

# **Gabimet mjekësore, siguria e pacientit dhe roli i profesionistëve të shëndetit**

## **Moduli I**

## **Përmbajtja**

1. Përkufizime dhe nocione mbi gabimet mjekësore dhe sigurinë e pacientit
2. Llojet e gabimeve mjekësore. Fazat kur ndodhin
3. Prevalenca e gabimeve mjekësore
4. Shkaqet e gabimeve mjekësore
5. Reduktimi dhe parandalimi i gabimeve mjekësore sipas OBSH
6. Metodatat e vlerësimit të gabimeve mjekësore në procesin e mjekimit
7. Gabimet njerëzore mjekësore që ndikojnë në sigurinë e pacientit. Kultura e sigurisë.

## HYRJE

Gabimet ndodhin në sistemin shëndetësor si dhe në çdo sistem tjetër kompleks që përfshin qeniet njerëzore. Gabimet mjekësore dhe reaksionet e padëshiruara te barnave hasen rëndom përgjatë procesit të mjekimit me barna dhe përbëjnë një nga shqetësimet madhore të të gjithë ofruesve të kujdesit shëndetësor. Një gabim mjekësor është një dështim i paqëllimshëm në procesin e mjekimit që çon ose ka potencialin të çojë në dëmtim të pacientit.

Gabimet mjekësore pengojnë arritjen e qëllimit mjekësor final që është suksesi i terapisë, rrisin kostot për pacientët dhe institucionet dhe në rastin më të keq, mund të shkaktojnë raste fatale.

Gabimet mjekësore ndikojnë negativisht si te pacientët, të cilët humbasin besimin te profesionistët e shëndetit, si dhe te vetë profesionistët, të cilët gjatë ushtrimit të profesionit udhëhiqen nga motoja e Hipokratit “Primum, non nocere”.

Statistikat rreth gabimeve mjekësore shpesh janë befasuese dhe tregojnë një lidhje joproportionale midis shpeshësisë së gabimeve dhe perceptimit për to, duke pasur parasysh pritshmëritë e shumë pacientëve që profesioni mjekësor, gjithmonë funksionon në mënyrë perfekte.

Çdo vit, vetëm në Shtetet e Bashkuara, 7,000 deri në 9,000 njerëz vdesin për shkak të një gabimi mjekimi. Për më tepër, qindra mijëra pacientë të tjerë përjetojnë, por shpesh nuk raportojnë një efekt negativ ose komplikime të tjera që lidhen me një mjekim.

Kostoja totale e kujdesit për pacientët që kanë përjetuar gabime të lidhura me mjekimin tejkalon 40 miliardë dollarë çdo vit, me mbi 7 milionë pacientë të prekur. Përveç kostos monetare, pacientët përjetojnë dhimbje, vuajtje psikologjike dhe fizike si pasojë e gabimeve të mjekimit. Së fundi, një pasojë kryesore e gabimeve të mjekimit është se ajo çon në uljen e kënaqësisë së pacientit dhe një mungesë besimi në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Me siguri të pacientit kuptojmë ‘Të mos rrezikohesh nga incidentet mjekësore në mjediset e praktikës së përgjithëshme mjekësore’. Siguria e barnave, e njohur si një përbërës i rëndësishëm i sigurisë së pacientit i referohet parandalimit dhe menaxhimit të gabimeve të lidhura me barnat dhe dëmtimit pasues që mund të vijojë gjatë procesit të marrjes / përdorimit të barnave nga një pacient.

Edhe pse gabueshmëria humane është një faktor kontribues në gabimet që behen me barnat, në shumicën e rasteve gabimet nuk vijnë si pasojë e një shkakut të vetëm.

Organizatat dhe sistemet shëndetësore ku përfshihen njerëzit që kanë fuqi legjislative dhe politike, njerëzit që zbatojnë standardet dhe udhëzimet si dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor që ofrojnë shërbime dhe ofrojnë kujdes ndaj pacientit, janë të gjithë përgjegjës për sigurimin e sigurisë së pacientit. Për t'i bërë sistemet e kujdesit shëndetësor më të sigurt, nevojitet një ndryshim drejt një qasjeje bashkëpunuese ndërmjet tyre në mënyrë që të nxitet një kulturë sigurie dhe të promovohet menaxhimi efektiv i një rreziku që mund të lindë.

Arsyet më të zakonshme të gabimeve përfshijnë dështimin për të komunikuar porositë e barnave, shkrimin e palexueshëm, përzgjedhjen e gabuar të barit, konfuzionin mbi barnat me emërtime të ngjashme, konfuzionin mbi paketimin e ngjashëm midis barnave, ose gabime që përfshijnë njësi dozimi ose peshe. Gabimet e mjekimit mund të vijnë si shkak i gabimeve njerëzore, por shpesh rrjedhin nga një sistem me të meta me rezervë joadekuate për të zbuluar gabimet.

Çdo ditë, mjekët, infermierët, farmacistët dhe personeli tjetër shëndetësor evidentojnë gabimet mjekësore, i korrigjojnë ato duke parandaluar kështu dëmtimet e pacientëve.

Parandalimi i lëndimit nga gabimet mjekësore kërkon ndryshime rrënjësore në të gjithë sistemin shëndetësor. Ndër strategjitë e rëndësishme përmendim parandalimin, njohjen dhe zbutjen e dëmit nga gabimet mjekësore. Njohja dhe zbatimi i veprimeve për të parandaluar gabimet mjekësore ka efektin më të madh të mundshëm në përmirësimin e procesit kompleks të mjekimit.

Farmacistët, mjekët dhe gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor kanë përgjegjësinë për të garantuar përdorimin e sigurt dhe efektiv të barnave, por farmacistët, si hallka kryesore e njohjes dhe përdorimit të barnave, duhet të marrin një rol parësor dhe duhet të njohin dhe të evidentojnë faktorët që mund të ndikojnë në sigurinë e barnave.

Megjithëse praktikat individuale janë vetëm një pjesë e sistemit të përdorimit të barnave, gjithsecili prej ofruesve të kujdesit shëndetësor, duhet të marrë disa përgjegjësi, me qëllim që të garantojë se përdorimi i barnave është në përputhje me qëllimin përfundimtar të procesit të mjekimit, që është përmirësimi i shëndetit të pacientit.

Reduktimi i gabimeve mjekësore, garantimi i sigurisë dhe efikasitetit të barnave, përmirësimi i cilësisë së shërbimit, por edhe ulja e kostove të mjekimit janë disa nga sfidat e sistemit shëndetësor në ditët e sotme. Farmacistët duhet të luajnë një rol vendimtar për të dalluar rastet që mund të udhëheqin drejt një gabimi mjekësor dhe duhet të ndërhyjnë për t'i minimizuar ato.

Që nga momenti kur ndodh një gabim mjekësor e deri në shfaqjen e ngjarjes së padëshiruar, ka një periudhë të ndërmjetme. Njohja e shkaktarëve dhe faktorëve të riskut të përfshirë në procesin e mjekimit që çojnë drejt gabimeve mjekësore, evidentimi i gabimeve dhe marrja e masave në kohën e duhur, janë çështje të rëndësishme për të siguruar suksesin e terapisë. Disa nga faktorët që ndikojnë në këtë proces janë faktorët mjedisorë, politikat institucionale dhe shtetërore, raportimi i gabimeve të vërejtura, analiza e gabimeve, përditësimi i njohurive dhe trajnimet e vazhdueshme të personelit shëndetësor, informimi i pacientit, zhvillimi i teknologjisë etj.

## **Tema 1.**

### **Përkufizime dhe nocione mbi gabimet mjekësore dhe sigurinë e pacientit**

#### ***Përcaktimi i termi 'gabim mjekimi'***

Duke u bazuar në literaturë nuk është arritur ende në një konsensus të përbashkët për përcaktimin e nocionit të 'gabimit të mjekimit'. Sipas një rishikimi sistematik të literatures janë gjetur 26 terminologji të ndryshme të përdorura për përshkrimin e nocionit 'gabim mjekimi'.

Këshilli Koordinues Kombëtar i Shteteve të Bashkuara për Raportimin e Gabimeve të Barnave dhe Parandalimi përcakton një gabim mjekimi si:

“Çdo ngjarje e parandalueshme që mund të shkaktojë ose të çojë në përdorim të papërshtatshëm të medikamenteve ose dëmtim të pacientit ndërsa mjekimi është nën kontrollin e profesionistit të kujdesit shëndetësor, pacientit/ konsumatorit”.

Ky përkufizim është i gjerë dhe nënkupton që gabimet janë të parandalueshme në nivele të ndryshme. Gabimi i mjekimit është përcaktuar gjithashtu si një reduktim i probabilitetit që trajtimi të jetë marrë në kohë dhe të ketë rezultuar efektiv, ose një rritje në rrezikun e dëmtimit nga ilaçet në krahasim me praktikën e pranuar përgjithësisht.

Sipas legjislacionit farmaceutik shqiptar gabimi mjekësor përkufizohet si më poshtë:

“Gabim Mjekësor”, është çdo ngjarje e parandalueshme, që mund të shkaktojë ose të çojë në një përdorim të papërshtatshëm të mjekimit apo dëmtim të pacientit, gjatë kohës që mjekimi është nën kontrollin e profesionistit të shëndetësisë, pacientit ose konsumatorit.

#### **(URDHËR, Nr.660 Datë 20.09. 2018, PËR MIRATIMIN E RREGULLORES MBI PRAKTIKAT E RUAJTJES DHE SHPËRNDARJES SË MIRË TË BARNAVE)**

Fatkeqësisht, gabimet e padëshiruara mjekësore dhe gabimet e mjekimit të raportuara më pak rezultojnë në sëmundshmëri dhe vdekshmëri të konsiderueshme.

#### ***Përcaktimi i termi 'siguri e pacientit'***

Me siguri të pacientit kuptojmë 'Të mos rrezikohesh nga incidentet mjekësore në mjediset e praktikës së përgjithëshme mjekësore'. Siguria e barnave, e njohur si një përbërës i rëndësishëm i sigurisë së pacientit i referohet parandalimit dhe menaxhimit të gabimeve të lidhura me barnat dhe dëmtimit pasues që mund të vijojë gjatë procesit të marrjes / përdorimit të barnave nga një pacient.



A- Aksidente mjekësore

B- ADE- Ngjarje të padëshiruara të lidhura me përdorimin e një bari

C- ADR - Reaksione të padëshiruara të barnave

D- ADE - Ngjarje të padëshiruara që vijnë si rezultat i gabimeve mjekësore

E- ME - Gabime mjekësore

Për të zvogëluar problemet që lidhen me barnat në procesin kompleks të farmakoterapisë, mund të ndërhyjnë profesionistët e shëndetit dhe në veçanti, farmacistët, të cilët kanë një rol kyç, si në evidentimin, ashtu edhe në minimizimin e reaksioneve të padëshiruara dhe ndërveprimeve bar-bar apo bar-ushqim.

Probleme që lidhen me barnat (**DRP**)

-Ngjarje të padëshiruara të përjetuara nga pacientët që përfshijnë ose dyshohet se përfshijnë farmakoterapinë dhe që ndërhyjnë në arritjen e qëllimeve të dëshiruara të terapisë.

Gabime mjekësore (**ME**)

-Cdo ngjarje e parandalueshme që mund të çojë në përdorim të papërshtatshëm të barnave ose dëmtim të pacientit, ndërkohë që mjekimi është nën kontrollin e profesionistit shëndetësor, pacientit ose konsumatorit.

Një gabim mjekësor mund të përkufizohet si një —dështim në procesin e mjekimit që çon ose ka potencialin të çojë në dëmtim të pacientit. Shpesh, gabimet mjekësore paraqesin një faktor të lartë rrezikshmërie për shëndetin e pacientëve, efektshmërinë e terapisë dhe shfaqjen e efekteve të padëshiruara si dhe çojnë në ndërveprime midis barnave apo ndërveprime midis terapive të ndryshme

Procesi i mjekimit është një proces mjaft kompleks dhe gabimet mjekësore mund të ndodhin në çdo fazë të tij.

**Ngjarje të padëshiruara (ADE)**

-Dëmtime që lidhen me përdorimin e një bari, edhe kur kjo marrëdhënie nuk është provuar

**Reaksione të padëshiruara të barnave (ADR)**

-Çdo përgjigje e dëmshme dhe e paqëllimshme, ndaj dozave të barit, të përdorura normalisht për



profilaksi, diagnostikim, terapi ose për modifikimin e funksioneve fiziologjike.

Reksion i padëshiruar konsiderohet çdo përgjigje e dëmshme dhe e paqëllimshme, ndaj dozave të barit që zakonisht përdoren për profilaksi, diagnostikim, terapi ose për modifikimin e funksioneve fiziologjike.

### ***Tipet e reaksioneve të padëshiruara***

Reaksionet e padëshiruara të barnave mund të klasifikohen në dy tipe:

- 1 Reaksione të Tipit A (intrinsike)
- 2 Reaksione të Tipit B (idiosinkratike)

**Tipi A** ose ndryshe i njohur si helmueshmëri intrinsike (e brendshme, e parashikuar) lidhet me dozën. Me rritjen e dozës së një bari të administruar, rritet edhe rreziku për shfaqjen e efekteve të padëshiruara, në përputhje kjo edhe me profilin farmakologjik të barit. Tipi A i reaksioneve të padëshirueshme janë efekte anësore të parashikuara të barit dhe mund të karakterizohen edhe si toksicitet i barit. Ky tip reaksionesh janë të parashikueshme, ndaj shfaqin mortalitet të ulët, pasi përgjigjja mund të monitorohet dhe të menaxhohet. Duke qenë se këto reaksione intrinsike zakonisht identifikohen në modele kafshësh apo gjatë studimeve klinike në njerëz, barnat që shfaqin efekte të padëshirueshme, në doza terapeutike, shpesh nuk hidhen në treg.

**Tipi B** ose ndryshe i njohur si helmueshmëri idiosinkratike (e paparashikueshme) zakonisht nuk lidhet me dozën. Reaksionet e padëshiruara të këtij tipi vijnë si rezultat i kombinimit të disa faktorëve unikë dhe individualë. Ndër klasat e barnave që shfaqin reaksione të tilla përmendim antibiotikët, antiinflamatorët josteroidikë, antikonvulsantët etj. Reaksionet e padëshiruara idiosinkratike mund të ndahet në: reaksione të padëshiruara imunogjenike (reaksionet imunoalergjike dhe autoimune) dhe reaksione të padëshiruara joimunogjenike.

Ky tip reaksionesh mund të shfaqë helmueshmëri në mëlçi, e cila mund të ndodhë pas disa javësh ose muajsh, reaksione alergjike, probleme të ndryshme që pas marrjes së dozës së parë dhe të dytë apo edhe pas disa muajve, reaksione sistemike, ndryshime histologjike etj.

Në shfaqjen e reaksioneve të padëshiruara të Tipit B, mund të ndikojnë faktorë të ndryshëm si:

- Faktorë që lidhen me barin ku përfshihen: shndërrimi biologjik, prania e metabolitëve toksikë, fuqia e veprimit të barit etj.
- Faktorë që lidhen me pacientin ku përfshihen: mosha, gjinia, gjenetika, funksioni i sistemit imunitar, mjekimet bashkëshoqëruese, aktiviteti fizik etj.

- Faktorë mjedisorë ku përfshihen: dieta, ekspozimi ndaj ndotësve kimikë etj.

Që të shfaqet një reaksion i padëshiruar idiosinkratik duhet të jenë të pranishëm më shumë se një nga faktorët e riskut të përmendur më lart .

Është e vështirë për farmacistët spitalorë të ndikojnë në shpeshësinë e reaksioneve të padëshirueshme dhe sidomos ato që klasifikohen si reaksione të tipit B, por sipas studimeve ekziston një prag i mundshëm ekspozimi, nën të cilin, reaksionet idiosinkratike nuk ka gjasa të ndodhin. Në shumë raste, këto ngjarje të padëshiruara nuk mund të parandalohen, por padyshim mund të ndërhyhet për të minimizuar efektin e padëshiruar dhe në rastet e rënda, mund të ndalohet përdorimi i këtyre barnave.

### *Ngjarja Sentinel*

Përkufizohen si “një dukuri e papritur që përfshin vdekjen ose dëmtimin e rëndë fizik ose psikologjik, ose rrezikimin e tyre”. Lëndimi i rëndë përfshin në mënyrë specifike humbjen e gjymtyrëve ose funksionit. Shprehja "ose rreziku i tij" përfshin çdo ndryshim të procesit për të cilin një përsëritje do të kishte një shans të konsiderueshëm për një rezultat serioz negativ." Ngjarjet sentinel mund të përfshijnë gabime mjekimi, ngjarje të padëshiruara të barnave dhe fatkeqësi të mjekimit. Ngjarjet Sentinel shkaktojnë sëmundshmëri ose vdekshmëri të konsiderueshme dhe mund të jenë të parandalueshme.

## **Tema 2.**

### **Llojet e gabimeve mjekësore. Fazat kur ndodhin**

Gabimet e mjekimit mund të ndodhin në shumë hapa në kujdesin ndaj pacientit, nga porositja e barnave deri në kohën kur pacientit i jepet bari.

Në literaturë ekzistojnë një sërë përshkrimesh të ndryshme mbi klasifikimin e gabimeve të mjekimit .

Një prej tyre bazohet në klasifikimin në fazën e sekuencës së procesit të përdorimit të medikamenteve, si p.sh. përshkrimi, transkriptimi, dhënia, administrimi ose monitorimi.

Një lloj tjetër klasifikimi është marrja parasysh e llojeve të gabimeve që ndodhin, të tilla si mjekimi i gabuar, doza, frekuenca, mënyra e administrimit.

Një përshkrim tjetër i klasifikon gabimet sipas faktit nëse ato ndodhin nga gabimet e kryera gjatë planifikimit të veprimeve (gabime të bazuara në njohuri ose të bazuara në rregulla) ose gabime në ekzekutimin e veprimeve të planifikuara siç duhet (gabimet e bazuara në veprime ose gabime të bazuara në kujtesë).

Gabimet mund të klasifikohen gjithashtu sipas shkallës së ashpërsisë së tyre.

Nuk ekzistojnë prova të forta për të mbështetur metoda të veçanta të përcaktimit ose klasifikimit të gabimeve në mënyrë specifike në kujdesin parësor. Mënyra e zgjedhur në shumë raste varet nga qëllimi i klasifikimit.

Gabimet e mjekimit grupohen sipas taksonomive të ndryshme nga Komisioni i Përbashkët, Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Këshilli Koordinues Kombëtar për Raportimin dhe Parandalimin e Gabimeve të Mjekimit.

Disa taksonomi konsiderojnë burimin e gabimit:

- Gabime nga ruajtja jo e duhur e barit
- Gabime në procesin e përdorimit të barnave (administrimi ose monitorimi)
- Gabimet e përshkrimit

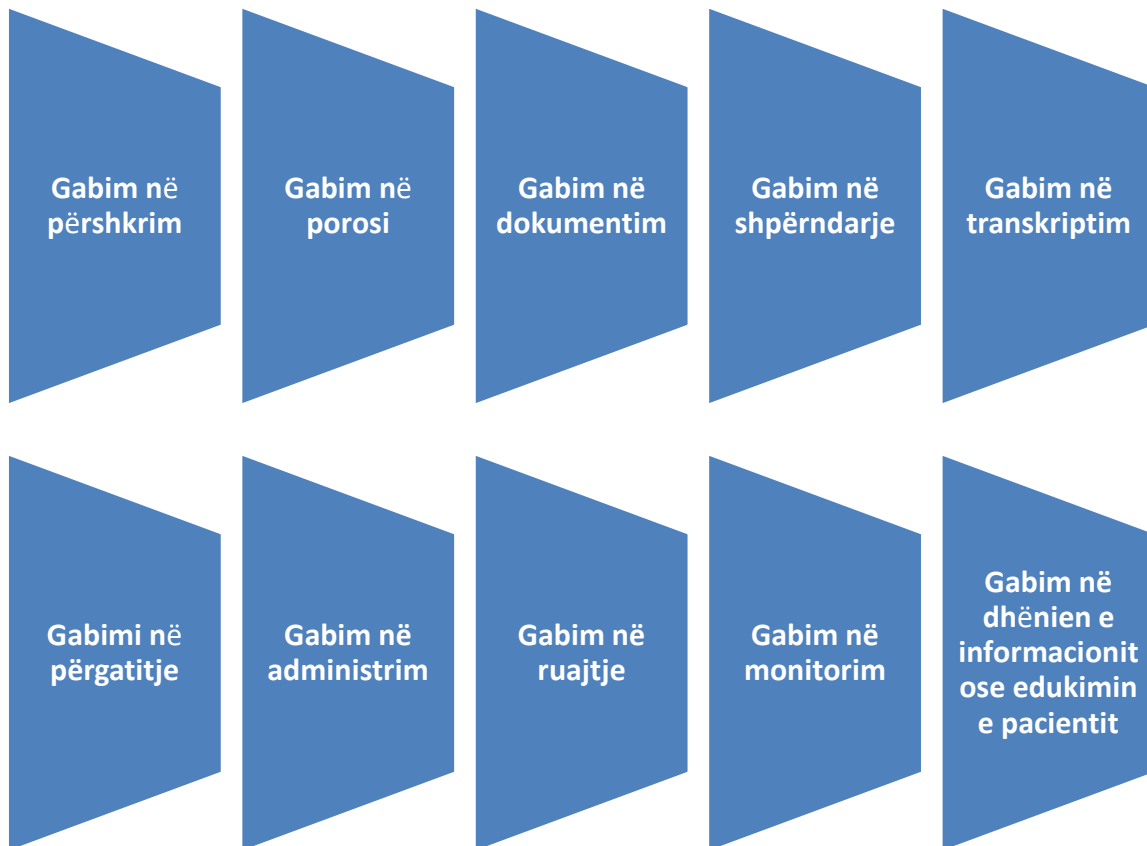
Dështimet më të zakonshme të sistemit shëndetësor si pasojë e te cilave ndodhin gabimet mjekësore përfshijnë:

- Njohuritë jo të duhura për barnat
- Dështimi për të marrë nga pacienti informacion në lidhje me historitë alergjike nga barnat
- Kontroll jo i plotë i porosisë me barna

- Gabimet në ndjekjen e porosive të barnave
- Komunikimi i dobët profesional
- Padisponueshmëria ose informacioni i pasaktë mbi pacientin

Gabimet e mjekimit janë më të zakonshme në fazën e përshkrimit. Gabimet tipike janë gabimet nga ofruesi i kujdesit shëndetësor që shkruan mjekimin e gabuar, rrugën ose dozën e gabuar ose frekuencën e gabuar. Këto gabime të përshkrimit përbëjnë pothuajse 50% të gabimeve të mjekimit. Të dhënat tregojnë se infermierët dhe farmacistët identifikojnë diku nga 30% deri në 70% të gabimeve të përshkrimit së ilaçeve. Është e qartë se gabimet e mjekimit janë një problem i përhapur, por problemi është i parandalueshëm në shumicën e rasteve.

Disa nga llojet e gabimeve mjekësore janë paraqitur në skemën më poshtë



**Figura 2.** Llojet e gabimeve mjekësore

## **Këto gabime mund të ndodhin në :**

### - Përshkrimin e recetës

Gabimet në përshkrimin e barnave mund të vijnë si rezultat i zgjedhjes joracionale të barnave, zgjedhjes së një bari të papërshtatshëm për pacientin, zgjedhjes së një bari joefektiv, nënpërshkrimit (përshkrimi i më pak barnave, sesa nevojiten) apo mbipërshkrimit (përshkrimi i më shumë barnave, sesa nevojiten).

\*Bar i gabuar (bar i papërshtatshëm për një indikacion të caktuar)

\*Bar i duhur, pacient i gabuar (mosmarrja në konsideratë e kundërindikimeve, ndërveprimeve bar-bar, bar-ushqim, alergji nga bari etj.)

\*Formë e gabuar galenike

\*Dozë e gabuar

### - *Transkriptimin e recetës*

Gabimet në transkriptimin e recetës mund të vijnë si rezultat i shkrimit gabim, i shkrimit me shkurtime, i shkrimit të palexueshëm etj. Ato çojnë në keqinterpretime dhe ngjarje të padëshiruara që mund të rezulojnë fatale për pacientët.

### - Shpërndarjen e barnave

Gabimet në shpërndarje vijnë si rezultat i dhënies së barit të gabuar, formulimit të gabuar apo etiketimit të gabuar.

\*Llogaritje gabim, përgatitje gabim

\*Shpërndarje (pacient i gabuar, bar i gabuar)

### - *Administrimin e barnave*

\*Gabimet në administrim shkaktohen nga administrimi i dozës së gabuar të barit, nga rruga jo e saktë e administrimit të barit, nga frekuenca e gabuar e administrimit dhe nga kohëzgjatja e gabuar e mjekimit.

\*Dozë e gabuar

\*Zbatim i gabuar, shtim ose pakësim i dozës

\*Koha e përdorimit

\*Manovrim i gabuar gjatë zbatimit (p.sh.: perfuzionet)

\*Shkalla e shpejtësisë së perfuzionimit

- ***Prodhimin e formulimit***

Gabimet në këto raste vijnë si rezultat i gabimeve në prodhim, përmbajtjes në bar të lëndëve të dëmshme apo falsifikimit të përbërësve.

- **Monitorimin e mjekimit**

Gabimet në monitorim vijnë si rezultat i ndjekjes së pakujdesshme të përgjigjes së pacientit ndaj mjekimit, mosndërhyrjes për të ndryshuar apo alternuar terapinë, për të modifikuar dozën, dietën e pacientit etj.

Gabimet mjekësore mund të ndodhin gjatë gjithë procesit të mjekimit. Disa nga fazat ku ndodhin më shpesh GM në mjedis spitalor paraqiten në tabelën 1.

- <b>Historiku i barit</b>
- <b>Përshkrimi i barit nga mjeku</b>
- <b>Përgatitja e barit në farmaci dhe transportimi nëpër pavione në rast spitalor</b>
- <b>Përgatitja dhe adminstrimi i barnave në pavione nga infermierët në rast spitalor</b>
- <b>Mbikqyrja dhe individualizimi i mjekimit me barna</b>
- <b>Identifikimi i ndërveprimeve bar-bar dhe efekteve të padëshirueshme</b>
- <b>Optimizimi i mjekimit</b>
- <b>Identifikimi i shkaqeve të mosreagimit ndaj mjekimit</b>
- <b>Përshtatja e mjekimit sipas pacientëve</b>
- <b>Gjetja e dozës optimale dhe balancimi i përfitimeve dhe rreziqeve</b>
- <b>Shpjegimi i mjekimit, para se pacienti të largohet nga spitali</b>

**Tabela 1** Fazat ku mund të ndodhin gabimet mjekësore në pacientët e hospitalizuar

Shfaqja e këtyre gabimeve dhe zvogëlimi i mundësisë që ato të ndodhin, varen nga njohuritë shkencore të stafit mjekësor ku përfshihen mjekët, farmacistët, infermierët, por edhe të gjithë ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor që përfshihen në procesin e mjekimit.

Gabimet mjekësore mund të ndodhin në secilën nga fazat e listuara më sipër dhe secila prej tyre paraqet një faktor rreziku për reaksione të padëshiruara .

Procesi i mjekimit me barna fillon me përshkrimin e barnave në recetë, e cila transmetohet më pas tek një infermiere dhe në farmacinë spitalore për shpërnadrjen e barnave të përshkruara nga mjekët. Infermierët në pavion i përgatisin barnat dhe më pas i shpërndajnë ato tek pacientët.

Mundësitë më të mëdha për të ndodhur gabimet mjekësore janë në fazën e përshkrimit të recetës dhe përdorimit të barnave.

Farmacistët klinikë janë çelësi për të siguruar përdorimin efikas dhe të sigurt të barnave. Ata, nëpërmjet bashkëpunimit me mjekët dhe infermierët, ulin rrezikun për të ndodhur gabimet mjekësore, duke shmangur kështu dëmtimin e pacientëve. Farmacistët klinikë mund të japin

ndihmesën e tyre në secilën prej fazave ku mund të ndodhin gabimet mjekësore, duke shmangur apo zvogëluar mundësinë e ndodhjes së ngjarjeve të padëshiruara të lidhura me farmakoterapinë. Ata janë njohës të mirë të farmakologjisë, të reaksioneve të padëshiruara të barnave, të ndërveprimeve të mundshme midis barnave, të ndërveprimeve midis barnave dhe bimëve apo ushqimeve etj, ndaj mund të ndërhyjnë që në momentin e përshkrimit të terapisë apo gjatë fazës së transkriptimit, shpërndarjes dhe administrimit të barnave, për të shmangur gabimet mjekësore, reaksionet e padëshiruara të barnave dhe efektet toksike që vijnë nga përdorimi jo korrekt i tyre.



### **Tema 3**

#### **Prevalenca e gabimeve mjekësore**

Miliona pacientë dëmtohen çdo vit për shkak të kujdesit të pasigurt shëndetësor në mbarë botën duke rezultuar në 2.6 milionë vdekje/vit . Shifrat e dhëna nga OBSH ( 2019) i referohen vetëm vendeve me status ekonomik të mesëm dhe të ulët (ku jeton 80 për qind e popullsisë globale), kështu që numri real mund të jetë edhe më i madh, duke marrë parasysh se edhe në vendet e zhvilluara, një në çdo 10 pacientë është viktimë e gabimeve mjekësore.

Shumica e këtyre vdekjeve janë të shmangshme por realisht 5 pacientë vdesin çdo minutë nga gabimet mjeksore globalisht e ku 138 milionë pacientë dëmtohen çdo vit.

Katër në çdo dhjetë pacientë dëmtohen gjatë kujdesit shëndetësor parësor dhe ambulator.

Gabimet më të mëdha lidhen me diagnozën, përshkrimin dhe përdorimin e barnave. Procedurat e pasigurta të kujdesit kirurgjikal shkaktojnë komplikime deri në 25% të pacientëve që rezultojnë në 1 milion vdekje gjatë ose menjëherë pas operacionit çdo vit.

Në rang botëror vlerësohet afërsisht se ka 421 milionë shtrime në spital në vit, nga ku 42.7 milionë të rasteve janë nga gabimet mjeksore. Vendin e parë në botë për dëmet e jetës njerëzore, të shkatuar nga dëmet e bluzave të bardha, e mban Amerika. Vlerësohet se gabimet mjekësore përbëjnë deri në 251,000 vdekje në vit në Shtetet e Bashkuara, duke i bërë ato shkaku i tretë kryesor i vdekjeve.

Normat e gabimeve janë dukshëm më të larta se në çdo vend tjetër i zhvilluar të cilat shënojnë më pak se 10% .

Gabimet mjekësore, jo gjithmonë, udhëheqin në shfaqjen e ngjarjeve të padëshiruara që lidhen me përdorimin e barnave, por rreziku që ato të ndodhin është i lartë dhe shumë i rëndësishëm është fakti që ato mund të shmangen.

Në pacientët e hospitalizuar ka një rrezik të shtuar për të ndodhur gabime mjekësore, pasi shumica e pacientëve vuajnë nga më shumë se një patologji dhe janë në kushtet e polimjekimit.

Sa më shumë barna të përdorin pacientët, aq më e madhe është mundësia për ndërveprime bar- bar dhe për shfaqjen e komplikacioneve.

Nga ana tjetër, mjekimi me barna në kushte spitalore është më i kontrolluar dhe mundësia e evidentimit, raportimit dhe ndërhyrjes për t'i minimizuar gabimet mjekësore është më e madhe.

Favor tjetër përbën fakti që nga rastet e pacientëve të shtruar në spital mund të grumbullohen dhe përpunohen të dhëna, të cilat ndihmojnë në përpilimin e strategjive për shmangien e gabimeve mjekësore.

Përqindjet e rasteve të gabimeve mjekësore të raportuara në disa studime ndryshojnë shumë, në varësi të metodës dhe përkufizimeve të përdorura.

Shkalla e gabimeve mjekësore varion nga 2-14% të pacientëve të pranuar në spital, prej të cilëve 1–2% kanë shfaqur dëmtime serioze. Shumica e gabimeve kanë ardhur si rezultat i përshkrimit të dobët. Gabimet mjekësore janë vlerësuar si shkaktarë të vdekjes së rreth 7000 pacientëve në vit në US dhe incidenca është e ngjashme edhe në UK.

Është shumë e rëndësishme që të parandalohen gabimet mjekësore, në mënyrë që të ulët sëmundshmëria e pacientit, kohëzgjatja e qëndrimit në spital dhe të minimizohen kostot e kujdesit shëndetësor.

Disa dhëna të marra nga studime të ndryshme shkencore në Botë për shpeshtësinë e gabimeve mjekësore në mjediset spitalore paraqiten në tabelen 2 .

Duke u bazuar në studime është arritur të përshkruhet shkalla e gabimeve të mjekimit në mjediset spitalore, por të dhënat në kujdesin parësor janë relativisht të pakta. Kjo është veçanërisht e vërtetë për vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, pavarësisht nga përdorimi në rritje i medikamenteve.

Vlerësimi i prevalencës së gabimeve të mjekimit është i vështirë për shkak të ndryshimeve në mënyrën e përkufizimeve dhe sistemeve të klasifikimit të përdorura. Mënyrat mund të ndryshojnë në varësi të emëruesit të përdorur (p.sh., pacienti, receta ose një mjekim specifik).

Ky vlerësim i prevalencës së gabimeve të mjekimit është i ndërlikuar nga ndryshimet në organizimin e sistemit të kujdesit shëndetësor dhe disponueshmërinë mbi përdorimin e sistemeve të raportimit të gabimeve.

Kjo reflektohet edhe në shkallët e përhapjes së gabimeve që janë shumë të ndryshme në shtete të ndryshme të botës..

Për shembull, sipas një studimi në Mbretërinë e Bashkuar u zbulua se në 12% e të gjithë pacientëve të kujdesit parësor mund të realizohej një gabim në recetë gjatë një viti, duke u rritur kjo përqindje në 38% në ata 75 vjeç e lart dhe 30% në pacientët që marrin pesë ose më shumë barna gjatë një periudhë 12 mujore.

Sipas një studimi suedez rezultoi një shkallë gabimi ndaj ilaçeve prej 42%. Megjithatë, dy të tretat ishin të lidhura me dështimin për të deklaruar qëllimin e trajtimit në recetë dhe vetëm 1% e gabimeve rezultuan si pasojë e dhënies së një doze të gabuar .

Sipas një studimi tjetër në Meksikë u vu re se 58% e recetave përmbanin gabime, të lidhura me regjimin e dozimit që përbënte shumicën e rasteve (27.6%) .

Shembujt e mësipërm janë dhënë për të treguar se gabimet e mjekimit janë një çështje globale. Një rishikim sistematik përdori një qasje alternative për vlerësimin e shkallës së gabimit bazuar në klasifikimin e proceseve të përdorimit të ilaçeve. Rishikimi gjeti shkallë gabimi prej 3% në fazën e shpërndarjes dhe dështimin për të rishikuar medikamente të përsëritura të paktën një herë në çdo kërkesë të gjashtë në 72% të rasteve. Probleme u vunë re edhe në ndërlidhjen ndërmjet kujdesit parësor dhe atij sekondar. Rekomandimet ambulatorë për mjekët e përgjithshëm u shoqëruan me një shkallë gabimi prej 77% dhe mospërputhjet në mjekimin e shkarkimit pas shtrimit në spital prekën 43% deri në 60% të artikujve duke treguar mospërputhje gjatë tranzicionit të kujdesit. Në përgjithësi, duket se përqindja e gabimeve serioze të mjekimit në kujdesin parësor mund të jetë mjaft e ulët. Megjithatë, duke pasur parasysh numrin e madh të recetave të lëshuara në kujdesin parësor, ekziston ende potenciali për të shkaktuar dëm të konsiderueshëm në terma absolute. Rezultatet e padëshiruara përfshijnë reaksionet anësore të barnave, ndërveprimet medikament-drogë, mungesa e efikasitetit, aderimi jo optimal i pacientit dhe cilësia e dobët e jetës dhe përvoja e pacientit. Nga ana tjetër, këto mund të kenë pasoja të rëndësishme shëndetësore dhe ekonomike, duke përfshirë rritjen e përdorimit të shërbimeve shëndetësore, pranimit në spital të parandalueshëm të lidhura me mjekimin dhe vdekjen. Është vlerësuar se në disa vende se afërsisht 6-7% e shtrimeve në spital duket se janë të lidhura me mjekimin, ku mbi dy të tretat e tyre konsiderohen të shmangshme dhe kështu, potencialisht për shkak të gabimeve. Problemi ka të ngjarë të jetë më i theksuar tek të moshuarit, për shkak të faktorëve të rrezikut të shumëfishtë, një prej të cilëve është polifarmacia.

Ne tabelën me poshtë paraqitet shpeshtësia e gabimeve mjekësore në mjediset spitalore duke u bazuar në disa studime

**Tabela 2** Shpeshtësia e gabimeve mjekësore në mjediset spitalore sipas studimeve

<i>Lloji i spitalit</i>	<i>Nr. i rasteve dhe ditët e qëndrimit</i>	<i>Metoda e studimit</i>	<i>% e gabimeve mjekësore</i>	<i>Gabimet mjekësore më të shpeshta</i>
Spital Universitar Pediatri	3312 përshkrime (669 ditëqëndrimi)	Rishikim i përditshëm i kartelave mjekësore	23.7% (784 gabime në 3312 receta)	Gabime të parandalueshme 98% (përshkrim, shpërndarje, transkriptimi), 2% gabime në administrim
Spital Universitar Pacientë të infektuar me HIV	1618 të shtruar	Porositë e barnave urishikuan (nga një farmacist), përpara se të shpërndaheshin	5.8% (108 gabime nërecetat e 1618 të shtruarve)	Nën dozim 48%, mbidozim 34%, ndërveprime bar-bar 5.6%
Spital Universitar Pediatri	112'536 të shtruar ose 335'835 ditëqëndrimi	Rishikim retrospektiv i gabimeve të mjekimit	0.15% të shtrimeve (195 gabime): repartet mjekësore 59%, repartet kirurgjikale 13%, REA 27%	Gabime në infuzionet i v 15.8%, doza 14.8%, dozë ekstra 13.8%, mosdhënie doze 12.3%
Spital Qendror	8'500'000 pacientë	Raportime spontane	5.07% gabime mjekësore	Faktorë risku: Mungesë e farmacistit klinik, orët e zgjatura të punës Gabime mjekësore me simptoma: 0.25%
Spital Universitar	5744 observime në 851 pacientë	Monitorimi i disa barnave	3.3% e gabimeve ishin në administrim (187 gabime)	

1. Marino, B. L., Reinhardt, K., Eichelberger, E. J., & Steingard, R. (2000). Prevalence of errors in a pediatric hospital medication system: implications for error proofing. *Outcomes management for nursing practice*, 4(3), 129–135.
2. Purdy, B. D., Raymond, A. M., & Lesar, T. S. Antiretroviral prescribing errors in hospitalized patients. *The Annals of pharmacotherapy*, 34(7-8), 833–83 <https://doi.org/10.1345/aph.19399>
3. Ross, L. M., Eallace, J., & Paton, J. Y. Medication errors in a paediatric teaching hospital in the UK: five years operational experience. *Archives of disease in childhood*, 83(6), 492–497. <https://doi.org/10.1136/adc.83.6.492>
4. Bond, C. A., Raehl, C. L., & Franke, T. . Medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy*, 21(9), 1023–1036. <https://doi.org/10.1592/phco.21.13.1023.34617>
5. Calabrese, A. D., Erstad, B. L., Brandl, K., Barletta, J. F., Kane, S. L., & Sherman, D. S. Medication administration errors in adult patients in the ICU. *Intensive care medicine*, 27(10), 1592–1598. <https://doi.org/10.1007/s001340101065>

## **Tema 4**

### **Shkaqet e gabimeve mjekësore**

Siguria e pacientit dhe cilësia e kujdesit shëndetësor janë thelbësore për ofrimin e shërbimeve shëndetësore efektive dhe arritjen e mbulimit shëndetësor universal, ndonëse të tilla standarte mbeten formale në shumicën e shteteve nëpër Botë. Ndërkaq, një studim i Choi EY et.al., 2021 tregon se shumë gabime mjekësore ndodhin si rezultat i dështimeve të komunikimit mjek-pacient.

Bluzat e bardha shpeshherë nuk kanë kohë për të komunikuar gjatë me pacientët e tyre, ky komunikim shpeshherë ndodh në gjuhën mjeksore e cila është shpeshherë edhe e pakuptueshme për pacientin.

Shpeshherë lindin pyetja të tilla si: A komunikojnë pacienti dhe profesionisti i shëndetit në mënyrë efektive me njëri-tjetrin? A arrin pacienti t'i shpjegojë shqetësimet e tij shëndetësore dhe a dëgjojnë mjaftueshëm pacientin profesionistët e shëndetit në mënyrë që të marrin të dhëna mjekësore të plota? Ajo që konsiderohet e rëndësishme është përfshirja më e madhe e pacientit në komunikimin mbi mjekimin e tij, duke e verësuar si çelësin e kujdesit më të sigurt.

Në praktikat klinike mjeksore, profesionistët e shëndetit hasin përditë pacientë që kanë marrë mjekime të gabuara. Në kërkim të shërimit të simptomave që vuajnë, individët në nevojë i besojnë kurës së çdo mjeku ku shkojnë e marrin gjithcka që u rekomandohet. Duke i konsideruar mjekët si autoritet absolut, individët të cilët nuk e kuptojnë kompleksitetin e sistemit të kujdesit shëndetësor, kanë mendimin se bluzat e bardha garantojnë automatikisht përgjigje për problematikat e ndryshme mjekësore.

Çdo rast është unik ashtu sikurse dhe vet individi në unikalitetin e tij, e për këtë nevojitet një ekzaminim i saktë dhe i detajuar. Shumica e pacientëve shpeshherë nuk dëgjojnë plotësisht mbi historikun e tyre mjekësor dhe familjar dhe neglizhohen.

Marrëdhënia mjek-pacient është një marrëdhënie thellësisht personale. Është shumë e rëndësishme që pacienti të dëgjohet me empatinë e duhur.

Në partneritetin me pacientët, transparenca mjek- pacient duhet të ekzistojë nga të dyja anët, dhe kjo krijohet nga komunikimi i qartë midis dy palëve.

Siguria e pacientëve është një shqetësim serioz global për shëndetin publik ku gabimet në diagnozë, në dhënien e recetës dhe përdorimin e papërshtatshëm të barnave janë tre arsyt kryesore të numrit në rritje të gabimeve mjekësore.

Janë kryer studime të ndryshme sipas të cilave janë ekzaminuar faktorët që lidhen me gabimet e mjekimit. Sipas një studimi të kryer nga Anketa e Politikës Ndërkombëtare të Shëndetit të Fondit të Komonuelthit në të cilën u krahasuan faktorët që lidhen me gabimet e mjekimit të raportuara nga pacientët në shtatë vende të botës rezultoi se: Në 11% të pacientëve që përjetojnë një gabim mjekimi, faktorët e rrezikut përfshinin koordinimin e dobët të kujdesit, barrierat e lidhura me koston për shërbimet mjekësore ose ilaçet, multimorbiditetin dhe shtrimin në spital.

Sipas studimeve të tjera ka rezultuar se gabimet e mjekimit lidhen me rritjen e numrit të medikamenteve në përgjithësi, rritjen e moshës, si dhe të medikamenteve specifike për gjendje të caktuara sëmundjesh (p.sh., muskuloskeletore, onkologjike dhe imunosupresioni, dermatologjike, oftalmologjike, kushtet otolaringologjike, infeksionet dhe sëmundjet kardiovaskulare).

Më poshtë janë përmbledhur disa nga faktorët kryesorë që lidhen me gabimet e mjekimit, ku përfshihet ofruesi i kujdesit shëndetësor, pacienti, mjedisi i punës, detyra, sistemi kompjuterik dhe kushtet e kujdesit parësor-sekondar.

### **Faktorët që mund të ndikojnë në gabimet e mjekimit**

#### **Faktorët që lidhen me profesionistët e kujdesit shëndetësor**

- Mungesa e trajnimit terapeutik
- Njohuritë e pamjaftueshme mbi barnat
- Njohuritë e pamjaftueshme mbi pacientin
- Perceptimi jo i duhur mbi rrezikun
- Prania e profesionistëve të mbingarkuar ose të lodhur të kujdesit shëndetësor
- Problemet e shëndetit fizik dhe emocional
- Komunikimi jo i duhur ndërmjet profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe pacientëve

### **Faktorët që lidhen me pacientët**

- Karakteristikat e pacientit (p.sh. personaliteti, niveli i arsimit dhe pengesat gjuhësore)
- Kompleksiteti i rastit klinik, ku përfshihen kushtet e shumta shëndetësore, polifarmacia dhe medikamentet me rrezik të lartë

### **Faktorët që lidhen me ilaçet**

- Emërtimi i barnave
- Etiketimi dhe paketimi

### **Faktorët që lidhen me detyrat**

- Monitorimi i pacientit (në varësi të praktikës, pacientit, mjediseve të tjera të kujdesit shëndetësor, përshkruesit)

### **Faktorët që lidhen me mjedisin e punës**

- Ngarkesa e punës dhe presioni i kohës
- Shpërqëndrimet dhe ndërprerjet (nga stafi i kujdesit parësor dhe pacientët)
- Mungesa e protokolleve dhe procedurave të standardizuara
- Problemet me mjedisin fizik të punës (p.sh. ndriçimi, temperatura dhe ajrimi)

### **Faktorët që lidhen me sistemet e kompjuterizuara të informacionit**

-Proceset e vështira për gjenerimin e recetave (p.sh. listat e zgjedhjes së barnave, regjimet e paracaktuara të dozimeve)

-Proceset e vështira për gjenerimin e recetave të sakta të përsëritura

-Mungesa e saktësisë së të dhënave të pacientëve

-Dizajni joadekuat që lejon gabimin njerëzor

### **Të dhënat e kujdesit parësor-sekondar**

-Cilësia e kufizuar e komunikimit me kujdesin dytësor

-Justifikimet mbi rekomandimet e kujdesit dytësor

### **Pse ndodhin gabimet e mjekimit?**

#### **Ruajtja jo e duhur**

Shpeshherë gabimet e mjekimit ndodhin për shkak të ruajtjes jo të duhur të preparateve, gjë që rezulton në përkeqësimin e cilësisë së tyre.

#### **Kohëzgjatja e gabuar e terapisë**

Gabimet e kohëzgjatjes ndodhin kur mjekimi merret për një periudhë më të gjatë ose më të shkurtër kohore se sa është përshkruar.

#### **Përgatitja e gabuar**

Ky gabim zakonisht ndodh nga përgatitja e gabuar e një preparati përpara administrimit përfundimtar.

Psh: Zgjedhja e tretësit jo të duhur.

#### **Dozimi i gabuar**

Dozimi i gabuar mund të ndodhë në shumë pika të procesit të mjekimit. Zakonisht ndodh për shkak të gabimit njerëzor kur përzgjidhen shishe ose shiringa të ngjashme por që nuk përcaktojnë të njëjtin dozim.



### **Shpejtësia e gabuar e administrimit**

Më shpesh ndodh me medikamente IV ose infuzione. Kjo është veçanërisht e rrezikshme me shumë barna dhe mund të rezultojë në reaksione të rëndësishme të padëshiruara. Psh: shkaktimi i takikardisë për shkak të shënies së shpejtë të epinefrinës IV.

### **Administrimi në oraret jo të duhura**

Si në mjediset shtëpiake ashtu edhe ato institucionale, është sfiduese të jesh plotësisht i saktë me dozat e planifikuara të barnave. Shqetësimi është se përthithja e disa ilaçeve ndryshon ndjeshëm nëse ata merren me ushqim ose larg ushqimit. Si e tillë, është e rëndësishme t'i përmbaheni orareve të planifikuara sa më shpesh; sepse e kundërta mund të çojë në nëndozë ose mbidozë.

### **Rruga e gabuar e administrimit**

Gabimet për shkak të rrugëve të pasakta zakonisht ndodhin për shkak të etiketimit të paqartë. Rrugët e gabuara shpesh rezultojnë në sëmundshmëri dhe vdekshmëri të konsiderueshme.

### **Forma e gabuar e dozimit**

Kjo ndodh kur një pacient merr një formë dozimi të ndryshme nga ajo e përshkruar, si p.sh. me lëshim të menjëhershëm në vend të lëshimit të zgjatur.

### **Veprimi i pasaktë i terapisë**

Kjo ndodh kur një pacient merr një mjekim në mënyrë të papërshtatshme. Edukimi i pacientit është mënyra e vetme për të parandaluar këtë lloj gabimi.

### **Kundërrindikimet e njohura**

Kjo ndodh kur medikamentet nuk shqyrtohen me vigjilencë për ndërveprimet bar-bar, bar-suplemente ose bar-ushqim.

### **Gabimet nga farmacistët**

Gabimet nga farmacistët janë zakonisht gjyquese ose mekanike. Gabimet gjyquese përfshijnë dështimin për të zbuluar ndërveprimet e barnave, rishikimin e papërshtatshëm të përdorimit të barnave, shqyrtimin e papërshtatshëm, dështimin për të këshilluar pacientin në mënyrë të përshtatshme dhe monitorimin e papërshtatshëm. Një gabim mekanik është një gabim në dhënien ose përgatitjen e një recete, si p.sh.

administrimi i një ilaçi ose doze të pasaktë, dhënia e udhëzimeve të gabuara ose dhënia e dozës, sasisë së gabuar.

Shkaqet më të zakonshme përfshijnë ngarkesën e punës, emrat e ngjashëm të barnave, mungesën e stafit, kohën e pamjaftueshme për të këshilluar pacientët dhe shkrimin e palexueshëm.

### **Shpërqëndrimi i profesionistit të shëndetit**

Një nga shkaqet kryesore të gabimeve të mjekimit është shpërqëndrimi.

Gati 75% e gabimeve të mjekimit i janë atribuar këtij shkak. Duke qënë se mjekët kanë shumë detyra gjatë ushtrimit të profesionit të tyre dhe si pasojë e kësaj ngarkese ata mund të shpërqëndrohen. Shumë mjekë nuk e pranojnë se këto shpërqëndrime janë një problem, por në realitet ato janë shpesh shkak i gabimeve të mjekimit.

### **Deformime**

Një shkak i përhapur i gabimeve të mjekimit janë deformimet. Shumica e deformimeve mund të vijnë nga shkrimi jo i saktë, simbolet e keqkuptuara, përdorimi i shkurtesave ose leximi i gabuar.

Psh.: Një numër i konsiderueshëm i profesionistit të kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara nuk janë vendas dhe shpesh shkruajnë porosi për medikamente që nuk janë as të disponueshme brenda vendit.

Kur bari nuk gjendet mjeku shpeshherë i kërkon infermieres ose farmacistit të zëvendësojnë medikamentin e përshkruar me një bar të ngjashëm. Ky lloj deformimi mund të çojë në gabime të mëdha sepse as infermieri dhe as farmacisti nuk mund të zëvendësojnë një ilaç. Në rastet spitalore të gjitha farmacitë e spitaleve kanë një listë të medikamenteve të disponueshme në formular dhe mjekët duhet të dinë se çfarë është në dispozicion dhe të përshkruajnë barna vetëm nga kjo listë.

### **Shkrimi i palexueshëm**

Shkrimi i palexueshëm është një problematikë për infermierët ashtu si edhe farmacistët.

Mjekët shpeshherë shkruajnë me nxitim dhe shkrimi ndonjëherë është i palexueshëm; kjo shpesh rezulton në gabime të mëdha mjekimi. Për të eliminuar gabime të tilla, shumica e spitaleve kanë rregulla që praktikuesit dhe farmacistët duhet të ndjekin; nëse receta është e palexueshme, duhet thirrur mjeku i cili kërkohet që ta rishkruajë qartë recetën. Farmacisti nuk duhet të hamendësojë kurrë se çfarë është bari apo dozimi. Ky problem sot është zgjidhur duke përdorur elektronikën ku çdo gjë është e shtypur elektronikisht dhe shkrimi jo i dëshifrueshëm nuk është më problem.

### **Leximi i çdo recete jo me kujdes**

Në ditët e sotme ka shumë medikamente të cilat kanë emra të ngjashëm dhe për këtë arsye mund të shkaktohen ngatërresa.

Gjithashtu edhe nëse diagnoza nuk tregohet saktë në recetë, ekziston rreziku që ilaçi të përshkruhet për një kohë të gjatë ose të pamjaftueshme.

### **Shkrimi i dozës jo të saktë**

Shkrimi i një doze jo të saktë ndodh lehtësisht si pasojë e shkurtesave specifike ose presjeve dhjetore të cilat mund të përdoren gabimisht. Një shkurtim që shpesh është shkak i gabimeve të mjekimit është simboli "µg" për mikrogramët. Shpesh njësi e cila ngatërrohet me njësi të tjera dhe duhet shmangur.

### **Përdorimi i masave metrike**

Shpeshherë kur përdorim masa metrike duhe të kemi kujdes kur dhe ku përdorim presjen dhjetore. Për shembull, kur shkruhet dexamethasone 2.0 mg, nëse presja dhjetore nuk vihet re, infermierja ose farmacisti mund të mendojnë se është 20 mg. Nëse presjadhjetore nuk vihet re kjo mund të çojë në një rritje dhjetëfish të dozës.

### **Marrja parasysh e moshës së pacientit**

Dy popullatat që janë shumë të ndjeshme ndaj marrjes së terapive mjekesore janë të moshuarit dhe fëmijët. Kontrolloni gjithmonë moshën dhe peshën trupore të pacientit për t'u siguruar që doza e administruar është e saktë. Gjithashtu, nëse mjeku shkruan një recetë, duhet të shkruajë moshën dhe peshën e pacientit në të në mënyrë që farmacisti të kuptojë dozimin. Tek fëmijët, shumica e barnave përshkruhen në bazë të peshës trupore.

### **Marrja në konsideratë e funksionit hepatic dhe renal**

Një arsye tjetër e përhapur për gabimet e mjekimit është mosmarrja në konsideratë e insuficiencës hepaticke dhe renale. Pacientët me insuficiencë hepaticke dhe renale kanë nevojë për dozime më të ulëta. Përndryshe, toksiciteti mund të ndodhë për shkak të dështimit për të ekskretuar ose metabolizuar barin.

### **Dhënia e udhëzimeve**

Profesionistët e kujdesit shëndetësor që shkruajnë receta nuk duhet të supozojnë kurrë se pala tjetër e di se çfarë ata kanë deshur të thonë.

Këta profesionistë duhet të japin udhëzime të qarta për dozat, numrin e pilulave dhe se si dhe kur duhet të merret ilaçi.

Shkrimi i urdhrave si "merre sipas udhëzimeve" nuk është mënyra e duhur e shprehjes në një recetë.

Mjeku duhet të shkruajë kur do të merret ilaçi dhe për çfarë qëllimi (p.sh., merrni 2 mg morfinë nga goja për dhimbje. Merreni morfinë çdo 3 deri në 4 orë sipas nevojës për dhimbje).

### **Përdorimi i shkurtesave**

Një shkak i përhapur i gabimeve të mjekimit është përdorimi i shkurtesave.

Rekomandohet që shkurtesat të mos përdoren.

### **Kohëzgjatja e trajtimit**

Në të kaluarën disa mjekë thjesht shkruanin numrin total të tabletave/ kapsulave që një pacient duhet të marrë pa specifikuar kohëzgjatjen e trajtimit. Është jetike të specifikohet kohëzgjatja e trajtimit dhe që kohëzgjatja e trajtimit të përputhet me numrin e tabletave/ kapsulave të përshkruara. Kur shkruani për sasinë e barit, është e rëndësishme të shkruani numrin aktual të tabletave/ kapsulave (p.sh., 90) në vend që të deklaroni dhënien për 2 muaj. Një arsye tjetër për specifikimin e numrit të tabletave/ kapsulave është se kërkon që pacienti të respektojë monitorimin dhe i pengon ata të mbledhin medikamente të vjetra. Nëse pacienti ka një çrregullim kronik, mjeku duhet ta trajtojë cdo muaj ose periudhe kohore si një ngjarje e vetme me një numër të kufizuar tabletash/ kapsulash. Nëse pacienti ka një përkeqësim ai duhet të paraqitet në klinikë për një ekzaminim dhe më pas përcaktohet nëse i nevojiten më shumë tableta/ kapsula

### **Mungesa e vigjilencës për medikamentet me rrezik të lartë**

Për shembull, nëse një pacient ka një trombozë të venave të thella ose një valvulë protetike të zemrës dhe kërkon warfarin, rekomandoheni vetëm për 4 javë dhe rivlerësoni pacientin në çdo vizitë. Mos jepni warfarin për shumë muaj në të njëjtën kohë. Pacienti duhet të monitorohet për INR dhe mund të duhet të rregullohet doza.

### **Mos specifikimi i indikacioneve për barin**

Shkrimi i indikacionit për ilaçin rekomandohet sepse shumë ilaçe kanë përdorime të shumëfishta. Fatkeqësisht, shumica e recetave nuk e kanë kurrë të shkruar diagnozën dhe mospërfshirja e këtij informacioni rrit potencialin për komplikime. Shkrimi i diagnozës informon farmacistin për diagnozën dhe i kujton pacientit qëllimin e mjekimit. Ky hap i vogël mund të lehtësojë këshillimin nga farmacisti, të përforcojë planin e trajtimit të pacientit dhe të ofrojë mundësi të shumta për edukimin e pacientit. Ai gjithashtu ndihmon në përmirësimin e komunikimit midis ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe farmacistit. Për shembull, kortikosteroidet dhe antikonvulsantët kanë shumë përdorime dhe farmacisti duhet të dijë se çfarë gjendje po trajtohet.

Një antikonvulsant mund të përdoret për të trajtuar një migrenë, dhimbje neuropatike përveç krizave konvulsive.

### **Mungesa e shtimit të udhëzimeve shtesë.**

Gjithmonë shtoni masa paraprake shtesë kur është e nevojshme. Për shembull, kur mjeku përshkruan tetraciklina, pacienti duhet të paralajmërohet për ekspozimin në diell, ose kur merr ibuprofenin pacienti duhet t'i thuhet të marrë ilaçin me ushqimin. Kur përshkruan metronidazolin paralajmëroni pacientin për përdorimin e alkoolit. Nuk duhet të supozohet se farmacisti do t'i shtojë këto paralajmërime shtesë gjatë shpërndarjes së barnave. Për pacientët që nuk mund të lexojnë ose kuptojnë udhëzimet për medikamentet e përshkruara, duhet të edukohet familja dhe dhënia e këshillimit verbal kur kërkohet.

### **Mungesa e miratimit të një sistemi raportimi**

Mënyra e vetme për të reduktuar gabimet e mjekimit është të zhvillohet një sistem raportimi dhe më pas të bëhen ndryshime për të parandaluar përsëritjen e gabimeve të ngjashme. Stafit duhet të inkurajohet të raportojë pa asnjë pasojë. Është një përvojë e shkëlqyer mësimi i cili rrit sigurinë.

### **Mungesa e diskutimit mbi preferencat e pacientit**

Duke marrë parasysh barnat e shumta të disponueshme për të trajtuar të njëjtin çrregullim, duhet që edhe pacienti të përfshihet në vendimarrje, gjë kjo që ndodh edhe për arsye ekonomike. Psh. Një bar xhenerik mund të këshillohet në vend të një bari patentë i cili është edhe më i kushtueshëm.

### **Mungesa e shkrimit të numrit të kontaktit**

Shumë profesionistë të kujdesit shëndetësor shkruajnë receta ose porosi në recetë dhe shpesh nuk lënë një numër kontakti. Nëse ka një pyetje për ilaçin, atëherë farmacisti dhe infermierja mund të hasin vështirësi.

## **Tema 5**

### **Reduktimi dhe parandalimi i gabimeve mjekësore sipas OBSH**

Siguria e kujdesit parësor është një hap thelbësor për të vazhduar drejt mbulimit shëndetësor universal dhe kujdesit me në qendër personin. Ofrimi i kujdesit parësor duhet të jetë i sigurt dhe me cilësi të lartë në mënyrë që të reduktohet kujdesi spitalor. Trajtimi i gabimeve të mjekimit është një komponent kyç i përmirësimit të sigurisë së kujdesit parësor. Gabimet e mjekimit janë veçanërisht të rëndësishme duke pasur parasysh rritjen globale të përdorimit të ilaçeve. Kjo është veçanërisht kritike në kujdesin parësor ku ndodh një pjesë e konsiderueshme e përshkrimit të recetave. Përkufizimet dhe qasjet e ndryshme për klasifikimin e gabimeve të mjekimit çojnë në vlerësime të ndryshme të prevalencës. Megjithatë, është e qartë se gabimet e mjekimit mund të ndodhin në një sërë fazash të ndryshme të procesit të përshkrimit dhe përdorimit të ilaçeve. Megjithëse gabimet serioze janë relativisht të rralla, numri absolut është i konsiderueshëm, me potencial për pasoja të konsiderueshme negative shëndetësore. Një numër faktorësh mund të kontribuojnë në ndodhjen e gabimeve në kujdesin parësor, duke përfshirë ata që kanë të bëjnë me profesionistët e kujdesit shëndetësor, pacientin, mjedisin e punës, ilaçet, detyrat dhe sistemet e kompjuterizuara të informacionit. Kjo paraqet një sërë mundësish për ndërhyrje. Për sa i përket uljes së shkallës së gabimeve, ato të ofruara nga farmacistët klinikë janë mundësi premtuese.

Shërbimet e kujdesit parësor janë në qendër të kujdesit shëndetësor në shumë shtete të ndryshme.

Ato ofrojnë një pikë hyrjeje në sistemin shëndetësor dhe ndikojnë drejtpërdrejt në mirëqenien e njerëzve dhe përdorimin e burimeve të tjera të kujdesit shëndetësor. Kujdesi parësor i pasigurt ose joefektiv mund të rrisë sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e parandalueshme dhe mund të çojë në përdorimin e panevojshëm të burimeve të pakta dhe të specializuara spitalore.

Kështu, përmirësimi i sigurisë në kujdesin parësor është thelbësor kur përpiqemi të sigurojmë mbulim shëndetësor universal dhe qëndrueshmëri të kujdesit shëndetësor. Kujdesi parësor më i sigurt është thelbësor për të siguruar jetë të shëndetshme dhe për të promovuar mirëqenien për të gjithë individët në çdo moshë. Të kuptuarit e madhësisë dhe natyrës së dëmit në kujdesin parësor është i rëndësishëm sepse një pjesë e konsiderueshme e kujdesit shëndetësor ofrohet në këtë mjedis dhe ende ka paqartësi në lidhje me mënyrat më efektive për të adresuar çështjet e sigurisë në këtë nivel.

Ekzistojnë monografi të OBSH të cilat përmbledhin dëshmitë dhe përvojën për të kuptuar dhe trajtuar gabimet e mjekimit në mënyrë që të përmirësohet siguria e pacientit në kujdesin parësor.

Më poshtë janë paraqitur pikat kryesore të përmbledhura nga të gjitha monografitë e OBSH të cilat janë vlerësuar të kenë ndikimin më të madh në përmirësimin e sigurisë dhe reduktimin e gabimeve të mjekimit në kujdesin parësor.

### ***1. Përcaktimi i prioriteteve lokale***

Shtete dhe rajonet ndryshojnë dhe një strategji që funksionon mirë në një shtet mund të mos përshtatet mirë në një tjetër. Në mënyrë të ngjashme, çështjet që kanë nevojë për përmirësim në disa rajone mund të mos jenë prioritet për të tjerët. Në përpjekje për të përmirësuar sigurinë në kujdesin parësor, shtete të ndryshme mund të përdorin informacionin lokal në lidhje me çështjet e tyre të sigurisë për të identifikuar prioritetet kryesore në nivel kombëtar ose rajonal. Përcaktimi i prioriteteve mund të realizohet duke tërhequr të dhëna nga pacientët dhe profesionistët, duke marrë statistika lokale mbi çështjet e sigurisë dhe duke krahasuar temat kryesore nga literatura me rrethanat lokale.

Listat kontrolluese janë gjithashtu të disponueshme për të ndihmuar në identifikimin e çështjeve të mundshme të sigurisë së pacientit, të tilla si rreziqet mjedisore në shërbimet e kujdesit parësor.

Një mënyrë praktike për të ecur përpara është krijimi i mekanizmave për organizimin e palëve kyçe të interesit për të marrë në konsideratë informacionin lokal të disponueshëm dhe për të zhvilluar plane strategjike dhe operacionale për përmirësimin e sigurisë në kujdesin parësor. Komunikimi i gjerë i prioriteteve të propozuara dhe ndryshimi i tyre bazuar në reagimet nga profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe pacientët do të ndihmonin për të rritur ndërgjegjësimin për rëndësinë e përmirësimit të sigurisë së pacientit në kujdesin parësor. Mund të merret parasysh matja e rregullt e treguesve të performancës lidhur me sigurinë si një nga prioritetet. Individët që hartojnë ligjet dhe janë në krye të politikës mund të përdorin matjet për të ndihmuar në identifikimin e çështjeve lokale ku performanca nuk është optimale dhe më pas të vlerësojnë lloje të ndryshme ndërhyrjesh për përmirësime. Prioritetet mund të rishikohen çdo disa vjet për të siguruar që ato të mbeten në përputhje me nevojat dhe praktikatat e mira lokale.

### ***2. Marrja në konsideratë e përdorimit më të gjerë të sistemeve për përmirësimin e sigurisë***

Përqendrimi në përmirësimin e vetëm një faktori mund të mos ketë një ndikim të madh ose të qëndrueshëm në sigurinë e pacientit në përgjithësi. Mund të jetë e rëndësishme që njëkohësisht të përmirësohet komunikimi me pacientët, të trajnohen profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe të futen mjete të reja për të mbështetur një kujdes më të efektshëm. Marrja e një qasjeje sistematike për kujdesin

parësor më të sigurt do të thotë të shikosh se si përbërësit e ndryshëm lidhen me njëri-tjetrin dhe të konsiderosh faktorë të ndryshëm që mund të ndikojë në siguri.

Këtu përfshihen faktorë të tillë si disponueshmëria dhe aftësia e fuqisë punëtore. Një iniciativë praktike e nivelit të sistemeve është fokusimi në rritjen e komunikimit dhe koordinimit ndërmjet llojeve të ndryshme të kujdesit, duke përfshirë kujdesin parësor, dytësor dhe gjithashtu atë social.

Kjo mund të përfshijë forcimin e sistemeve teknike për ndarjen e të dhënave dhe komunikimin e asaj që po ndodh. Është gjithashtu e rëndësishme të ndërtohen marrëdhënie të duhura midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Në një nivel politikash, kjo mund të përfshijë marrjen në konsideratë të mënyrës se si të zhvillohet infrastruktura mbështetëse, si p.sh. të kesh një drejtor shërbimesh për të ndihmuar në ndërtimin e rrjeteve të profesionistëve dhe të harmonizimit të burimeve. Nëse profesionistët e spitalit, kujdesit parësor dhe të kujdesit social janë në gjendje të takohen dhe të diskutojnë çështjet e sigurisë, kjo mund të nxisë marrëdhënie mbështetëse dhe të rrisë të kuptuarit e roleve të njëri-tjetrit.

### ***3. Komunikimi i rëndësishëm së sigurisë në kujdesin parësor***

Politikëbërësit, profesionistët e kujdesit shëndetësor, pacientët dhe familjarët e tyre mund të mos jenë gjithmonë të vetëdijshëm se ka çështje të rëndësishme sigurie që duhen marrë parasysh në kujdesin parësor. Rritja e ndërgjegjësimit për këtë si një fushë prioritare do të ndihmojë palët e interesuara të kuptojnë pse siguria në kujdesin parësor është thelbësore për të përmirësuar mirëqenien e njerëzve dhe për mbrojtjen e burimeve të pakta të kujdesit shëndetësor. Pasojat serioze për shkak të mungesës së sigurisë në kujdesin parësor, veçanërisht në lidhje me tranzicionin e dobët të kujdesit midis niveleve parësore dhe të tjera dhe gabimet administrative, diagnostikuese dhe mjekuese duhet të theksohen për të rritur ndërgjegjësimin për nevojën për të përmirësuar sigurinë e pacientit në kujdesin parësor.

Mënyrat praktike për të rritur ndërgjegjësimin përfshijnë përdorimin e informacionit të lidhur me sigurinë në trajnimin e profesionistëve shëndetësorë, komunikimin efektiv midis profesionistëve dhe pacientëve përmes rrugëve që do të ishin më të përshtatshmet për ta dhe përhapjen e mesazheve kryesore përmes fushatave mediatike. Një plan komunikimi mund të arrihet të zhvillohet së bashku me vendosjen e prioritetëve lokale të diskutuara më sipër.

### ***4. Fokusimi në ndërtimin e një mjedisi ku profesionistët dhe pacientët ndihen të aftë të flasin për çështjet e sigurisë për të cilat ata shqetësohen, pa frikë nga faji apo ndëshkimi.***

Udhëheqja efektive dhe kultura mbështetëse janë thelbësore për përmirësimin e sigurisë së kujdesit parësor. Kjo nënkupton krijimin e një mjedisi ku profesionistët dhe pacientët ndihen të aftë të flasin për çështjet e sigurisë për të cilat ata shqetësohen, pa frikë nga faji apo ndëshkimi. Kjo do të thotë të arrihet



promovimi i një mjedisi ku njerëzit duan të raportojnë rreziqet dhe incidentet e sigurisë në mënyrë që të mësojnë prej tyre dhe të zvogëlojnë përsëritjen e tyre, dhe ku incidentet shihen si të shkaktuara kryesisht nga dështimet e sistemit dhe jo nga individët.

Kjo përfshin gjithashtu rëndësinë e krijimit të mekanizmave të reagimit për të shpjeguar çdo përmirësim të realizuar pasi janë ngritur çështjet e sigurisë. Promovimi i transparencës është çelësi për ndërtimin e një kulture të fortë sigurie. Ekzistojnë një sërë mjetesh që përshkruajnë mënyra për të mbështetur zhvillimin dhe matjen e një kulture pozitive sigurie.

Hapat praktik që mund të ndërmerren për të forcuar kulturën e sigurisë përfshijnë: udhëheqjen e duhur, ku udhëheqësit e lartë menaxherialë dhe klinikë "e shikojnë vetë realitetin" (në këtë rast, drejtuesit vizitojnë klinikat dhe flasin vetë me stafin dhe pacientët për atë që funksionon mirë dhe jo aq mirë); realizimi i mbledhjeve midis ekipit për të biseduar mbi historinë e një pacienti. Raste të tilla mund të kenë nevojën të përshtaten në klinikat më të vogla të kujdesit parësor. Pavarësisht nga cdo metodë specifike e realizuar, fokusi duhet të jetë në rritjen e ndërgjegjësimit, inkurajimin e diskutimeve për sigurinë dhe marrjen e veprimeve konkrete pasuese për të ndërtuar një kulturë sigurie.

### ***5. Forcimi i mënyrave të matjes dhe monitorimit të sigurisë së pacientit***

Është e rëndësishme të maten dhe të monitorohen përmirësimet e sigurisë së pacientit me kalimin e kohës. Kjo mund të përfshijë përcaktimin e qartë të incidenteve dhe treguesve të sigurisë së pacientit që do të maten çdo vit, ngritjen e sistemeve kombëtare ose lokale të raportimit të incidenteve ku të dhënat përpilohen rregullisht, ose përdorimin e mjeteve për të vlerësuar përvojat e pacientit dhe përmirësimin e sigurisë së tij.

Përdorimi i listave kontrolluese në praktikat individuale mund të përmirësojë cilësinë e kujdesit dhe të veprojë si një formë e strukturuar e mbajtjes së të dhënave.

Ekzistojnë një numër shembujsh të listave kontrolluese për të përmirësuar monitorimin e sigurisë . Cilësia e të dhënave është thelbësore për matjen e përmirësimeve në sigurinë e pacientit. Nëse nuk mbahen të dhëna të sakta dhe gjithëpërfshirëse mjekësore, atëherë ka më shumë gjasa të ndodhin gabime. Ndërsa sistemet shëndetësore zhvillohen, proceset e qeverisjes klinike priren të forcohen. Kjo përfshin rritjen e ekzistencës së proceseve për menaxhimin e rreziqeve dhe identifikimin e strategjive për përmirësim.

Një numër mjetesh janë në dispozicion nga OBSH për të matur dhe monitoruar aspekte të ndryshme të sigurisë në kujdesin parësor dhe shtete të ndryshme mund të shqyrtojnë atë që është aktualisht në dispozicion dhe materialet të përshtaten bazuar në prioritetet lokale.

## ***6. Forcimi i përdorimit të mjeteve elektronike***

Miratimi i mjeteve elektronike mund të ndihmojë në përmirësimin e sigurisë në shumë mënyra. Disa shembuj për këtë rast përmendim: përdorimin e të dhënave elektronike shëndetësore për të dhëna më të sakta dhe më të plota të pacientëve; ndarjen në kohë të dhënave shëndetësore; mbështetjen e diagnostikimit, monitorimit dhe menaxhimit të sëmundjeve; reduktimin e rrezikut për shëndetin si dhe fuqizimin dhe angazhimin e pacientëve dhe familjarëve në kujdesin e tyre. Mjetet elektronik mund të ndihmojë në strukturimin e komunikimit ndërmjet profesionistëve në një mënyrë që redukton gabimet dhe përmirëson koordinimin. Mund të reduktojë konsultimet dhe shtrimet e panevojshme në spital dhe të përmirësojë aksesin në njohuri për kushtet shëndetësore dhe menaxhimin e tyre si për profesionistët ashtu edhe për pacientët. Megjithatë, për të arritur potencialin e tyre të plotë, mjetet elektronike duhet të integrohen me pjesë të tjera të ofrimit të shërbimeve dhe të përshtaten me kontekstin lokal. Kërkohe kohë dhe burime për të zbatuar mjetet elektronike dhe gjithashtu kërkohe kapaciteti për t'i përdorur dhe mirëmbajtur ato. Prandaj është e rëndësishme të jesh strategjik dhe të kuptosh themelet dhe dizajnin e sistemeve në mënyrë që të sigurohet kthimi më i mirë i investimit. Lidhja e zbatimit të mjeteve elektronike në mjediset lokale me strategjinë kombëtare të shëndetit elektronik është thelbësore pasi ajo siguron themelin, justifikimin dhe mbështetjen e nevojshme për të ecur përpara në një mënyrë të koordinuar. Pavarësisht nga statusi i sistemit shëndetësor, është e rëndësishme të forcohet përdorimi i sistemeve elektronike për të përmirësuar sigurinë e pacientit. Për disa shtete të BE kjo mund të përfshijë përdorimin e regjistrave elektronikë të shëndetit për të zëvendësuar informacionet në letër. Për të tjerë, mund të nënkuptojë të ketë sisteme elektronike të integruara midis kujdesit parësor dhe kujdesit spitalor ose të ndihmojë për ti bërë mjetet më të lehta për t'u përdorur nga profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe pacientët. Shtetet e ndryshme mund të përfitojnë nga mësimet e nxjerra nga të tjerët në lidhje me zbatimin e të dhënave elektronike të shëndetit, duke përfshirë sfidat me të cilat përballen dhe mënyrën se si ato janë kapërcyer, dhe cilat praktika më të mira mund të zbatohen për mjedisin e tyre.

## ***7. Përfshirja e pacientëve dhe anëtarëve të familjes***

Fuqizimi dhe inkurajimi i pacientëve për të folur, për shembull kur diçka nuk duket e drejtë ose kur një simptomë shpjegohet në mënyrë të pamjaftueshme, mund të jetë thelbësore për përmirësimin e sigurisë së pacientit. Anëtarët e familjes luajnë një rol kyç si avokatë dhe kujdestarë informalë dhe për këtë arsye mbështetja dhe edukimi i tyre mund të ndihmojë në përmirësimin e sigurisë. Angazhimi proaktiv i pacientëve dhe familjarëve mund të ndihmojë në përshpejtimin e zbatimit të iniciativave për sigurinë e kujdesit shëndetësor. Kur sistemet japin më shumë informacion ndaj pacientëve, kjo mund të

përmirësojë efikasitetin e sistemit dhe cilësinë e kujdesit. Janë vlerësuar një sërë mjedesh për të rritur përfshirjen dhe ndërgjegjësimin e pacientit dhe familjarëve, duke përfshirë ata me aftësi të kufizuara ose me nivel të ulët arsimor.

#### ***8. Forcimi i kapacitetit dhe aftësisë së fuqisë punëtore për të përmirësuar sigurinë***

Ekziston nevoja për të forcuar fuqinë punëtore të kujdesit parësor në shumë mjedise duke trajnuar një grup të madh punonjësish të përgjithshëm, duke përfshirë mjekët, infermierët etj. Forcimi i fuqisë punëtore përfshin gjithashtu fokusimin në rekrutimin, duke përfshirë marrjen e hapave për të përmirësuar gjendjen fizike që ndikon në sigurinë e punonjësve të kujdesit shëndetësor. Lodhja profesionale dhe stresi mund të ndikojnë negativisht në sigurinë e pacientit. Edukimi dhe trajnimi i profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të menaxhuar dhe minimizuar rreziqet dhe dëmet potenciale që mund të ndodhin në kujdesin parësor janë thelbësore për përmirësimin e sigurisë në të gjitha nivelet e kujdesit. Kjo përfshin ofrimin e trajnimeve që në nivelin studentor për sigurinë e pacientit (përfshirë studentët që mund të mos trajnohen për të punuar në kujdesin parësor për të siguruar kuptimin e rrugëve të ndryshme të kujdesit), edukimi multidisiplinor dhe ndërprofesional, si dhe zhvillimi i vazhdueshëm profesional. Materiale mbi kursin e trajnimit falas duhet të jenë në dispozicion për të ndihmuar në këtë çështje.

Si një hap i mëtejshëm, mund të merret parasysh që për rritjen e sigurisë dhe përmirësimin e cilësisë të bëhet një kërkesë për trajnimin e vazhdueshëm dhe licensimin profesional. Përveç arsimit formal, duhet të aplikohen dhe mënyra joformale për të ndërtuar kapacitetin e fuqisë punëtore shëndetësore për përmirësimin e sigurisë. Kjo mund të përfshijë organizimin e takimeve rajonale dhe seancave diskutuese për të rishikuar incidentet e sigurisë së pacientit dhe fushat për përmirësim, si dhe organizimin e takimeve ndërmjet ekipeve të vogla të stafit mjekësor. Gjithashtu duhet t'i kushtohet vëmendje përfshirjes në përmirësimin e sigurisë dhe cilësisë nëpërmjet realizimit të trajnimeve të vazhdueshme dhe marrjes prej tyre dhe të një licence profesionale.

#### ***9. Përqendrimi tek ai grup që është në rrezik më të lartë ndaj incidenteve të sigurisë***

Disa njerëz janë në rrezik më të madh ndaj incidenteve të sigurisë në kujdesin parësor. Këtu përfshihen fëmijët, të moshuarit, ata që jetojnë në shtëpi të moshuarish dhe njerëzit që vuajnë nga disa sëmundje. Njerëzit me probleme të njëkohshme të shëndetit mendor dhe shëndetit fizik janë gjithashtu në rrezik të shtuar ndaj incidenteve të sigurisë. Përqendrimi në grupet me rrezik më të lartë mund të përmirësojë cilësinë dhe sigurinë e kujdesit duke ofruar kujdes më të personalizuar. Për shembull, angazhimi nga ana

e profesionistëve në mënyrën se si duhet të identifikohet dhe trajtohet depresioni mund të ndikojë duke pasur parasysh prevalencën e lartë të ngjarjeve të padëshiruara midis atyre me probleme të kombinuara të shëndetit mendor dhe fizik. Në të gjithë botën, shumica e sistemeve nuk janë krijuar për t'u kujdesur për njerëzit me kushte të shumëfishta shëndetësore. Sistemet mund të kenë nevojë të fokusohen më shumë në atë që mund të bëhet për të përmirësuar kujdesin për njerëzit me kushte të shumta, duke përfshirë nëse ndërhyrjet sociale do të ishin më të vlefshme sesa rritja e mjekimit. Një numër udhëzimesh dhe mjetesh sugjerojnë hapa praktik për të mbështetur më mirë njerëzit me rrezik më të lartë të incidenteve të sigurisë.

#### ***10. Arritja e objektivave dhe përcjellja e tyre te të tjerët***

Ekipe lokale, rajonet dhe shtetet duhet të festojnë sukseset e tyre dhe të ndajnë eksperiencën e tyre me të tjerët. Dëgjimi i sukseseve të një pale, mund të nxisë ide te grupe të tjera profesionistësh dhe të ndihmojë për të vazhduar vrullin drejt një kujdesi parësor më të sigurt. Huluntimi i vazhdueshëm luan një rol kyç në identifikimin e asaj që funksionon më mirë për të përmirësuar sigurinë dhe si të zbatohen praktikatat më të mira dhe historitë e suksesit në mjediset të ndryshme të kujdesit. Megjithëse janë mbledhur një gamë e gjerë provash dhe ekspertizash, gjithashtu janë nxjerrë në pah një sërë boshllëqesh rreth asaj që funksionon më mirë për të përmirësuar sigurinë e pacientit në kontekstin e kujdesit parësor. Duke vazhduar promovimin e të mësuarit përmes kërkimit, publikimit dhe shpërndarjes së informacionit, shtetet e BE mund të kontribuojnë në rritjen e njohurive në këtë fushë

#### ***11. Edukimi i ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe pacientëve***

-Edukimi i ofruesve të kujdesit parësor për shkaqet e zakonshme të gabimeve të mjekimit është thelbësor për reduktimin e gabimeve të mjekimit

-Sigurimi i mjeteve të thjeshta për të ndihmuar ofruesit e kujdesit parësor në procesin e sigurt të përshkrimit dhe përdorimit të barnave është gjithashtu thelbësor për reduktimin e gabimeve të mjekimit

#### ***12. Zbatimi i rishikimeve të mjekimit***

-Sigurimi që farmacistët të rishikojnë në mënyrë aktive recetat ndikon në reduktimin e gabimeve të mjekimit

#### ***13. Dhënia prioritet e disa rasteve të caktuara***

Rastet më poshtë duhet të konsiderohen të rëndësishme në reduktimin e gabimeve të mjekimit:

- Përdorimi i synuar i injeksioneve si burim kryesor i gabimeve;
- Ndërhyrjet e synuara në lidhje me kujdesin ndaj fëmijëve dhe të moshuarve;
- Zbatimi i ndërhyrjeve ku përfshihen shumë komponentë si niveli i arsimit, informatika shëndetësore, rishikimet e mjekimeve dhe përfshirja e farmacistëve të komunitetit;
- Konsiderimi i klinikave të specializuara ambulatorë për dhënien e recetave të medikamenteve të zgjedhura që kërkojnë monitorim rutinë, si p.sh. warfarin;
- Kryerja e kërkimeve të mëtejshme mbi gabimet e mjekimit për të kuptuar më mirë shkaqet, për të gjeneruar prova për ndërhyrjet që ndikojnë në rezultate negative dhe për të ndihmuar në kapërcimin e boshllëqeve të njohurive në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme për përdorimin e injeksioneve dhe kujdesi përkundrejt popullatës pediatrike.

### **Reduktimi i gabimeve të mjekimit në kujdesin spitalor**

Është e rëndësishme që të gjithë infermierët të njihen me strategji të ndryshme për të parandaluar ose zvogëluar gjasat e gabimeve të mjekimit. Më poshtë janë dhënë disa strategji për këtë grup profesionistësh:

#### ***1. Sigurimi i pesë të drejtave të administrimit të barnave***

Infermierët duhet të sigurojnë që politikat institucionale në lidhje me transkriptimin e barnave të ndiqen. Nuk është adekuate për të transkriptuar mjekimin siç është përshkruar, por për t'u siguruar që mjekimi i duhur të përshkruhet për pacientin e duhur, në dozën e duhur, nëpërmjet rrugës së duhur dhe në kohën e duhur (të njohura edhe si pesë të drejtat).

#### ***2. Ndiqni procedurat e duhura të organizimit të barnave***

Institucionet duhet të kenë mekanizma për organizimin e barnave kur transferojnë një pacient nga një institucion në tjetrin ose nga një njësi në tjetrën në të njëjtin institucion. Infermieri duhet të rishikojë dhe verifikojë çdo medikament për pacientin e duhur, mjekimin e saktë, dozën e saktë, rrugën e saktë dhe kohën e saktë kundrejt urdhrave të transferimit ose medikamenteve të listuara në dokumentet e transferimit.

#### ***3. Procedurat e kontrollit të dyfishtë ose edhe të kontrollit të trefishtë***

Ky është një proces ku një infermiere tjetër në të njëjtin turn ose një turn tjetër vjen dhe rishikon të gjitha porositë e reja për të siguruar që porosia e secilit pacient të shënohet dhe të transkribohet saktë

me urdhër të mjekut dhe të dhënat e kartelës. Disa institucione kanë një proces të shënimit të grafikut për të nxjerrë në pah grafikët me porosi të reja që kërkojnë verifikimin e porosisë.

#### ***4. Lejoni mjekun (ose një infermiere tjetër) të lexojë përsëri udhezimet, për të hequr dyshimet***

Ky është një proces ku një infermiere i lexon një urdhër mjekut që jep recetën për të siguruar që medikamenti i porositur është transkriptuar saktë. Ky proces mund të kryhet gjithashtu nga një infermiere te tjetra, ku një infermiere lexon një urdhër të transkriptuar në formularin e porosisë së mjekut tek një infermiere tjetër ndërsa kartela rishikohet për të siguruar saktësinë.

#### ***5. Konsideroni përdorimin e një alarmi mbi emra të përtafërt***

Disa institucione përdorin sinjalizimet e emrave për të parandaluar emrat e pacientëve që tingëllojnë të ngjashëm nga përzjerja e mundshme e ilaçeve. Emra të përtafërt mund të çojnë në konfuzion të lehtë nga ana e stafit infermieror, kështu që për këtë arsye sinjalizimet e emrave mund të parandalojnë gabimet e mjekimit.

#### ***6. Marrja parasysh e zeros para presjes dhjetore***

Një dozë prej 0.25 mg mund të interpretohet lehtësisht si 25 mg pa zeron përpara pikës dhjetore, dhe kjo mund të rezultojë në një rezultat negativ për një pacient.

#### ***7. Dokumentoni gjithçka***

Kjo përfshin etiketimin e duhur të barnave, dokumentacionin e lexueshëm ose regjistrimin e duhur të ilaçeve të administruara. Mungesa e dokumentacionit të duhur për çdo mjekim mund të rezultojë në një gabim. Për shembull, një infermiere që harron të dokumentojë një mjekim sipas nevojës mund të rezultojë në administrimin e një doze tjetër nga një infermiere tjetër pasi nuk ekziston asnjë dokumentacion që tregon administrimin e mëparshëm. Leximi i etiketës së recetës dhe datës së skadencës së ilaçit është gjithashtu një tjetër praktikë më e mirë. Një mjekim i saktë mund të ketë një etiketë të pasaktë ose anasjelltas dhe kjo gjithashtu mund të çojë në një gabim mjekësor.

#### ***8. Siguroni ruajtjen e duhur të barnave për një efikasitet të duhur***

Medikamentet që duhet të ruhen në frigorifer duhet të mbahen në frigorifer për të ruajtur efikasitetin, dhe në mënyrë të ngjashme, medikamentet që duhet të mbahen në temperaturën e dhomës duhet të ruhen në këtë temperaturë për të njëjtën arsye. Shumica e produkteve biologjike kërkojnë të ruhen në frigorifer

dhe nëse përdoret një shishkë me shumë doza, ajo duhet të etiketohet për t'u siguruar që nuk përdoret përtej datës së skadencës nga data e hapjes.

#### **9. Mësoni politikat, rregulloret dhe udhëzimet për administrimin e ilaçeve të institucionit tuaj**

Në mënyrë që infermierët të ndjekin politikën e mjekimit të një institucioni, ata duhet të familjarizohen me rregulloret përkatëse. Këtu hyn në lojë edukimi, ku personi përgjegjës edukon infermierët mbi përmbajtjen e politikës së tyre të mjekimit. Këto politika shpesh përmbajnë informacion jetik në lidhje me praktikatat e institucionit për porositjen e barnave, transkriptimin, administrimin dhe dokumentacionin. Infermieret gjithashtu mund të familjarizohen me udhëzime të tilla si lista e barnave, etiketat paralajmëruese të kutisë së zezë dhe listat e barnave që ngjajnë/tingëllojnë njësoj.

#### **10. Konsideroni të keni gjithmonë në dispozicion një udhëzues barnash**

Nëse ky udhëzues është i shtypur apo elektronik, kjo është një çështje e preferencës personale (ose institucionale), por të dyja format janë njësoj të vlefshme në ofrimin e informacionit të rëndësishëm për shumicën e kategorive të barnave, duke përfshirë: emrat tregtarë dhe xhenerikë, klasën terapeutike, ndërveprimet midis barnave, dozimin, efekte anësore/reaksione të padëshiruara dhe paralajmërime të barnave të tilla si "mos e shtypni ose mos e jepni së bashku me ushqimin".

Përdorimi i ndonjë ose të gjitha strategjive të mësipërme mund të ndihmojë në parandalimin ose reduktimin e gabimeve të mjekimit. Infermieret duhet të kujtojnë gjithmonë se një gabim mjekimi mund të çojë në një përfundim fatal për pacientin.

## **Tema 6**

### **Metodat e vlerësimit të gabimeve mjekësore në procesin e mjekimit**

Ngjarjet e padëshiruara që lidhen me barnat (ADE) dhe gabimet mjekësore (ME) janë bashkëshoqëruese të gjithë procesit të mjekimi. Këto së bashku përmbledhen në një koncept më të zgjeruar që njihet si: Probleme që lidhen me barnat (Drug Related Problems/DRP). DRP-të mund të ndikojnë fuqishëm në rezultatet e dëshiruara të farmakoterapisë dhe në përmirësimin e shëndetit të pacientëve.

Llogaritja e gabimeve mjekësore është e vështirë të realizohet në praktikë, pasi bazohet mbi probabilitetin që gabimi të shkaktojë një ngjarje të padëshiruar e cila të identifikohet si e tillë. Vlerësimi i gabimeve është i kufizuar, por dy janë metodat kryesore të vlerësimit të gabimeve mjekësore në procesin e mjekimit dhe probabilitetit për të shkaktuar një efekt të padëshirueshëm, Algoritmi Naranzho dhe Algoritmi Xhons.

#### ***Algoritmi Naranzho***

Ky algoritëm u zhvillua për të ndihmuar në identifikimin dhe standardizimin e vlerësimit të mundësive për të ndodhur ose jo reaksionet e padëshiruara të barnave. Ai përbëhet nga 10 pyetje të cilave u jepet përgjigje me —Pol, —Joll ose "Nuk e di". Çdo përgjigjeje i jepen vlera të ndryshme pikësh (-1, 0, +1 ose +2) dhe shkalla totale e vlerësimit varion nga - 4 në +1.



Nr	Pyetjet	Përgjigjet		
		Po	Jo	Nuk e di
1	A ka raportime përfundimtare të mëparshme për këtë reaksion?	+1	0	0
2	A është shfaqur efekti i padëshiruar pas administrimit të barit të dyshuar?	+2	-1	0
3	A u përmirësua efekti i padëshiruar pas ndërprerjes së barit apo pas administrimit të një antagonisti specifik?	+1	0	0
4	A u rishfaq efekti i padëshiruar kur bari u administrua përsëri?	+2	-1	0
5	A mund të ketë shkaqe të tjera (përveç barit) që mund ta kenë shkaktuar këtë reaksion?	-1	+2	0
6	A u rishfaq reaksioni i padëshiruar kur u administrua placebo?	-1	+1	0
7	A u zbulua bari në gjak ose në lëngje të tjera të organizmit në përqendrime të njohura si toksike?	+1	0	0
8	A ishte reaksioni më i ashpër kur rritej doza apo më i lehtë kur ulej doza?	+1	0	0
9	A ka pasur pacienti një reaksion të ngjashëm ndaj këtij bari apo barnave të ngjashme me të në ndonjë ekspozim të mëparshëm?	+1	0	0
10	A u konfirmua efekti i padëshiruar nga ndonjë e dhënë objektive?	+1	0	0
		Pikët totale:		

Pikët totale	Interpretimi i pikëve
$\geq 9$	Ka ndodhur
5 - 8	Probabilitet për të ndodhur
1 - 4	I mundshëm
$\leq 0$	I dyshuar

**Tabela 3.** Algoritmi Naranzho (Naranjo Algorithm)

### ***Algoritmi Xhons (Jones Algorithm)***

Shërben për të vlerësuar probabilitetin për ndodhjen e reaksioneve të padëshiruara gjatë mjekimit si rezultat i ndërveprimit me barnat.

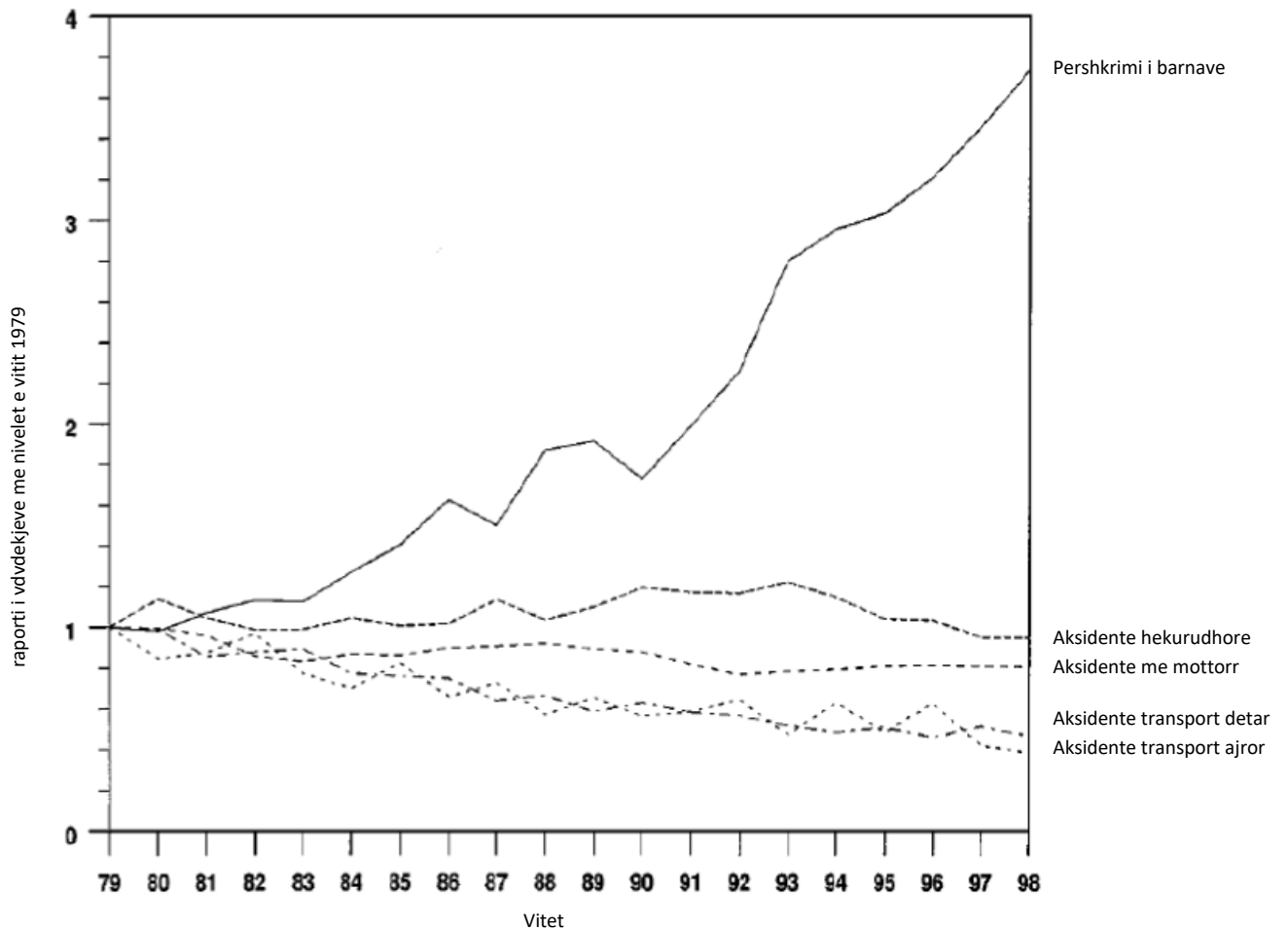
Ofrimi i një kujdesi mjekësor cilësor dhe minimizimi i gabimeve mjekësore është një nga sfidat e ofruesve të kujdesit shëndetësor, por rritja e sëmundshmërisë, marrja e shumë barnave njëherazi dhe nga ana tjetër, rritja e numrit të barnave në qarkullim, rrit rrezikun për gabime mjekësore. Ofruesit e kujdesit shëndetësor shpesh ndodhen nën tryzni të shtuar nga numri i madh i pacientëve që u duhet të trajtojnë, punojnë me orë të zgjatura, mund të bartin stres e lodhje, mund të kenë njohuri të pamjaftueshme dhe nuk arrijnë të parashikojnë një ngjarje të padëshiruar të barit. Ata rrallëherë rikontrollojnë përshkrimet me farmacistët për ndërveprime midis barnave dhe kështu rriten mundësitë për të ndodhur gabime mjekësore. Megjithëse nuk ka asnjë mënyrë të vetme për të eliminuar të gjitha gabimet mjekësore, punonjësit e kujdesit shëndetësor mund të zvogëlojnë gabimet duke u bërë më të kujdesshëm dhe duke bashkëpunuar ngushtë me njëri-tjetrin, por edhe me pacientët. Komunikimi i hapur dhe i drejtpërdrejtë është një mënyrë për të kapërcyer hendekun e sigurisë. Mjekët përshkruajnë barnat, farmacistët ekzekutojnë recetën, infermierët dhe pacientët i administrojnë ato. Përmirësimet në këtë zinxhir komunikimi do të ofrojnë kujdes më të mirë për pacientin, si rrjedhim ulje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Përdorimi i sistemeve elektronike të bashkërendimit, vlerësimi i hartimit të një programi elektronik të dhënash rreth emërtimeve të barnave, efekteve të tyre, dozimeve, mënyrës së administrimit, ndërveprimeve të mundshme etj, janë disa nga masat që mund të ndërmerren për të shmangur gabimet mjekësore, për të përmirësuar procesin e mjekimit, për të moslejuar dëmtimet e pacientëve, por edhe për të ulur kostot e trajtimit.

## Tema 7

### Gabimet mjekësore njerëzore që ndikojnë në sigurinë e pacientit. Kultura e sigorisë.

Ngjarjet e padëshiruara që lidhen me mjekimin konsiderohen si ngjarjet më të zakonshme në kujdesin shëndetësor në të gjithë botën. Në figurën e mëposhtme paraqiten në mënyrë grafike rritja dramatike e vdekjeve nga gabimet e lidhura me barnat me receta gjatë një periudhe 20-vjeçare në SHBA. Si shikohet dhe nga grafiku mortaliteti që rezulton nga mënyrat e zakonshme të transportit, të tilla si automjeti, transporti hekurudhor, ajror dhe ujor është shumë i ulët se mortaliteti që rezulton nga gabimet e lidhura me barnat me receta.



**Grafiku 1.** Rritja dramatike e vdekjeve nga gabimet e lidhura me barnat me receta gjatë një periudhe 20-vjeçare

Një qasje e sistemeve është thelbësore për të menaxhuar gabimet në kujdesin shëndetësor. Kur ndodh një gabim, fokusi duhet të përqendrohet më shumë në arsyen pse mbrojtjet dështuan se sa në faktin se kush e bëri gabimin.

Një strategji efektive e gabimit dhe menaxhimit të rrezikut mbështetet në një kulturë të patëmetë dhe të mësuarit nga gabimet dhe gabimet e afërta.

Organizatave shëndetësore duhet të identifikojnë gabimet dhe gabimet e afërta, të vlerësojnë shkaqet dhe faktorët kontribues dhe të marrin masa për të përmirësuar sigurinë e pacientit dhe barnave.

Farmacistët janë në një pozicion kyç për të marrë drejtimin në lidhje me sigurinë e barnave si pjesë e sigurisë së pacientit.

Për të qenë të suksesshëm, tre pikat kryesore që farmacistët duhet të kenë parasysh në lidhje me sigurinë e pacientit dhe barnave në praktikën klinike janë:

- **Menaxhimi i rrezikut:** Aktivitetet ose masat e marra nga një individ ose një organizatë e kujdesit shëndetësor për monitorim në mënyrë që të parandalohen, korrigjohen ose zbuten veprime që ndikojnë negativisht në sigurinë reale ose potenciale (të pacientit).
- **Kultura e sigurisë:** Një model i integruar i sjelljes individuale dhe organizative, bazuar në besime dhe vlera të përbashkëta, që vazhdimisht kërkon të minimizojë dëmtimin e pacientit gjatë procesit të përkujdesjes.
- **Qasja e sistemeve:** Një qasje ndaj sigurisë që thotë se gabimet janë përgjithësisht pasoja të faktorëve sistemikë, p.sh., dobësitë në proceset organizative. Ndërtimi i mbrojtjes së sistemit për të zvogëluar dhe parandaluar gabimet është metode e përmirësimit të sigurisë në një qasje të sistemeve.

### ***Teoria e gabimeve njerëzore si një kornizë teorike në menaxhimin e rrezikut***

Teoria e gabimit njerëzor është përdorur gjerësisht si një kornizë teorike në sistemin e bazuar në sigurinë e pacientit dhe barnave.

Për të menaxhuar gabimet dhe rreziqet në sistemin e kujdesit shëndetësor, psikologu James Reason ka shpjeguar sfidën e gabimit njerëzor duke u bazuar te personi dhe sistemi.

Teoria e tij bazohet në vëzhgime dhe kërkime mbi karakteristikat kulturore të organizatave me besueshmëri të lartë, dmth. sistemet që veprojnë në kushte të rrezikshme, por që përjetojnë më pak ngjarje të padëshirueshme dhe një mungesë pothuajse të plotë të dështimeve katastrofike, Tradicionalisht, qasja e personit ndaj gabimit njerëzor ka qenë një qasje dominuese në kujdesin

shëndetësor. Ajo përqendrohet në veprime të pasigurta, gabime dhe shkelje proceduriale nga profesionistët në vijën e frontit.

Në këtë qasje, praktikuesit individualë të kujdesit shëndetësor (p.sh., mjekët, infermierët, farmacistët) fajësohen për gabime kryesisht për shkak të sjelljeve njerëzore të tilla si harresa, mosvëmendja, motivimi i dobët ose paaftësia.

Sidoqoftë, shumica e veprimeve të pasigurta nuk janë të qëllimshme. Shpeshherë injorohen rrethanat ku njerëzit punojnë, gjë që mund të çojë në rezultate të ngjashme dhe përsëritje të gabimeve pavarësisht nga personat e përfshirë.

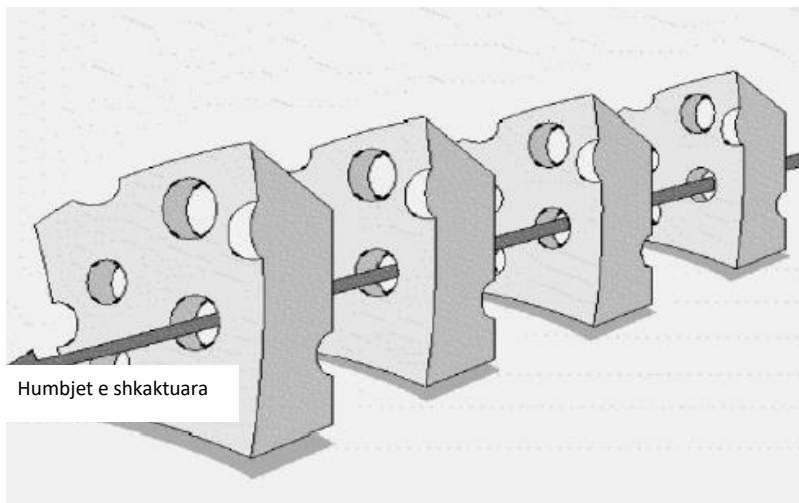
Baza e një qasjeje sistematike është premisa që njerëzit janë të gabueshëm dhe gabimet priten edhe në organizatat më të mira me njerëzit më profesionalë. Për të përmirësuar sigurinë e pacientit, gabimet nuk duhet të analizohen si shkaqe të veprimeve, por si pasoja e një sërë faktorësh sistemikë.

Për shkak se nuk mund të presim një performancë të përsosur njerëzore, kushtet në të cilat punojnë profesionistët e shëndetit duhet të ndryshohen për të minimizuar ose shmangur gabimet. Një strategji efektive e menaxhimit të gabimeve mbështetet në një kulturë të patëmetë të raportimit dhe të mësuarit nga analiza e gabimeve.

Masat mbrojtëse që merren për parandalimin e gabimeve mund të ndërtohen (p.sh., alarme, pengesa fizike, mbyllje automatike, kontroll dhe kontroll i dyfishtë), në varësi të njerëzve dhe aftësive të tyre ose në varësi të procedurave dhe kontrolleve administrative (p.sh., proceset e sigurimit të cilësisë).

Sidoqoftë, këto masa mbrojtëse mund të kenë edhe të meta.

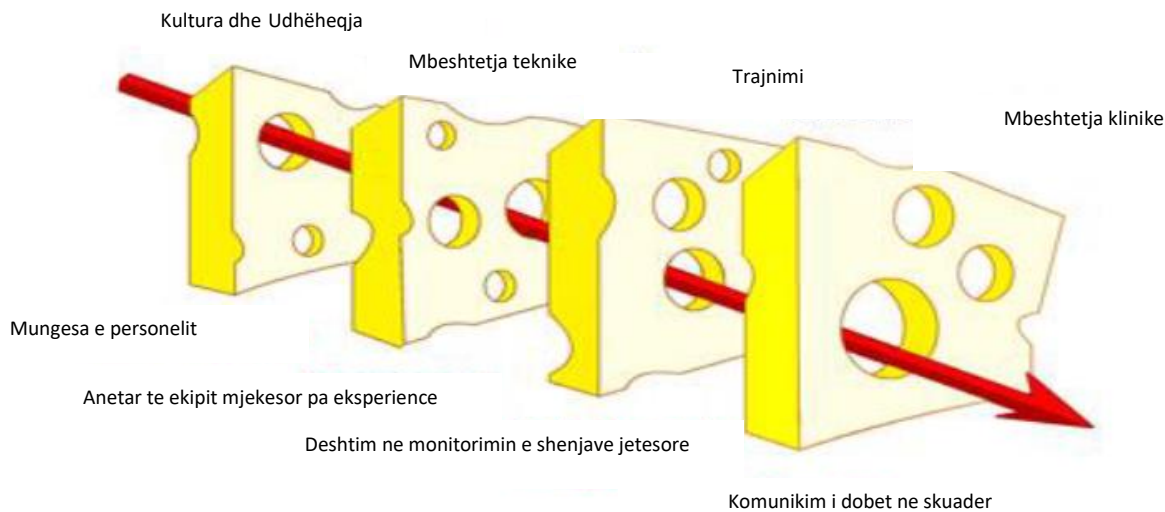
Modeli i 'aksidentëve në sistem' në mjekësi është përshkruar si modeli i "Djathit Zvicëran"(Paraqitur në figurën e mëposhtme).



Rreziqet

**Figura 3.** Modeli i "Djathit Zviceran"

Mbrojtjet ilustrohen si feta të djathit Zviceran. Gabimet dhe mungesat pranë ndodhin kur vrimat në shumë shtresa rreshtohen në një moment të caktuar dhe lejojnë kalimin e një gabimi nëpër hapa të ndryshëm të procesit. Ilustruar në figurën e mëposhtme.



**Figura 4.** Modeli i "Djathit Zviceran"/ ilustrim

Për të ilustruar në praktikë janë dhënë disa raste konkrete mjekesore si më poshtë:

**Rasti 1. Përshkrimi i rastit të një gabimi fatal të lidhur me barnat për shkak të mbidozës së Metotreksatit.**

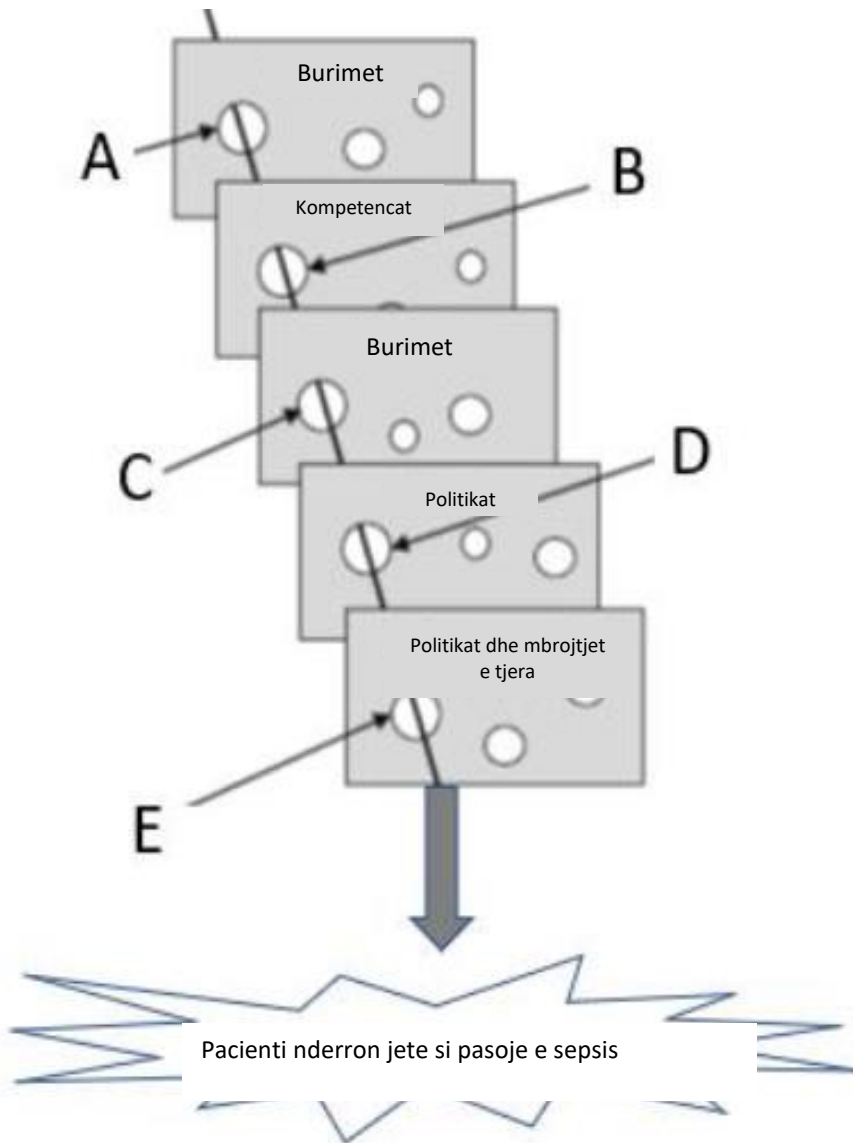
Një paciente 86-vjeçare femër u pranua në një spital në Finlandë për shkak të një embolie pulmonare. Medikamentet filluan menjëherë. Sipas mjekut referues, pacienti ishte nën trajtim për artritin reumatoid dhe po përdorte Metotreksat 5mg i marrë ditën e Martë.

Sidoqoftë, dozimi u transkriptua si 5 mg në mbrëmje dhe u regjistrua në tabelën e barnave të pacientit.

Pacientja filloi të shërohej nga embolia pulmonare, megjithatë, pas një jave të pranimit në spital, gjendja e saj u përkeqësua. Mjekët dyshuan për një infeksion, por në vend të kësaj ata diagnostikuan anemi dhe neutropeni. Ky zbulim çoi në kontrollimin e tabelës së barnave të pacientit pas 12 ditësh qëndrimi në spital. Personeli i kujdesit shëndetësor zbuloi se 5 mg metotreksat i ishin administruar pacientit çdo ditë, megjithëse doza e saktë duhej të ishte 5 mg një herë në javë. Pavarësisht përpjekjeve për të shpëtuar pacienten, ajo vdiq nga sepsis pas 20 ditësh në spital.

Ky rast është përshkruar më poshtë duke pasur parasysh modelin e djathit zviceran (Figura 3 dhe 4)

Rreziku: Barnat me një dozim të vecantë →Metotreksat 5mg i marrë ditën e Martë →fillimi i terapisë Metotreksat 5mg i dozuar në mbrëmje në departamentin e urgjencës



**Figura 5.**

A: Mjeku nuk e kontrollloi mjekimin pas fillimit të terapisë për shkak të ngutjes si pasojë e një radhe të gjatë të pacientëve që prisnin për kurim.

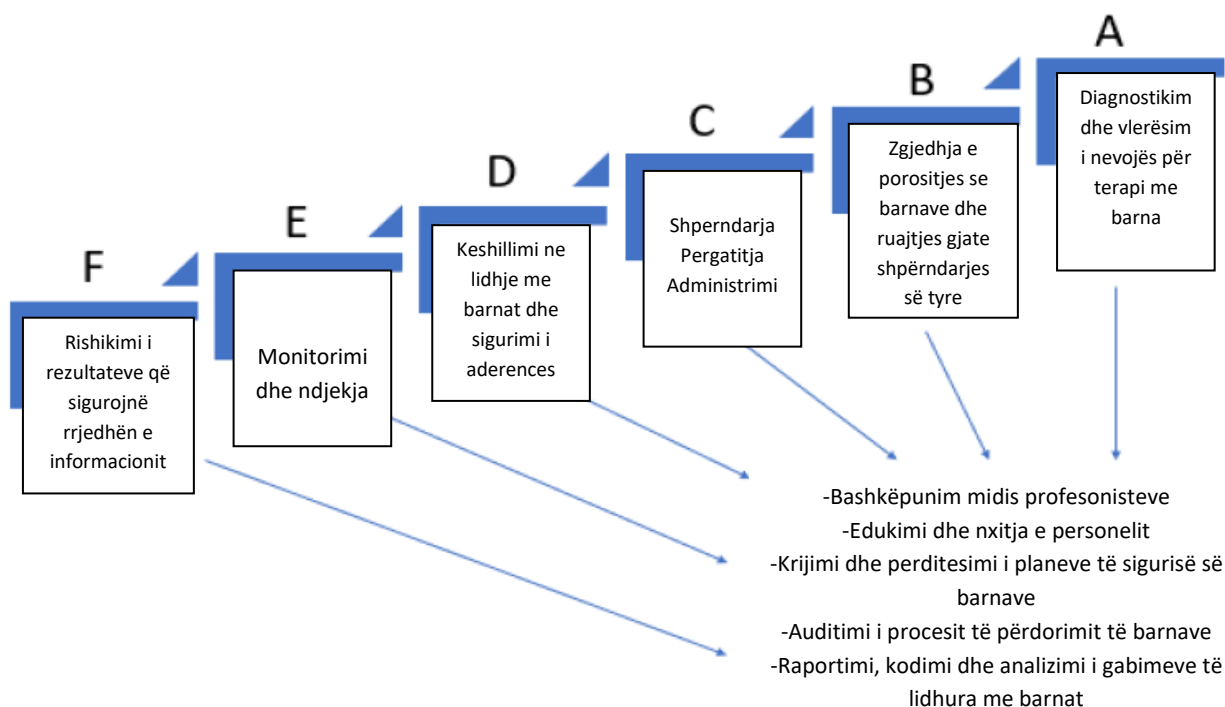
B: Pacienti u transferua në një pavion të spitalit ku nuk kishte përvojë me barna të tilla metotreksat.

C: Një mjek zëvendësues kontrollloi pacientët ditën në vijim. Ky mjek nuk i njohte plotësisht pacientët. Në këtë pavion kishte shumë pacientë dhe mjeku nuk e vuri re gabimin.



D: Të nesërmen, mjeku i lagjes deklaroi se pacienti kishte filluar të shërohej. Mjeku i lagjes i besoi listës së barnave "të kontrolluar" nga mjeku zëvendësues duke qenë se gjendja e pacientit ishte më e mirë.

E: Gabimi i mjekimit nuk u vu re deri në 12 ditë më vonë pasi gjendja e pacientit u përkeqësua. Më poshtë paraqitet në mënyrë grafike se si do ndikonte roli i një farmacisti spitali në rastin e mësipërm dhe bashkëpunimi i tij me profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor.



**Figura 6.**

- A: Rishikimi i barnave, marrja pjesë në disa etapa mjekësore
- B: Detyrat logjistike, p.sh., kontrolli i stokut në dispozicion duke përdorur sisteme të automatizuar të shpërndarjes
- C: Krijimi i udhëzimeve, sigurimi i informacionit për ilaçet, rishikimet e ilaçeve
- D: Dhënia e informacionit pacientit në lidhje me ilaçet
- E: Dhënia e informacionit pacientit në lidhje me ilaçet, monitorimi terapeutik, rishikimet e ilaçeve
- F: Rishikimet e ilaçeve, zhvillimi i procesit të përdorimit të ilaçeve

**Rasti 2. Përshkrimi i rastit të marrjes së formës së gabuar të asparaginazës në trajtimin e leuçemisë limfoblastike akute (ALL) në Holandë:**

Për trajtimin e ALL-it tek fëmijët, onkologët peditër Holandezë përdorin protokollin ALL 10 të Grupit Holandez Peditrik. Asparaginaza është një ilaç i përdorur në këtë gjendje të sëmundjes dhe vjen në formulime të ndryshme, secila me parametra të ndryshëm farmakokinetikë: asparaginaza e Escherichia coli, asparaginaza e Ervinia dhe asparaginaza e E. coli e pegiluar (PE asparaginaza). Një pacient tre vjeç me ALL, u trajtua gabimisht me E. coli asparaginase në vend të PE asparaginase. Si pasojë, pacienti u trajtua jo në mënyrën e duhur. Gabimi u ndreq dhe deri në fund të trajtimit pacienti ishte në gjendje të arrinte shërimin e plotë. Raporti i plotë i kësaj çështje identifikonte arsyet pse ishte bërë ky gabim dhe sugjeronte masa të mundshme parandaluese. Fatmirësisht ky rast ishte jo fatal për pacientin.