istraživanjem u skladu su sa našim očekivanjima. U rezultatima 84% ispitanika je odgovorilo kako smatra da medicinske sestre nisu adekvatno prikazane u medijima, iako 44% ispitanika odgovara kako smatra da smo sami odgovorni za percepciju medicinskih sestara u javnosti. Većina od 84% ispitanika je odgovorilo kako

smatra da je potrebno pojavljivanje medicinskih sestara u medijima. Da sestrinstvo nije medijski popularizirana profesija smatra 81% ispitanika, a 50% ispitanika smatra da bi češće prikazivanje u medijima doprinjelo popularizaciji sestrinske profesije u društvu. Predrasude imaju velik utjecaj po mišljenju 86% ispitanika, a da je potrebno utjecati na promjenu stavova javnosti prema zanimanju medicinske sestre smatra 89% ispitanika. Sadašnja situacija je jasna kada 59% ispitanika ne bi preporučilo svom djetetu školovanje za medicinsku sestraru. **Razprava i zaključak:** Rezultati ovog istraživanja ukazuju na nezadovoljstvo medicinskih sestara načinom prikazivanja u medijima. Način na koji mediji prikazuju medicinske sestre utječe na javno mijenje, te se nedovoljnim i neadekvatnim prikazom u medijima potkopavaju kredibilitet i financijske prilike za sestrinsku profesiju. Kriza u sestrinstvu može se promatrati kao rezultat nedovoljnog društvenog priznanja sestrinske profesije, a mediji se mogu smatrati ključnim faktorom takvog stanja.

Ključne riječi: sestrinstvo, mediji, stavovi, istraživanje

Uvod

Medicinske sestre u Republici Hrvatskoj su najbrojnija kategorija zaposlenika u zdravstvu koje jačaju svoju profesiju kroz obrazovanje, stručne organizacije, objavljinjem stručnih radova te participacijom u svim društvenim aktivnostima vezanim uz znanja i vještine specifične za sestrinsku profesiju. U sestrinstvu je premalo institucija koje pored svog djelovanja na stručnom području nastoji objediniti cjelokupno hrvatsko sestrinstvo i dati mu onaj značaj koji mu pripada u društvu. U društveno-političkoj stvarnosti tranzicijske preobrazbe ni sestrinstvo nije pošteđeno svoje prilagodbe i odgovora socijalnim i zdravstvenim potrebama društva. Kao živo biće sestrinstvo diše s društvom, osjeća njegove teškoće, podupire njegov napredak, traži izlaze iz krize. Premda mediji ne dotiču sestrinsku profesiju ili tek sporadično je spomenu, ona je među spremnijim segmentima i bržim otvaranjima i prilagođavanjima društvenom stanju koje se iz dana u dan mijenja i sve više kristalizira. U reformi zdravstva koja je, čini se, prvi put ozbiljno shvaćena, dio zdravstvenog sustava, i to onaj najbrojniji, čini sestrinstvo. Ono je uvijek spremno poduprijeti nove ideje, nove spoznaje, te tražiti nova rješenja za cjelokupni boljši zdravstvenog sustava, kojem je konačni cilj što bolja zdravstvena skrb građana (Pavić, 2007).

Uloga medija u formiranju stavova o medicinskim sestrama

Mediji

Mediji su kompleksni pojam koji označava sustave javnog informiranja, koji služe za raspršivanje (diseminaciju) vijesti i audio-vizualnih sadržaja u svrhu informiranja, obrazovanja i zabave najširih slojeva stanovništva. Prema Zakonu o medijima iz 2003. godine, mediji su: novine i drugi tisak, radijski i televizijski programi, programi novinskih agencija, elektroničke publikacije, teletekst i ostali oblici dnevnog ili periodičnog objavljivanja urednički oblikovanih programskih sadržaja prijenosom zapisa, glasa, zvuka ili slike (Zakon o medijima, 2003).

Mediji imaju veliki utjecaj u društvu, služe povezivanju svijeta, a to je povezivanje olakšano brzim razvojem tehnologije. Svi imaju pravo na informacije i slobodu govora što je od iznimne važnosti, međutim sloboda govora i pisma trebala bi za sobom nositi i odgovornost. Međutim, često nije tako, a medijske poruke mogu poslužiti za manipulaciju primaoca poruka, odnosno čitatelja, gledatelja i slušatelja. Kako bi se takvi negativni utjecaji smanjili publiku je potrebno educirati i u medije plasirati informacije koje odaju što pravilniju i točniju sliku o pojivama oko nas.

Stereotipi i status medicinskih sestara

Stereotipi su pojednostavljena uopćavanja o nekoj skupini ljudi koja se zasniva na mišljenjima, koncepcijama ili vjerovanjima. Kolektivni stereotip koji sadrži izrazito emocionalno negativno ocjenjivanje neke etničke, nacionalne, vjerske, socijalne ili druge skupine tumači se kao predrasuda.

Medicinske sestre su jedna od skupina za koju su formirana mnoga stereotipna mišljenja i brojne predrasude.

Jedan od faktora koji utječe na formiranje predrasuda i stereotipnog mišljenja jest nedovoljno definiran pojam medicinske sestre. Zbog utjecaja stereotipa uopćena slika na sestrinsku profesiju često puta je iskrivljena, a jedan od razloga leži i u nedovoljno jasno formiranoj ulozi medicinske sestre. Ponekad široj javnosti nije poznato koja sve znanja i vještine medicinska sestra treba posjedovati i kolika je raznolikost poslova koje ona mora obavljati u svakodnevnom radu. Osim znanja i vještina medicinska sestra treba biti empatična i brižna.

Osim stereotipa na formiranje pogleda na sestrinstvo kao profesiju i na same medicinske sestre utječe i njihov status u društvu. Počesto je zasluga medicinskih sestara s jedne strane i status koji uživaju u društvu u većem ili manjem raskoraku, ovisno o medijskom utjecaju, ali i razvijenosti društva u kojem djeluju.

Medicinske sestre: formiranje pogleda

Florence Nightingale (1820.-1910.) jedna je od najzaslužnijih osoba u povijesti sestrinstva koja je spoznala kako se jedino znanjem i vještinom može doprinijeti poboljšanju zdravlja. Njezina je vizija u potpunosti promjenila pogled zajednice na sestrinstvo. Najpoznatija je po svom djelovanju tijekom Krimskog rata no naj-vrijedniji doprinosi posljedica su njenog utjecaja i kontakata u britanskoj vladu – utjecala je na javnu politiku i pozitivnu reformu zdravstvene skrbi. (Kalauz, 2011)

U današnje vrijeme javljaju se razne inicijative vezane uz promicanje pozitivnih pogleda na profesiju sestrinstva pogotovo osoba ženskog spola koje se bave tim zanimanjem. Jednu od takvih inicijativa pokrenula je američka neprofitna organizacija The Truth About Nursing (hrv. Istina o sestrinstvu), koja nastoji poboljšati razumijevanje javnosti o važnosti uloge koju medicinske sestre imaju u modernom zdravstvenom sustavu. Osnovali su ju 2001. godine izvršna direktorica i grupa studenata sestrinstva na Sveučilištu Johns Hopkins. U centru njihova djelovanja je promicanje točnijih, uravnoveženijih i češćih medijskih prikaza medicinskih sestara te povećanje interesa medija za korištenje medicinskih sestara kao izvora informacija o stručnim znanjima i vještinama. Konačni cilj ove organizacije je podržati rast u smislu veličine i diversifikacije sestrinske profesije, osnaživanje sestrinske prakse, poučavanje i istraživanje te unapređenje zdravstvenog sustava.

Namen i cilj istraživanja

Cilj ovog rada je bio istražiti kakvi su stavovi i mišljenja medicinskih sestara/tehničara o prikazu sestrinstva kao profesije u medijima.

Metode

Istraživanje je provedeno u Kliničkoj bolnici Sveti Duh u Zagrebu, u rujnu 2012. godine. Sudjelovalo je 86 ispitanika, ispunjavanjem anonimnog upitnika. Anketni upitnik je sastavljen za potrebe ovog istraživanja, za ispitivanje stavova o prikazivanju medicinskih sestara u medijima. Za interpretaciju rezultata korištena je metoda deskriptivne statistike.

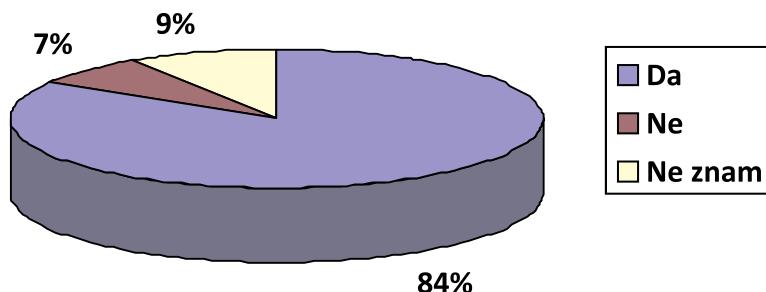
Mjerni instrument predstavlja upitnik složen za potrebe ovog istraživanja. Prvi dio upitnika sadrži pitanja o sociodemografskom statusu ispitanika (spol, dob, bračni status, radni staž i stupanj obrazovanja medicinskih sestara), drugi dio upitnika činile su tvrdnje koje se odnose na osobne stavove medicinskih sestara o prikazivanju medicinskih sestara/tehničara u medijima.

Zadatak ispitanika je da zaokruživanjem odaberu jedan od ponuđenih odgovora. Upitnik se primjenjivao individualno. Prije ispunjavanja samog upitnika ispitanici su bili upoznati sa ciljom i svrhom istraživanja, te im je osigurana potpuna anonimnost odgovora.

Sudionici istraživanja bile su medicinske sestre (92%) i medicinski tehničari (8%). Prosječna dob ispitanika je 40 godina, a 64% posta njih je u braku.

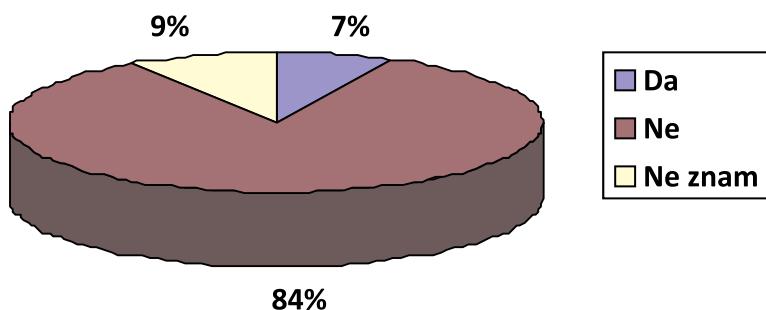
U istraživanju je sudjelovalo 77 % ispitanika srednje stručne spreme, 16% više stručne spreme, a 7% ispitanika imalo je visoku stručnu spremu. U prosjeku ispitanici imaju 20 godina radnog staža u struci.

Rezultati i razprava



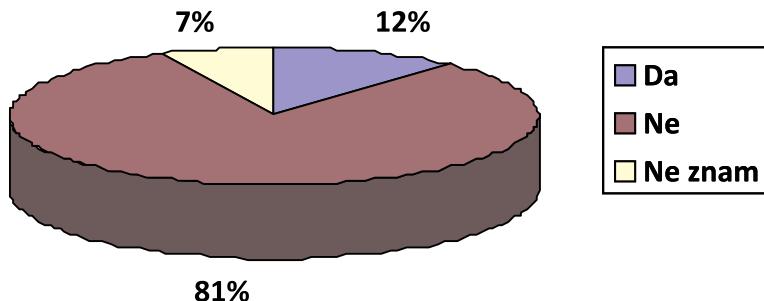
Slika 1. Prikaz pojavljivanja medicinskih sestara u medijima

Prikazivanje medicinskih sestara u medijima 84% ispitanika smatra da je potrebno, dok 9% smatra da pojavljivanje nije potrebno, a 7% navodi kako ne znaju je li potrebno ili nije.



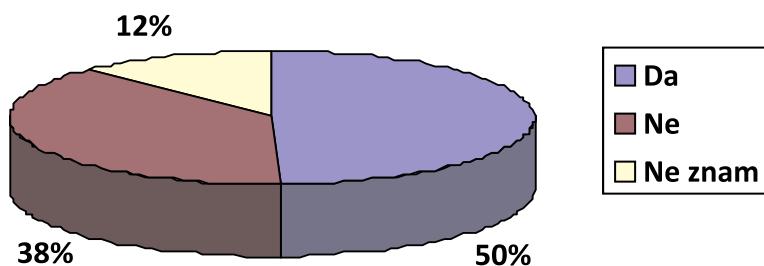
Slika 2. Prikaz načina prikazivanja medicinskih sestara u medijima

Prikaz medicinskih sestara u medijima 84% ispitanika smatra da nije adekvatan, njih 7% smatra da je adekvatan, dok 9% navodi kako ne zna.



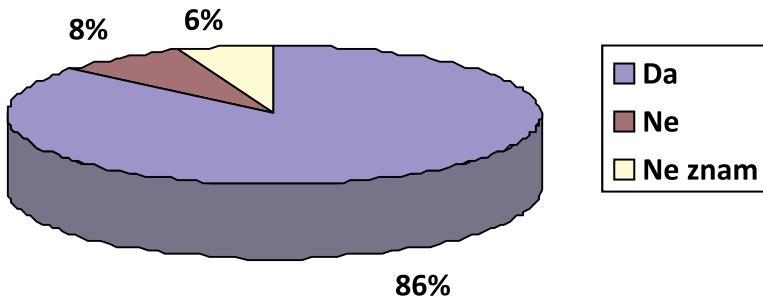
Slika 3. Prikaz medijske popularnosti sestrinske profesije

Ispitanici smatraju da sestrinstvo nije medijski popularizirana profesija, njih 81%, dok 12% ispitanika smatra da je medijski popularna, a njih 7% se izjasnilo da ne zna.



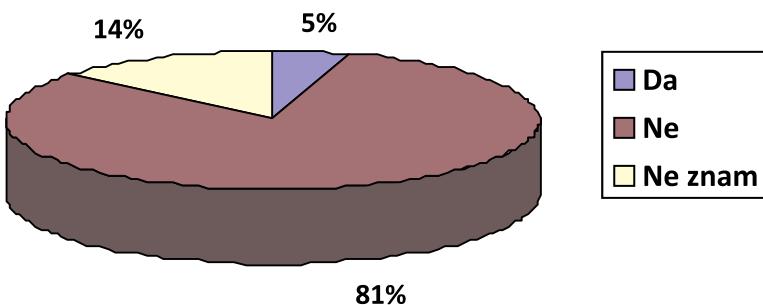
Slika 4. Prikaz utjecaja pojavljivanja medicinskih sestara u medijima na popularizaciju sestrinske profesije u društvu

Prikazivanje medicinskih sestara u medijima doprinosi popularizaciji sestrinske profesije u društvu smatra 50% ispitanika, 38% smatra da ne doprinosi dok njih 12% navodi kako ne zna.



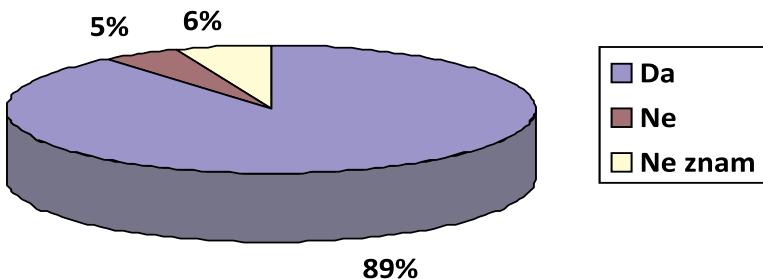
Slika 5. Prikaz utjecaja predrasuda na prikazivanje medicinskih sestara u medijima

Ispitanici smatraju da predrasude utječu na prikazivanje medicinskih sestara u medijima, a 86% ispitanika navodi da ih smeta, 8% navodi da ih ne smeta, a 6% navodi kako ne zna.



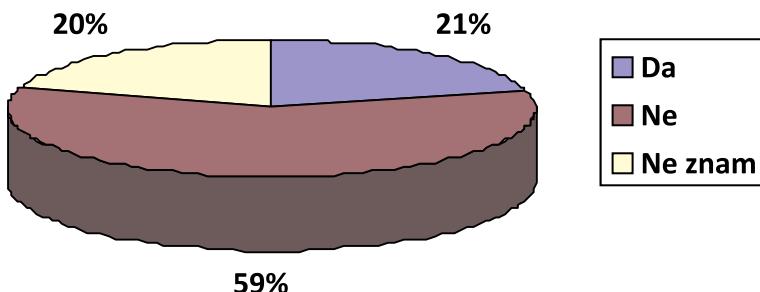
Slika 6. Prikaz zadovoljstva prikazivanjem medicinskih sestara u medijima.

Na pitanje da li ste zadovoljni prikazivanjem medicinskih sestara u medijima (novine, televizija, radio, Internet) 81% ispitanika navodi da nije zadovoljno, njih 14% da ne zna, a svega 5% navodi da je zadovoljn



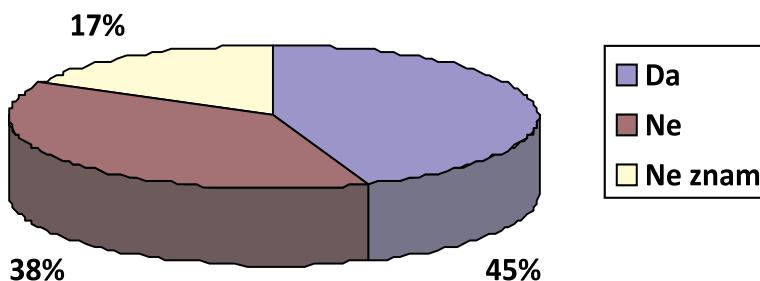
Slika 7. Prikaz medijskog utjecaja na promjenu stavova javnosti prema zanimanju medicinske sestre

Na pitanje da li je potrebno medijski utjecati na promjenu stavova javnosti prema zanimanju medicinske sestre, 89% smatra da je potrebno, 5% smatra da nije potrebno dok 6% navodi da ne zna.



Slika 8. Prikaz mišljenja medicinskih sestara da se njihovo dijete školuje za medicinsku sestruru

Na pitanje da li bi ste svom djjetetu preporučili školovanje za medicinsku sestruru, 59% ispitanika odgovara da ne bi, 21% odgovara pozitivno, dok 20% ispitanika navodi da ne zna.



Slika 9. Prikaz odgovornosti za percepciju medicinskih sestara u javnosti

Ispitanici smatraju da smo sami odgovorni za percepciju medicinskih sestara u javnosti, njih 44%, a 38% smatra da nismo, dok 17% navodi kako ne zna.

Pretražujući domaću i stranu literaturu na temu mediji i sestrinstvo zamjećen je porast interesa samih medicinskih sestara za to područje, što se očituje objavljivanjem članaka i provedenim istraživanjima vezanim uz medije. Rezultati dobiveni istraživanjem u skladu su sa našim očekivanjima. Vidljivo je da medicinske sestre/tehničari podjednako razmišljaju kada je riječ o prikazivanju medicinskih sestara u medijima. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na nezadovoljstvo medicinskih sestara načinom prikazivanja u medijima. U rezultatima 84% ispitanika je odgovorilo kako smatra da medicinske sestre nisu adekvatno prikazane u medijima,

iako 44% ispitanika odgovara kako smatra da smo sami odgovorni za percepciju medicinskih sestara u javnosti. Većina od 84% ispitanika je odgovorilo kako smatra da je potrebno pojavljivanje medicinskih sestara u medijima. Da sestrinstvo nije medijski popularizirana profesija smatra 81% ispitanika, a 50% ispitanika smatra da bi češće prikazivanje medicinskih sestara u medijima doprinjelo popularizaciji sestrinske profesije u društvu. Predrasude imaju velik utjecaj po mišljenju 86% ispitanika, a da je potrebno utjecati na promjenu stavova javnosti prema zanimanju medicinske sestre smatra 89% ispitanika. Sadašnja situacija je jasna kada 59% ispitanika ne bi preporučilo svom djetetu školovanje za medicinsku sestruru.

Jedna od novijih definicija koji donosi Paul Holmes u svojem The Holmes Report dodatno objašnjava- „Danas nemožete više odlučivati hoćete li ili ne imati odnos sa javnošću, već samo do koje ćete razine s njima upravljati“. Na istu temu krajem 19. stoljeća, jedan od utemeljitelja modernih komunikacija Theodor N. Vail je izjavio- „Ako ne kažemo istinu o sebi, netko drugi će to napraviti umjesto nas“, (Vrček, 2009). Medicinske sestre trebaju osvijestiti važnost prikazivanja svoje profesije kroz sve oblike medija i aktivno sudjelovati u formiranju pozitivne slike o medicinskim sestrama u javnosti. Pozitivno je što 89% ispitanika smatra kako je potrebno utjecati na promjenu stavova javnosti prema zanimanju medicinske sestre. Je li to borba sa vjetrenjačama? Ne, imamo uspješne uzore. The Truth About Nursing-Changing how the World if thinking about nursing <http://www.truthaboutnursing.org/>. Ova inicijativa nastoji povećati medijsko razumjevanje srednje uloge koje danas ima sestrinstvo u prvim redovima, moderne zdravstvene skrbi. Cilj im je promovirati točnije, uravnotežiti medijske prikaze medicinskih sestara te povećati njihov broj, a isto tako koristiti i promovirati korištenje medicinskih sestara kao stručnih izvora u medijima (Vrček, 2009).

Zaključak

Sestrinstvo kao najbrojnija profesija u zdravstvu zaslužuje veći medijski prostor u kojem bi se prezentirala šira slika aktivnosti koje provode medicinske sestre. S brzim razvojem medija mijenjaju se radni i društveni odnosi prema njima, a od medicinskih sestara se očekuje kontinuirano praćenje tih promjena i aktivno sudjelovanje. Stoga je vrijeme da preuzmemos brigu i o ovom aspektu djelovanja sestrinstva u Hrvatskoj.

Literatura

Despot Lučanin J. Socijalni procesi u sestrinstvu. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.

Kalauz S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Zagreb: Pergamena, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.

Pavic J. Korak u sutra. Plavi fokus. 2010,3:3. Dostupno na http://www.hkms.hr/plavi_fokus/fokus_web_6_3.pdf (7.11.2012.)

Zakon o medijima. Narodne novine br 163/2003. Dostupno na <http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/306926.html> (7.11.2012.)

Vrček M.Borba s predrasudama u sestrinstvu-borba s vjetrenjačama ili proces s kojim možemo upravljati? Upravljanje promjenama u sestrinstvu. Zdravstveno veleučilište; 2009.

MEDIJSKA PODOBA MEDICINSKIH SESTER NA HRVAŠKEM

MEDIA REPRESENTATION OF NURSES IN CROATIA

*Tanja Lupieri, bacc. med. techn.
Miroslava Kićić, bacc. med. techn.*

*Klinika za očesne bolezni, KB Sveti Duh, Zagreb, Hrvaška
tanjalupieri@hotmail.com
mkicic81@gmail.com*

IZVLEČEK

Izhodišče: Številni primeri dobre zdravstvene prakse v zdravstvenih institucijah Republike Hrvaške, kjer delajo medicinske sestre, ne pridejo v javnost, ker predanega in vestnega dela medicinskih sester brez lobiranja ter medijskega predstavljanja v današnji družbi mediji ne opazijo. **Namen:** Cilj te študije je raziskati, kakšna so stališča in mnenja medicinskih sester/tehnikov o predstavljanju zdravstvene nege kot poklica v medijih. **Metode:** Raziskava je bila opravljena septembra 2012 v Klinični bolnišnici Sveti Duh v Zagrebu. Anonimni vprašalnik, ki je bil sestavljen za potrebe te raziskave, je izpolnilo 86 oseb. Za interpretacijo pridobljenih rezultatov je bila uporabljena opisna (deskriptivna) metoda o spolu, starosti, izobrazbi in o stališčih medicinskih sester. Po končani raziskavi so bili pridobljeni rezultati predstavljeni z grafikoni v programu MS Excell zaradi lažjega prikaza in primerjave.

Merilni instrument predstavlja vprašalnik, ki je bil sestavljen za potrebe te raziskave. Prvi del vprašalnika vsebuje vprašanja o demografskem položaju vprašanih (spol, starost, status, delovna doba in stopnja izobrazbe medicinskih sester), v drugem delu pa so podane trditve, ki se nanašajo na osebna stališča medicinskih sester/tehnikov o njihovem predstavljanju v medijih. Udeleženci raziskave so bili: medicinske sestre (92 %) in zdravstveni tehnički (8 %). Povprečna starost vprašanih je 40 let, 64 % pa je poročenih. V raziskavi je sodelovalo 77 % vprašanih s srednješolsko izobrazbo, 16 % z višjo strokovno izobrazbo, 7 % vprašanih pa je imelo visoko strokovno izobrazbo. V povprečju imajo vprašani 20 let delovne dobe v stroki. **Rezultati:** Rezultati raziskav so v skladu z našimi pričakovanji. V raziskavi je 84 % vprašanih menilo, da medicinske sestre niso primerno predstavljene v medijih, čeprav 44 % vprašanih meni, da smo sami odgovorni za dojemanje medicinskih sester v javnosti. Večina, 84 % vprašanih, je odgovorila, da je treba predstavljati

medicinske sestre v medijih. Da zdravstvena nega ni medijsko populariziran poklic, meni 81 % vprašanih, 50 % vprašanih pa, da bi pogostejše predstavljanje medicinskih sester v medijih prispevalo k popularizaciji poklica medicinske sestre v družbi. Predsodki imajo velik vpliv – tako meni 86 % vprašanih. Da je treba vplivati na spremembo stališča javnosti do poklica medicinske sestre, pa misli 89 % vprašanih. Kar 59 % anketirancev ne bi svetovalo svojim otrokom, da se odločijo za poklic medicinske sestre. **Razprava in sklep:** Rezultati te raziskave kažejo na nezadovoljstvo medicinskih sester z načinom predstavljanja v medijih. Način, na katerega mediji predstavljajo medicinske sestre, vpliva na javno mnenje, z nezadostnim ter neustreznim predstavljanjem v medijih pa se uničujejo verodostojnost in finančni pogoji za poklic medicinske sestre. Težko stanje v zdravstveni negi se kaže tudi kot rezultat nezadostnega družbenega priznanja poklica medicinske sestre, mediji pa so ključni dejavnik takšnega stanja.

Ključne besede: medicinske sestre, mediji, stališča, raziskave

Uvod

Medicinske sestre v Republiki Hrvaški so najštevilčnejša skupina zaposlenih v zdravstvu, ki nadgrajujejo svoj poklic z izobraževanji, strokovnimi srečanji, z objavljanjem strokovnih člankov in s sodelovanjem v vseh družbenih dejavnostih, ki so povezane z znanjem ter veščinami, značilnimi za poklic medicinske sestre. V zdravstveni negi je pre malo institucij, ki poleg svojega delovanja na strokovnem področju poskušajo združiti vse medicinske sestre na Hrvaškem in jim dati tisti pomen, ki jim v družbi pripada. V družbenopolitični realnosti tranzicijske preobrazbe tudi zdravstveni negi ni prizaneseno s prilagajanjem in odgovornostjo za socialne in zdravstvene potrebe družbe. Kot živo bitje diha z družbo, občuti njene težave, podpira njen napredok in išče izhod iz krize. Čeprav se mediji ne dotaknejo poklica medicinske sestre ali ga omenijo le občasno, je ta poklic eno izmed pripravljenih področij s hitrim odpiranjem in prilagajanjem družbenemu stanju, ki se iz dneva v dan bolj kristalizira. V reformi zdravstva, ki jo, vsaj tako se zdi, prvič jemljejo resno, je zdravstvena nega del zdravstvenega sistema, in sicer najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu. Vedno je pripravljena podpreti nove ideje, nova spoznanja in iskati nove rešitve za napredok celotnega zdravstvenega sistema, katerega končni cilj je čim boljša zdravstvena oskrba ljudi (Pavić, 2007).

Vloga medijev v oblikovanju mnenja o medicinskih sestrach

Mediji

Mediji so kompleksen pojem, ki označuje sisteme javnega obveščanja, namenjene razprševanju (diseminaciji) novic in avdiovizualnih vsebin z namenom obveščanja, izobraževanja ter zabave najširših skupin prebivalstva. Po Zakonu o medijih iz leta 2003 se med medije uvrščajo časopisi in drugi tisk, radijski ter televizijski programi, programi časopisnih agencij, elektronske publikacije, teletekst in druge oblike dnevnega ali periodičnega objavljanja uredniško oblikovanih programskev vsebin s prenosom zapisa, glasu, zvoka ali slike (Zakon o medijih, 2003).

Mediji imajo velik vpliv v družbi, namenjeni so povezovanju sveta, to pa olajša hiter razvoj tehnologije. Vsi imajo pravico do informacij in svobode govora, kar je zelo pomembno, vendar bi svoboda govora in pisanja morala s seboj nositi tudi odgovornost. Toda pogosto ni tako, medijska sporočila pa se lahko uporabijo za manipulacijo prejemnika sporočil oziroma bralca, gledalca in poslušalca. Da bi se takšni negativni vplivi zmanjšali, je treba občinstvo poučiti in v medije dajati informacije, ki pokažejo karseda realno sliko o dogajanju okrog nas.

Stereotipi in status medicinskih sester

Stereotipi so poenostavljene podobe o neki skupini ljudi, ki temeljijo na razmišljanjih, zamislih ali verovanjih. Kolektivni stereotip, ki vsebuje izrazito čustveno negativen odnos do etnične, nacionalne, verske, socialne ali druge skupine, imenujemo predsodek.

Medicinske sestre so ena izmed skupin, za katero veljajo stereotipi in številni predsodki.

Eden izmed dejavnikov, ki vpliva na oblikovanje predsodkov in stereotipov, je nenatančno razložen pojem medicinske sestre. Zaradi vpliva stereotipov je splošna slika poklica medicinske sestre pogosto izkrivljena, eden izmed razlogov pa je tudi v nejasno oblikovani vlogi medicinske sestre. Včasih širša javnost ni seznanjena s tem, katera znanja in veščine mora imeti medicinska sestra ter kako raznovrstne dejavnosti mora opravljati pri vsakodnevnem delu. Ob znanju in veščinah pa mora biti tudi sočutna ter skrbna.

Poleg stereotipov vpliva na oblikovanje mnenja o poklicu medicinske sestre, pa tudi na medicinske sestre, njihov status v družbi. Pogosto so zasluge in status, ki ga uživajo v družbi, v večjem ali manjšem neskladju, odvisno od medijskega vpliva ter od razvitosti družbe, v kateri delujejo.

Medicinske sestre: oblikovanje mnenja

Florence Nightingale (1820–1910) je ena izmed najzaslužnejših oseb v zgodovini poklica medicinske sestre, ki se je zavedala, da edino z znanjem in veščinami lahko prispevamo k izboljšanju zdravja. Njena vizija je popolnoma spremenila poglede ljudi na vlogo medicinske sestre. Najbolj znana je po svojem delovanju med krimsko vojno, a so najpomembnejši prispevki posledica njenega vpliva in zvez v angleški vladi, saj je vplivala na javno politiko ter pozitivno reformo zdravstvene nege (Kalauz, 2011).

Danes se pojavljajo različne organizacije, ki širijo pozitiven pogled na poklic medicinske sestre, predvsem osebe ženskega spola, ki so si izbrale ta poklic. Eno izmed takšnih pobud je začela širiti ameriška neprofitna organizacija *The Truth About Nursing* (Resnica o zdravstveni negi): poskuša izboljšati razumevanje javnosti o pomembnosti vloge, ki jo imajo medicinske sestre v modernem zdravstvenem sistemu. Organizacijo sta leta 2001 ustanovili izvršna direktorica in skupina študentov zdravstvene nege na Univerzi Johns Hopkins. V središču njihovega delovanja sta pospeševanje bolj točnih, uravnoteženih in pogostih medijskih predstavljanj medicinskih sester ter povečanje zanimanja medijev za uporabo medicinskih sester kot virov informacij o strokovnih znanjih in veščinah. Končni cilji te organizacije so: podpreti rast v smislu velikosti in raznovrstnosti poklica medicinske sestre, utrditi položaj zdravstvene nege in preučevati, raziskovati ter izboljšati zdravstveni sistem.

Namen in cilj raziskave

Cilj tega dela je raziskati, kakšna so stališča in mnenja medicinskih sester/tehnikov o predstavljanju zdravstvene nege kot poklica v medijih.

Metode

Raziskava je bila opravljena septembra 2012 v Klinični bolnišnici Sveti Duh v Zagrebu. Anonimni vprašalnik je izpolnilo 86 oseb. Anketni vprašalnik je bil sestavljen za potrebe te raziskave, in sicer za raziskavo stališč o predstavljanju medicinskih sester v medijih. Za interpretacijo pridobljenih rezultatov smo uporabili opisno (deskriptivno) metodo.

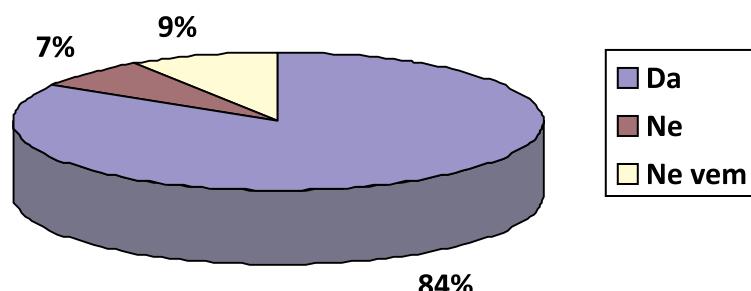
Merilni instrument predstavlja vprašalnik za potrebe te raziskave. Prvi del vprašalnika vsebuje vprašanja o demografskem položaju vprašanih (spol, starost, status, delovna doba in stopnja izobrazbe medicinskih sester), v drugem delu pa so podane trditve, ki se nanašajo na osebna stališča medicinskih sester/tehnikov o njihovem predstavljanju v medijih.

Naloga vprašanih je bila obkrožiti enega od ponujenih odgovorov. Vprašalnik so izpolnjevali individualno. Pred izpolnjevanjem so bili anketiranci seznanjeni s ciljem in namenom raziskave; zagotovljena jim je bila popolna anonimnost odgovorov.

Udeleženci raziskave so bili: medicinske sestre (92 %) in zdravstveni tehnički (8 %). Povprečna starost vprašanih je 40 let, 64 % pa je poročenih.

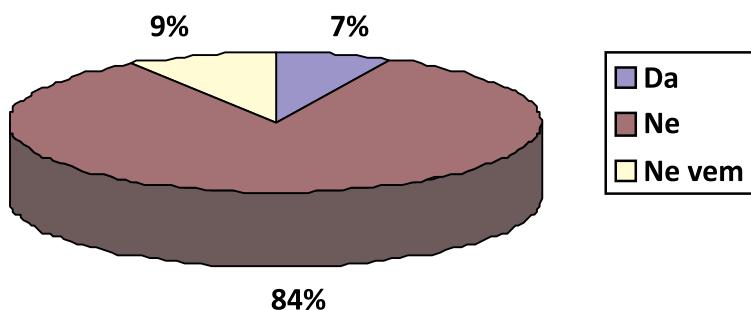
V raziskavi je sodelovalo 77 % vprašanih s srednješolsko izobrazbo, 16 % z višjo strokovno izobrazbo, 7 % vprašanih pa je imelo visoko strokovno izobrazbo. V povprečju imajo vprašani 20 let delovne dobe v stroki.

Rezultati in razprava



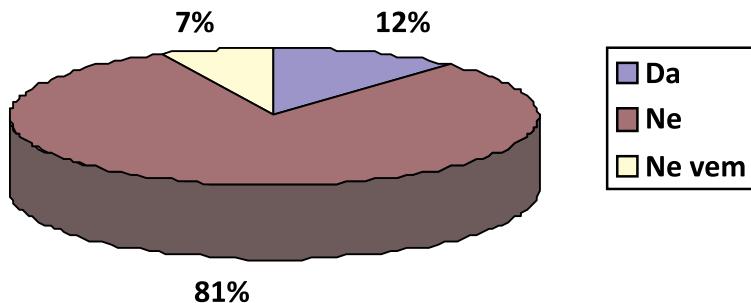
Slika 1. Prikaz pojavljanja medicinskih sester v medijih

Na vprašanje, ali je potrebno, da se medicinske sestre pojavljajo v medijih, je 84 % vprašanih odgovorilo, da je potrebno, 9 % jih meni, da ni, 7 % pa jih odgovori z 'ne vem'.



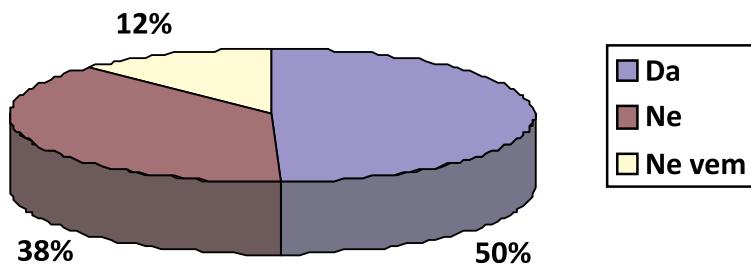
Slika 2. Prikaz načina predstavljanja medicinskih sester v medijih

Glede predstavljanja medicinskih sester v medijih 84 % vprašanih meni, da niso ustrezeno predstavljene, 7 % jih meni, da so predstavljene na primeren način, 9 % vprašanih pa odgovori z 'ne vem'.



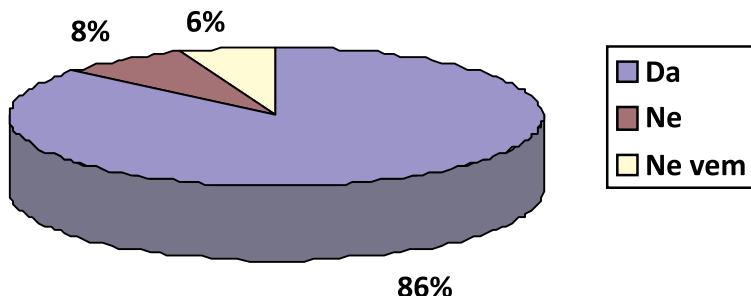
Slika 3. Prikaz medijske popularnosti poklica medicinske sestre

81 % vprašanih meni, da poklic medicinske sestre ni medijsko populariziran poklic, 12 % jih meni, da je ta poklic medijsko populariziran, 7 % pa jih navaja, da ne ve.



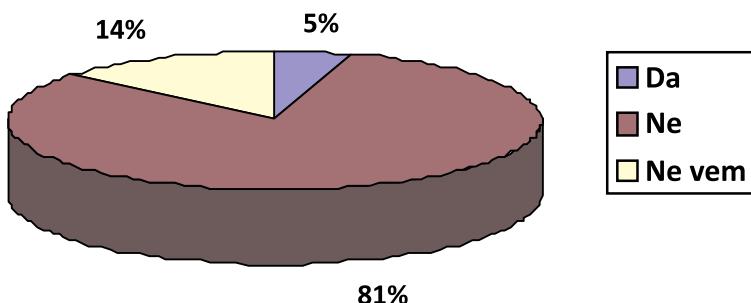
Slika 4. Prikaz vpliva pojavljanja medicinskih sester v medijih na popularizacijo poklica medicinske sestre v družbi

50 % odstotkov vprašanih meni, da predstavljanje medicinskih sester v medijih prispeva k popularizacija poklica medicinske sestre, 38 % jih meni, da ne prispeva, 12 % pa odgovori, da ne ve.



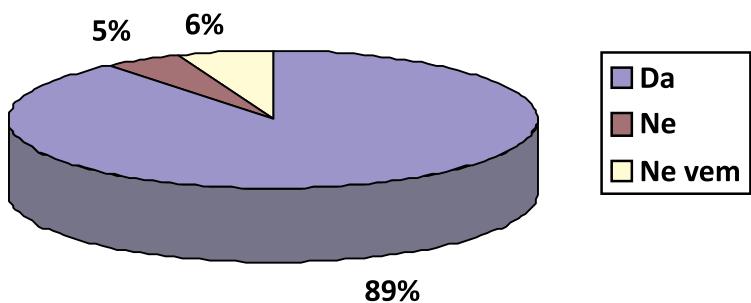
Slika 5. Prikaz vpliva predsodkov na predstavljanje medicinskih sester v medijih

Vprašani menijo, da pred sodki vplivajo na predstavljanje medicinskih sester v medijih, in sicer: 86 % vprašanih odgovori, da jih moti, 8 % jih navaja, da jih to ne moti, 6 % pa jih odgovori z 'ne vem'.



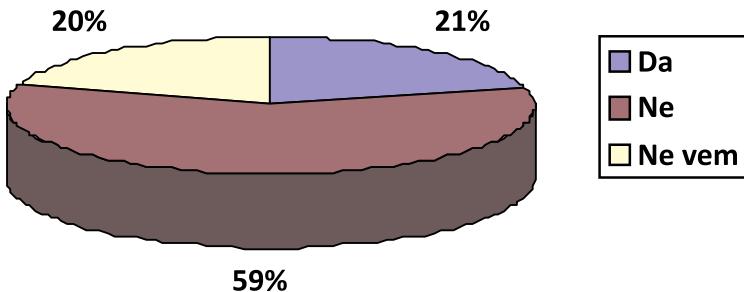
Slika 6. Prikaz zadovoljstva s predstavljanjem medicinskih sester v medijih

Na vprašanje, ali so zadovoljni s predstavljanjem medicinskih sester v medijih (časopisi, televizija, radio, internet), 81 % vprašanih navaja, da niso zadovoljni, 14 % odgovori 'ne vem', samo 5 % pa jih odgovori, da so zadovoljni.



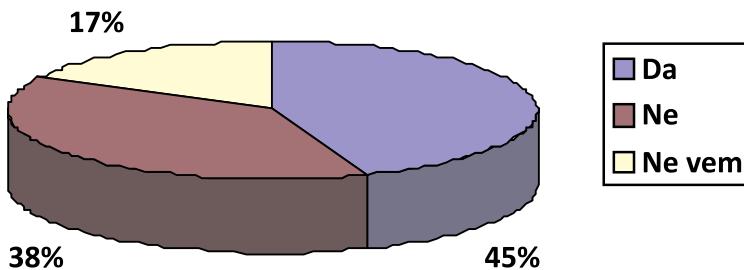
Slika 7. Prikaz medijskega vpliva na spremembo stališča javnosti do poklica medicinske sestre

Na vprašanje, ali je treba medijsko vplivati na spremembo stališča javnosti do poklica medicinske sestre, 89 % vprašanih meni, da je treba vplivati, 5 % jih meni, da to ni potrebno, 6 % pa jih odgovori z ne vem.



Slika 8. Prikaz mnenja medicinskih sester o tem, ali bi svojemu otroku svetovale, da se odloči za poklic medicinske sestre

Na vprašanje, ali bi svojemu otroku svetovali, da se odloči za poklic medicinske sestre, je 59 % vprašanih odgovorilo, da ne bi, 21 % jih odgovori pozitivno, 20 % pa jih navaja, da ne ve.



Slika 9. Prikaz odgovornosti za dojemanje medicinskih sester v javnosti

Da smo sami odgovorni za dojemanje medicinskih sester v javnosti meni 45 % anketirancev, 38 % jih meni, da nismo, medtem ko jih 17 % odgovori z 'ne vem'.

Z iskanjem domače in tuje literature na temo medijev ter zdravstvene nege je opazno povečanje zanimanja medicinskih sester za to področje, kar razkrivajo objavljeni članki in opravljene raziskave, ki se nanašajo na medije. Rezultati raziskav so v skladu z našimi pričakovanji. Medicinske sestre/tehniki razmišljajo enako, ko gre za predstavljanje medicinskih sester v medijih. Rezultati številnih raziskav kažejo na nezadovoljstvo medicinskih sester z načinom predstavljanja v medijih, kar potrjujejo tudi rezultati te raziskave. V raziskavi je 84 % vprašanih odgovorilo, da medicinske sestre niso primerno predstavljene v medijih, čeprav 44 % vprašanih meni, da smo sami odgovorni za dojemanje medicinskih sester v javnosti. Večina, 84 % vprašanih, je odgovorila, da je treba predstavljati medicinske sestre v medijih. Da zdravstvena nega ni medijsko populariziran poklic, meni 81 % vprašanih, 50 % vprašanih pa meni, da bi pogosteje predstavljanje medicinskih sester v

medijih prispevalo k popularizaciji poklica medicinske sestre v družbi. Predsodki imajo velik vpliv, saj tako meni 86 % vprašanih, da je treba vplivati na spremembo stališča javnosti do poklica medicinske sestre, pa meni 89 % vprašanih. Kar 59 % vprašanih ne bi svetovalo svojim otrokom, da se odločijo za poklic medicinske sestre.

Ena izmed novejših definicij, ki jo v elektronskem časopisu *The Holmes Report* predstavi Paul Holmes, dodatno pojasnjuje: »Danes ne morete več odločati o tem, ali boste imeli odnose z javnostmi ali ne, ampak samo, do katere mere boste z njimi upravljeni.« Na isto temo je ob koncu 19. stoletja eden izmed ustanoviteljev modernih komunikacij Theodor N. Vail izjavil: »Če ne povemo resnice o sebi, bo nekdo drug naredil to namesto nas« (Vrček, 2009). Medicinske sestre morajo ozavestiti pomembnost predstavljanja svojega poklica skozi vse oblike medijev in aktivno sodelovati v oblikovanju pozitivne slike o njih v javnosti. Pozitivno je, da 89 % vprašanih meni, da je treba vplivati na spremembo stališča javnosti do poklica medicinske sestre. Ali je to boj z mlini na veter? Ne, ker imamo uspešne vzornike, in sicer organizacijo *The Truth About Nursing – Changing how the World if thinking about nursing* (<http://www.truthaboutnursing.org/>). Ta organizacija si prizadeva povečati medijsko razumevanje osrednje vloge, ki jo ima danes zdravstvena nega v moderni zdravstveni oskrbi. Cilj organizacije je promovirati, natančneje uravnotežiti medijsko predstavljanje medicinskih sester in povečati njihovo število, prav tako pa izkoristiti ter promovirati uporabo medicinskih sester kot strokovnih virov v medijih (Vrček, 2009).

Sklep

Medicinske sestre so najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu. Zaslužijo si večji medijski prostor, kjer bi bila predstavljena širša slika dejavnosti, ki jih izvajajo. S hitrim razvojem medijev se spreminjajo delovni in družbeni odnosi do njih, od medicinskih sester pa se zahtevata nenehno spremljanje teh sprememb in aktivno sodelovanje. Zato je čas, da prevzamemo skrb tudi za ta vidik delovanja zdravstvene nege na Hrvaškem.

Literatura

Despot Lučanin J. *Socijalni procesi u sestrinstvu*. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.

Kalauz S. *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma*. Zagreb: Pergamena, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011.

Pavic J. *Korak u sutra*. Plavi fokus. 2010, 3:3. Dostopno na URL naslovu http://www.hkms.hr/plavi_fokus/fokus_web_6_3.pdf (objavljeno 7. 11. 2012).

Zakon o medijima. Narodne novine št. 163/2003. Dostopno na URL naslovu <http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/306926.html> (objavljeno 7. 11. 2012).

Vrček M. *Borba s predrasudama u sestrinstvu – borba s vjetrenjačama ili proces s kojim možemo upravljati? Upravljanje promjenama u sestrinstvu.* Zdravstveno veleučilište, 2009.



WWW.DRUSTVO-MED-SESTER-LJ.SI