

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita a bezpečí při podávání léčivých přípravků v pobytovém sociálním
zařízení pro seniory

Kamila Klinerová

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kamila Klinerová**
Osobní číslo: **Z16176**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Kvalita a bezpečí při podávání léčivých přípravků
v pobytovém sociálním zařízení pro seniory**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

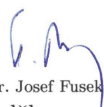
Seznam odborné literatury:

1. BRABCOVÁ, Iva. Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2016. ISBN 978-80-7394-604-3.
2. EYBL, Vladislav a Pavla ČERNÁ. Základy geriatrické farmakologie. Praha: Karolinum, 2008. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1438-0.
3. HOLMEROVÁ, Iva. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0.
4. MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
5. PROŠKOVÁ, Eva. Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze, 2014. ISBN 978-80-260-7414-4.
6. Resortní bezpečnostní cíle. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: ? 2010 MZČR, 2012 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-1837_15.html.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

Pardubice dne 24. 4. 2018

Kamila Klinerová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky, věcné poznámky a osobní konzultace, jež mi poskytovala v průběhu zpracování mé diplomové práce.

Velké poděkování náleží též celé mé rodině za jejich trpělivost a pochopení, jež mi prokazovali po celou dobu mého studia.

Kamila Klinerová, 2018

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá kvalitou a bezpečím při přípravě a podávání léčivých přípravků v pobytovém zařízení sociálních služeb. Jedná se o ad hoc šetření zaměřené na podmínky a nastavené procesy práce všeobecných sester při manipulaci s léčivými přípravky v konkrétním zařízení sociálních služeb. Analýzou interních směrnic, ošetrovatelské dokumentace a skrytým participantním pozorováním jsou objasňovány potenciální příčiny vedoucí k možným medikačním pochybením či nežádoucím událostem. K interpretaci dat je použita metoda Ishikawova diagramu příčin a důsledků. Práce si klade za cíl zmapovat rizikové oblasti nastavených procesů a navrhnout změny směřující k bezpečnější praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

pobytové sociální zařízení, senior, příprava a podávání léčivých přípravků, příčina, medikační pochybení

TITLE

Quality and safety during administration of medical products in a Nursing Home

ANNOTATION

Diploma thesis deals about quality and safety during preparation and serving medicinal products in a welfare service facility. It is about ad hoc research focused at conditions and setting up of working processes of general nurses. Analysis of internal directives, nursing documentation and hidden participants observation can solve potential causes that could result in possible medication malpractice or undesirable incidents. The Ishikawa diagrams of cause-and – effect are used to interpret the data. The diploma thesis goal is mapping of high-risk areas of settled processes and suggests changes that will result in more safe practice.

KEYWORDS

welfare service facility, elderly, preparation and serving medicinal products, cause, medication malpractice

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 CÍL PRÁCE.....	14
1.1 Cíl teoretické části.....	14
1.2 Cíl průzkumné části.....	14
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2.1 Sociální služby.....	15
2.1.1 Cílová skupina uživatelů sociálních služeb pro seniory.....	15
2.1.2 Dlouhodobá péče.....	16
2.1.3 Pobytová zařízení pro seniory.....	16
2.1.4 Zdravotní péče v pobytových sociálních zařízeních.....	18
2.2 Geriatrická farmakoterapie.....	21
2.2.1 Polypragmazie a lékové interakce.....	21
2.2.2 Specifika geriatrické farmakoterapie.....	22
2.2.3 Bezpečná preskripce u seniorů.....	23
2.3 Kvalita péče v sociálních službách.....	25
2.3.1 Řízení kvality dlouhodobé péče.....	25
2.3.2 Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.....	26
2.3.3 Medikační pochybení.....	29
2.4 Specifika podávání léčivých přípravků v pobytových zařízeních sociálních služeb.....	29
2.4.1 Autonomie při užívání léčivých přípravků v sociálních službách.....	30
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	33
3.1 Průzkumný design.....	33
3.1.1 Cíl práce.....	33
3.1.2 Metodika sběru dat.....	33
3.1.3 Místo sběru dat.....	35
3.1.4 Etické aspekty sběru dat.....	36

3.1.5	Metoda použité analýzy	36
3.2	Interpretace výsledků	39
3.2.1	Analýza dokumentů	39
3.2.2	Analýza zdravotní a ošetrovatelské dokumentace	45
3.2.3	Analýza podmínek a procesů	54
3.3	Souhrn výsledků	70
4	DISKUSE	71
4.1	Interní směrnice zařízení	71
4.2	Interní zdravotní a ošetrovatelská dokumentace	73
4.3	Podmínky a procesy	75
4.3.1	Uložení léčivých přípravků	75
4.3.2	Podávání léčivých přípravků	76
4.3.3	Komunikace při telefonické ordinaci	78
4.3.4	Sledování medikačních pochybení a nežádoucích událostí	79
4.3.5	Předávání informací o aktuálně užívaných léčivých přípravcích při překladu uživatele	80
5	ZÁVĚR	81
6	POUŽITÉ ZDROJE	82
7	PŘÍLOHY	88

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Záznam interního předávání informací mezi lékařem a sestrou	47
Obrázek 2 – Rozpis psychiatrické medikace	48
Obrázek 3 – Výřez z medikačního listu uživatele	53
Obrázek 4 – Skříňová lékárna a box pro léčivé přípravky jednoho uživatele	56
Obrázek 5 – Jednodenní lékovka	58
Tabulka 1 – Výšeč hlavních kategorií Ishikawova diagramu.....	38
Tabulka 2 – Výšeč rozpracovaných potenciálních příčin pochybení v hlavních kategoriích Ishikawova diagramu.....	38
Tabulka 3 – Potenciální příčiny pochybení způsobené nevhodnou směrnicí o uložení a likvidaci LP	41
Tabulka 4 – Potenciální příčiny pochybení vycházející ze směrnice o podávání LP	42
Tabulka 5 – Potenciální příčiny pochybení při chybějící směrnici o označení LP.....	43
Tabulka 6 – Potenciální příčiny pochybení při chybějící směrnici o provedení záznamu podání LP.....	43
Tabulka 7 – Potenciální příčiny pochybení při chybějící směrnici o telefonické ordinaci LP lékařem.....	44
Tabulka 8 – Potenciální příčiny opakovaných pochybení při chybějící směrnici o postupu hlášení NU	45
Tabulka 9 – Potenciální příčiny pochybení při nekompatibilních informačních systémech....	46
Tabulka 10 – Potenciální příčiny pochybení při nevhodně předávaných informacích mezi lékaři a sestrami	49
Tabulka 11 – Vyhodnocení shody mezi záznamem všeobecných sester a záznamem lékaře..	50
Tabulka 12 – Potenciální příčiny pochybení způsobené při předávání informací mezi lékaři a sestrami	51
Tabulka 13 – Přehled výsledků hodnocení medikačních listů.....	52
Tabulka 14 – Potenciální příčiny pochybení vztahující se k medikačním listům uživatelů.....	54
Tabulka 15 – Potenciální příčiny pochybení nastaveného vstupního posouzení zdravotního stavu uživatele.....	55
Tabulka 16 – Potenciální příčiny pochybení nevhodného označení LP	55
Tabulka 17 – Potenciální příčiny pochybení při uložení LP	57
Tabulka 18 – Potenciální příčiny pochybení vznikající při procesu přípravy LP	60

Tabulka 19 – Potenciální příčiny pochybení vznikající při podávání LP per os	62
Tabulka 20 – Potenciální příčiny pochybení spojené s předáváním informací mezi lékaři a sestrami	65
Tabulka 21 – Rizika vzniklá při chybějícím sledování pochybení a NU	68
Tabulka 22 – Potenciální příčiny pochybení spojené s překladem uživatele	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
Sb.	Sbírka zákonů
č.	částka
WHO	World Health Organization
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
EU	Evropská unie
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
SAK	Spojená akreditační komise
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
tzv.	tak zvaných
ČLK	Česká lékařská komora
ev.	eventuálně
tbl.	tableta
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
CNS	centrální nervová soustava
LP	léčivý přípravek
tj.	to je
NU	nežádoucí událost

ÚVOD

V naší historii nezůstávali staří, nemocní nebo chudí lidé bez povšimnutí, pokud nemohli žít bez specifických opatření ve své přirozené komunitě. Příčinu mnohdy představovala absence pečující rodinné osoby, tíže zdravotního postižení nebo nevyhovující domácí prostředí. Tito lidé byli, jsou a vždy budou ohroženi institucionalizací na odděleních následné péče nebo v pobytových sociálních zařízeních (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Trvalý pobyt v zařízeních, poskytujících současně sociální i zdravotní péči, využívá převážně skupina křehkých seniorů. Stávají se uživateli služeb spadajících pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. V institucionální péči dle statistiky MPSV za rok 2016 žilo 52 685 osob. V domovech pro seniory pobývalo 35 829 uživatelů a v domovech se zvláštním režimem, přizpůsobených lidem trpícím demencí, 16 856 uživatelů. Přesto kapacity stále nebyly dostačující. Celkový počet neuspokojených žádostí za rok 2016 se rovnal číslu 87 098. Jedná se o poněkud zavádějící údaj, neboť běžně na jednoho seniora připadá více podaných žádostí do různých pobytových zařízení (*STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ 2016*, 2017).

System bezpečné a kvalitní péče ve zdravotnictví se stal nosným tématem posledních let. Protipólem je dlouhodobě a opakovaně jako závažný problém vnímána špatná spolupráce mezi resorty zdravotních a sociálních služeb. Jde o vleklý, těžko řešitelný stav společný pro mnohé evropské země, vyzývající k tradičnímu výzkumu (Čípková, Kouřilová, Hruška, 2014). Všeobecná sestra v sociálních službách zařazená pod odbornost 913 musí poskytovat péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu stejně kvalitně, jako je tomu ve zdravotnictví. Podmínky pro svou práci má ale mnohdy diametrálně odlišné (Pruša, 2009).

Zaměříme-li se na kvalitu a bezpečí při podávání léčivých přípravků, měli bychom mít stále na zřeteli, že se dotýkáme jedné z nejrizikovějších činností z hlediska možných závažných pochybení. Pochybení nezřídka končících ireverzibilním poškozením zdravotního stavu pacienta. V metodice *Nežádoucích událostí – medikace/i.v. roztoky* vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR se přímo píše: „*Medikačním pochybením jsou ohroženi především pacienti vyššího věku, kteří trpí několika nemocemi najednou. Navíc tyto pacienti užívají větší množství léků, které mohou být navzájem v interakci.*“ (Pokorná, Búřilová, Štrombachová, Dolanová, 2017, str. 8).

Jak vypadají pracovní podmínky všeobecných sester v sociálních pobytových zařízeních při podávání léčivých přípravků seniorům? Mají vhodně nastavené standardní postupy, které zaštiťují odborníci jako minimální popsanou normu podloženou vědeckými studiemi? Jakým stresovým faktorům čelí v každodenní praxi? Splňují svými činnostmi požadavky resortních bezpečnostních cílů nastavených Ministerstvem zdravotnictví?

Průzkumná část práce se ad hoc šetřením snaží tyto otázky zodpovědět v rámci jednoho konkrétního zařízení sociálních pobytových služeb pro seniory. Analýzou interních směrnic a skrytým participativním pozorováním práce všeobecných sester mapuje rizikové momenty při procesu přípravy a podávání léčivých přípravků uživatelům. Zaznamenávání dat probíhalo formou terénních poznámek, využitých při následné analýze situací. Popis prostředí, podmínek, pomůcek, činností i okolních faktorů vztahujících se k činností spojeným s přípravou a podáváním léčivých přípravků odhalil mnohé rizikové oblasti. Zjištěné potenciální příčiny první úrovně, jež by mohly vyústit v nežádoucí událost, byly pomocí Ishikawova diagramu analýzy příčin a následků uspořádány do šesti hlavních kategorií označených směrnice, procesy, metody, prostředí, lidé a pomůcky. Druhá úroveň podrobněji rozpracovává potenciální příčiny první úrovně v jednotlivých hlavních kategoriích. Poznámky odkazují na možná rizika směřující ve svých důsledcích k medikačním pochybením. Ve výsledku jsou shrnuty nejzávažnější příčiny spolu s odůvodněním rizik a zároveň navrhnutá doporučení pro kvalitní a bezpečnou praxi v daném zařízení pobytových sociálních služeb.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části

Cílem teoretické části diplomové práce je představit problematiku pobytových sociálních zařízení věnujících se péči o křehké seniory. Kvalita a bezpečí prováděných zdravotních úkonů závisí na podmínkách a nastavených procesech v jednotlivých zařízeních. Příprava a podávání léčivých přípravků všeobecnými sestrami v sociálních zařízeních představují jedno z velmi diskutovaných témat posledních let.

1.2 Cíl průzkumné části

Práce si klade za cíl ad hoc průzkumem v konkrétním pobytovém zařízení sociálních služeb, pečujícím o křehké seniory:

- analyzovat krizová místa v nastavených podmínkách i procesech při přípravě a podávání léčivých přípravků,
- navrhnout preventivní opatření k minimalizaci rizika vzniku medikačních pochybení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Sociální služby

Ještě v nedávné minulosti nesoběstační senioři umírali izolováni v ústavech sociální nebo zdravotní péče. Společnost existenci těchto osob vytěsňovala z mysli a tabuizovala. Přístup k péči v daných zařízeních představoval direktivní, rutinní systém bez hlubšího porozumění individuálním pocitům či potřebám. Situace se začala měnit po roce 1989, ale zásadní obrat přinesla až platnost zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Malíková, 2011).

Čermáková s Holečkovou ve Výkladovém sborníku standardů sociálních služeb (2008) kladou důraz především na kvalitu poskytovaných služeb, odbornost pracovníků a změnu přístupu k samotným uživatelům. V popředí je nutnost dodržování lidských práv osob při individuálním plánování, respektování svobodné vůle a autonomie, zajištění důstojného života směřujícího k sociálnímu začleňování uživatelů, nikoli k jejich izolaci.

2.1.1 Cílová skupina uživatelů sociálních služeb pro seniory

Kalvach a Mikeš (2004, s. 47) označují stáří jako „*pozdní fáze ontogeneze přirozeného průběhu života*“ vyznačující se mnohočetnými projevy, heterochronií, individuálností, vzájemnou podmíněností i rozporností příčin. V kontextu uživatelů sociálních služeb se stávají cílovou skupinou křehcí (frail) senioři.

Geriatrickou křehkost Nováková (2012, s. 101) definuje jako „*věkem podmíněný pokles potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti a adaptability lidského organismu. V důsledku toho se u starého člověka začínají projevovat četné změny v oblasti fyzické i psychické.*“ Kalvach (2011) pojem z medicínského hlediska zpřesňuje na multikauzálně navozený stav s funkční i morfológickou deteriorací projevující se typickými syndromy. Popisuje fenomén, jenž zaplňuje prostor mezi přirozenou involucí a projevy klasických chorob jako nosologických jednotek Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Důsledkem je obraz stařeckého chátrání, jemuž nelze dostupnými lékařskými vyšetřeními přisoudit jednoznačnou původní příčinu. Dle Novákové (2012) se takto postižení senioři nezdárcita ocitají v bludném kruhu stálého vyšetřování, kdy konečnou diagnózou je celkové zhoršení stavu či casus socialis (z latiny – znamená sociální případ, sociální hledisko převládá nad zdravotním). Tito lidé pak většinou končí v dlouhodobé ústavní péči, kde jejich stav již není dále diagnostikován či radikálně řešen. Neblahým důsledkem zdlouhavého a náročného procesu vyšetřování však často zůstává polypragmázie, která znamená další nepřiměřenou zátěž pro stárnoucí organismus.

2.1.2 Dlouhodobá péče

Pojmem dlouhodobé péče (long term care) o seniory se dle OECD rozumí komplex služeb poskytovaný osobám s dlouhodobě omezenou soběstačností zejména v základních sebeobslužných aktivitách, kdy jejich stav se jeví jako trvalý. Potřebují dopomoc druhé osoby, např. při hygieně, oblékání, použití toalety, přesunu z postele či křesla, při servírování a příjmu stravy nebo při dalších individuálních potřebách. Pokud není možné zajistit s pomocí terénních služeb setrvání v domácím prostředí, nastupuje dlouhodobý, většinou trvalý pobyt v instituci. Zde kvalifikovaný personál dokáže řešit nejen omezenou soběstačnost, ale zajišťuje též zdravotnický dohled nad relativně stabilizovaným zdravotním stavem seniora (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010). Ke stejnému závěru došla i EU, která ve svých materiálech definuje dlouhodobou péči jako „*péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak na tolik neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky jak zdravotní, tak sociální služby*“ (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 22).

Národní program přípravy na stárnutí pro rok 2008 až 2012 v kapitole 6.13 uvádí zdravotní a sociální potřeby seniorů jako neoddělitelné. Zdůrazňuje potřebu, aby systém dlouhodobé péče vycházel z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních či poskytovaných v domácím prostředí. Apeluje na nutnost transformace léčeben pro dlouhodobě nemocné spolu s domovy pro seniory. Negativně hodnotí snižující se rozsah terénně poskytovaných pečovatelských služeb v domácnosti ve většině krajů (*Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, 2008). Národní program přípravy na stárnutí na období let 2013 až 2017 již vyzdvihuje ve svém obsahu péči v domácím prostředí nad institucionalizací. Jeho vize uvádí nutnost nabízet co nejširší škálu služeb odpovídajících rozdílným potřebám a životním situacím seniorů. Podtrhuje potřebu maximální podpory rodinných příslušníků pečujících o své blízké. Pro institucionální péči vidí nutnost zvýšení prestiže a legislativního vymezení kompetencí pro sociální pracovníky a pracovníky v přímé péči. Směrem do budoucna Národní program přípravy na stárnutí na období let 2013 až 2017 očekává zvýšení požadavků na zdravotní a sociální péči, a proto i rostoucí tlak na veřejné financování (*Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*, 2012).

2.1.3 Pobytová zařízení pro seniory

Péče poskytovaná resortem ministerstva práce a sociálních věcí se pohybuje dle Holmerové (2015) na hypotetickém pomezí mezi zdravotní a sociální péčí. Na dlouhodobě řešenou

otázku, v čem tkví rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí, zatím nedokázal nikdo jednoznačně odpovědět. Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, sociální sféra zacílená na křehké seniory nabízí možnost využití následujícího spektra zařízení sociálních pobytových služeb:

- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- odlehčovací (respitní) služby.

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory popisuje § 49 zákona č. 108/2006 Sb. jako zařízení poskytující služby s celoročním provozem. Péče je primárně určena především seniorům se sníženou soběstačností. Vzhledem ke své neschopnosti postarat se sami o sebe nemohou již nadále setrávat ve svém přirozeném domácím prostředí, a proto vyžadují pravidelnou komplexní péči (*Sociální zabezpečení*, 2014). Dle Holmerové (2014) mají zařízení obvykle několik částí rozdělených právě podle míry soběstačnosti uživatelů. Žijí zde senioři, kteří se o sebe částečně dokáží postarat sami, ale také ti zcela odkázaní na pomoc a péči personálu. Vstup do pobytového zařízení nemusí být vždy natrvalo. Znamená to, že se v praxi vyskytly i případy, kdy došlo k tak výraznému zlepšení zdravotního stavu, jenž umožňoval navrácení seniora zpět domů. Za následné podpory rodinných příslušníků spolu s terénní pečovatelskou službou mohl nadále žít ve svém přirozeném sociálním prostředí.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou specifické. V § 50 zákona č. 108/2006 Sb. se definují jako zařízení poskytující služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (*Sociální zabezpečení*, 2014).

Rozdíl mezi oběma typy pobytových služeb tkví v přizpůsobení se specifickým potřebám zacílené skupiny seniorů, a to především řešením volného pohybu po zařízení. V domovech se zvláštním režimem je za přesně popsanych podmínek možné pohyb seniorů omezit pro zajištění jejich bezpečnosti. Onemocnění demencí doprovází ztráta orientace ve známém prostředí či neschopnost poznávat osoby nejbližší rodiny, a proto ve prospěch a bezpečí

seniora zamezují zvláštní režimová opatření samovolnému opuštění zařízení (Holmerová, 2014). Samotná opatření omezující pohyb osob jsou definována v § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Respitní péče

Postarat se o seniora v domácím prostředí dle Haškovcové (2010) představuje vždy pro pečující osobu velmi vysokou zátěž jak fyzickou, tak psychickou. Každodenní proces ve svém výsledku nevede k uzdravení, ale naopak k narůstající závislosti. Po letech intenzivní péče se začne projevovat u pečující osoby narůstající únava spolu s postupnou rezignací na vlastní život, neboť perspektiva do budoucna není příliš radostná. Ocítá se v bludném kruhu, v nezáviděníhodné situaci, kdy se jeví jako morální povinnost společnosti podat pomocnou ruku. „*Všechno má své limity. Lze ocenit obětavou péčí, ale je nutné odmítnout sebeobět.*“ (Haškovcová, 2010, s. 298)

Mlýnková (2011) charakterizuje respitní péči představující péči úlevovou formou přijetí k pobytu do zařízení po smluvenou dobu. Pečující osoba má nyní časový prostor k vyřízení nezbytných povinností. Haškovcová (2010) vidí význam respitní péče především v odpočinku a nabrání potřebných sil pro pečující. Pokud únava přesahuje již únosné meze, je třeba jim umožnit delší pauzu. Institucionalizovaná péče pak dává jistotu kvalifikované služby, pečující rodina má nyní prostor pro oddych, společné trávení volného času nebo může realizovat plánovanou dovolenou. V mnohých případech je respitní pobyt využíván též při zdravotních problémech samotné pečující osoby. Kurucová (2016) považuje za samotný cíl respitní péče eliminovat důsledek psychosociální zátěže pečovatele.

2.1.4 Zdravotní péče v bytových sociálních zařízeních

Všechna bytová zařízení sociální péče mají, dle zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, povinnost zajistit poskytování zdravotní péče pro své seniory. Zákon jim však neukládá, aby tuto péči sama poskytovala. Na základní zdravotní péči se tak podílí dvě skupiny pracovníků: lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci – všeobecné sestry a fyzioterapeuti. V důsledku pak dochází ve většině případů k sjednání smlouvy s jedním či několika praktickými lékaři, kteří do zařízení pravidelně docházejí. Senioři se pak mohou svobodně dle vlastního uvážení rozhodnout, zda se zaregistrují u smluvního lékaře daného zařízení, či nikoliv. Ošetrovatelskou a rehabilitační péči většina sociálních zařízení poskytuje prostřednictvím vlastních zaměstnanců, díky § 36 zákona č. 108/2006 Sb., aniž by musela být registrována jako zdravotnická zařízení (Malíková, 2011). Pokud chce poskytovatel zařízení

sociální péče čerpat z finančních prostředků zdravotních pojišťoven za účelem úhrady některých zdravotních úkonů prováděných nelékařskými zdravotními pracovníky, pak musí požádat o uzavření zvláštní smlouvy s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR spolu s ostatními zdravotními pojišťovnami. Smlouva je uzavřena, pouze pokud poskytovatel prokáže, že ošetrovatelská péče bude poskytována pracovníky způsobilými k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Jedná se o hrazené služby v rámci zvláštní ambulantní péče poskytované osobám se smyslovým, tělesným nebo mentálním postižením a zároveň zahrnuje poskytování paliativní péče v terminálním stavu u pacientů v jejich vlastním sociálním prostředí (Arnoldová, 2012).

Úloha všeobecné sestry v pobytových zařízeních sociální péče

Dlouhodobě se ukazuje jako obtížné zajišťovat péči o seniory v zařízeních sociálních služeb bez účinné kvalifikované zdravotnické péče. Čermáková s Holečkovou (2008) potvrzují, že nositelem kvalitních služeb je především personál, jenž tyto služby poskytuje. Při poskytování bezpečných a efektivních služeb v dnešní době nikdo nevystačí s pouhou empatií, pracovníci musí rozvíjet své odborné znalosti a přizpůsobovat se novým profesním požadavkům. Základní zdravotní a ošetrovatelskou péči je důležité posuzovat dle aktuálního stavu funkční úrovně spolu se stupněm disability posuzovaného seniora. Proto v multidisciplinárním týmu zastává všeobecná sestra vedle sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách (PSS), ošetrujícího lékaře či ergoterapeuta nezastupitelné místo (Čípková, Kouřilová, Hruška, 2014).

Metodika k zajištění zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb vypracovaná MPSV (2011) odděluje základní ošetrovatelskou péči poskytovanou uživatelům služeb, jejichž zdravotní stav umožňuje běžné denní aktivity s minimálním ohrožením základních životních funkcí a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu. Oproti tomu činnost všeobecných sester definuje jako „*soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin*“ (Holmerová, Válková, 2011, str. 3). Indikaci k ošetrovatelským intervencím představuje pokyn, ordinace, objednávka nebo lékařský předpis. Péče musí probíhat formou ošetrovatelského procesu jako pracovní metody s následným záznamem plánování, realizace a vyhodnocování péče do zdravotnické dokumentace. Ošetrovatelský plán dlouhodobé péče v sociálních zařízeních stejně jako ve zdravotnické sféře zahrnuje hodnocení potřeb uživatelů, detekuje dílčí zdravotní potřeby, nefarmakologické postupy spolu s potřebou služeb

pečovatelského charakteru (Holmerová, Válková, 2011). Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra bez odborného dohledu dle § 4 zákona 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a dle vyhlášky č.2/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v odbornosti 913. Holmerová s Válkovou (2011) uvádějí výkony spadající do této odbornosti s následným hrazením zdravotními pojišťovnami. V souvislosti s kvalitou a bezpečím při podávání léčivých přípravků se jedná o:

- 06611 zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry,
- 06613 ošetrovatelská intervence,
- 06623 aplikace léčebné terapie p. o., s. c., i. m., i. v., eventuálně další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv,
- 06625 příprava a aplikace ordinované infuzní terapie za účelem zajištění hydratace, dodání léčebných a energetických zdrojů, léčby bolesti,
- 06627 aplikace inhalační léčebné terapie, oxygenoterapie,
- 06637 nácvik a zaučování aplikace inzulinu.

Při vytvoření této nové odbornosti Průša (2009) konstatoval, zda to bylo bezpodmínečně nutné, neboť odbornost 913 se v rozsahu ošetrovatelských aktivit i spektrem klientely téměř překrývá s odborností 925 – všeobecná sestra domácí zdravotní péče. Kvalitně realizovaný ošetrovatelský proces je pouze jeden, ať už ho sestry naplňují v lůžkovém zdravotnickém zařízení, v domácím prostředí pacienta nebo v pobytovém zařízení sociálních služeb. Veškeré prováděné ošetrovatelské aktivity, pokud mají mít stejnou úroveň a kvalitu, vyžadují minimálně zajištění stejných podmínek pro práci.

Ovlivnění kvality práce všeobecných sester se seniory

Na kvalitě práce všeobecných sester se seniory se podílí více faktorů. Kabátová, Puteková, Martinková a Záhorecká (2016) se zabývaly mapováním postojů a vědomostí sester o problematice seniorského věku. Zjišťovaly vliv determinantů ovlivňujících jejich vědomosti. Závěry výzkumu potvrdily téměř žádný ageistický postoj u 72 % respondentek, 28 % projevilo střenění úroveň diskriminace v souvislosti s věkem. Pouze 14 % oslovených sester prokázalo výborné vědomosti o geriatrické problematice, velmi dobré vědomosti mělo 36 %, dobré 29 %, dostatečné 12 % a nedostatečné vědomosti byly shledány u 9 % sester. Oslovená věková skupina sester v rozmezí 51-60 let dosáhla nejvyššího výsledku, co se týče vědomostí, následovala nejmladší skupina do 30 let a potom 31-40 let. Slabý pozitivní lineární vztah potvrdil, že čím je vyšší stupeň vzdělání, tím vzrůstají i vědomosti o geriatрии. Úroveň vědomostí též pozitivně koreluje s délkou odborné praxe. Na základě výsledků studie

autorky doporučily vytvořit komplexní semináře věnující se problematice sociální gerontologie i geriatrických syndromů. Pomohly by zlepšit mylné představy o stárnutí v řadách všeobecných sester.

2.2 Geriatrická farmakoterapie

Současně se stoupajícím věkem, počtem chronických onemocnění a degenerativních chorob se u člověka mění symptomatologie průběhů nemocí i terapeutické hodnoty spolu s účinky podávaných léčivých přípravků. Dochází k nárůstu polékových reakcí, nežádoucích účinků, snižuje se compliance (míra spolupráce, s jakou se pacient řídí doporučeními lékaře) při užívání zvláště komplikovaných lékových režimů. Současné podávání několika druhů léčivých přípravků zvyšuje riziko lékových interakcí při polypragmázii (stav, kdy je pacient léčen větším množstvím léků nebo jejich nadměrnými dávkami). Cílem léčby seniorů by měla být individualizovaná, racionální, bezpečná a účinná preskripce za použití co nejmenšího počtu léčivých přípravků (Topinková, 2007).

2.2.1 Polypragmázie a lékové interakce

V současnosti díky velkému množství dostupných léčivých přípravků na trhu může lékař každému pacientovi individuálně vybrat vhodně zvolenou léčbu. Klade to však vysoké nároky na jeho odbornou zdatnost, znalosti o léčivých přípravcích a jejich potenciálních rizicích. Často zmiňovaná polypragmázie znamená stav, kdy pacient užívá léčivých přípravků příliš mnoho, příliš dlouho nebo v nadměrných dávkách (Šaloun a Nečas, 2006). Dle Topinkové (2010) ambulantně léčení senioři užívají v průměru 4-6 léčivých přípravků, hospitalizovaní 5-8 léčivých přípravků. U žen (průměr 4,2) jde o častější jev než u mužů (3,9).

Farmakoterapií seniorů v domovech důchodců se ve svém výzkumu zabývaly Kalafusová, Šulcová, Jurašková a Vlček (2012). Výsledky studie prokázaly, že průměrný počet denně užívaných léků vázaných na lékařský předpis u seniorů činil 8,9 léčivých přípravků na respondenta. Z toho 17,2 % respondentů užívalo dva až pět léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis, 58,7 % jich užívalo šest až deset a více jak jedenáct léčivých přípravků mělo 24,1 % respondentů. Vedle toho oslovení respondenti užívali 1,2 volně prodejných léčivých přípravků spolu s 0,6 balení různých výživových doplňků. Věková skupina 65-74 užívala v průměru nejvíce léčiv, tj. $11,4 \pm 3,2$ léků na respondenta. S dalším přibývajícím věkem počty léčiv klesaly. Ve skupině 75-84 let $8,8 \pm 3,2$ léčivých přípravků, 85 a více $8,2 \pm 3,2$ léčivých přípravků. Studie sledovala též možné lékové interakce. Za využití databáze AISLP (Automatizovaný informační systém léčivých přípravků) bylo u 82 % respondentů

zaznamenáno celkem 175 interakcí. Nejpočetnější výskyt reakcí se objevoval ve skupině nesteroidních antiflogistik a antirevmatik (NSAID), celkem 44 interakcí. Skupina diuretik následovala s 41 interakcemi, antidepresiva ze skupiny SSRI 26 interakcí a ACEI 23 interakcí. Největší množství interakcí se řadilo do skupiny se 3. stupněm závažnosti (94 interakcí) a s 2. stupněm (71 interakcí). Závažné i velmi závažné interakce, stupeň 4 a 5, se vyskytly u 8,6 % respondentů. Práce potvrdila stav, kdy domovy pro seniory jsou velmi rizikovým prostředím z hlediska problémů spojených s užíváním léčivých přípravků.

2.2.2 Specifika geriatrické farmakoterapie

Populace seniorů patří z hlediska zdravotního, funkčního i sociálního stavu mezi mimořádně heterogenní skupinu obyvatel. Při preskripci vhodné geriatrické farmakoterapie je nutné přihlížet ke změnám chování stárnoucího organismu i samotného léčivého přípravku. V těle dochází s vyšším věkem nejdříve ke zvyšování, posléze ke snižování tělesné hmotnosti. Klesá podíl vody, množství svalové tkáně i bazální metabolismus. Naopak roste procento uloženého tuku ve tkáních. Ve větší míře se mění farmakokinetické než farmakodynamické vlastnosti užívaných léčivých přípravků (Suchý, Hromádka, 2011).

Důsledkem změněné farmakokinetiky vlastním stárnutím i chorobami dochází ke zpomalení nástupu účinku léčivých přípravků či k opoždění jejich biologické dostupnosti pro organismus. Zvýšený podíl tukové tkáně způsobuje kumulaci lipofilních léčiv a prodloužení plazmatického poločasu. Snižené množství vody oproti tomu zvyšuje ustálené hladiny hydrofilních léčivých přípravků v krvi a ve tkáních. Farmakodynamika představuje účinnost léčivého přípravku v cílové tkáni. Je závislá na množství a citlivosti receptorů, přítomnosti patologických procesů nebo odráží sníženou funkci i jinak vzdáleného orgánu (Topinková, 2010).

Míru absorpce léčivého přípravku může výrazně ovlivnit zvýšené pH žaludečního obsahu, snížená motilita žaludku i střev, k tomu přidružená atrofie sliznice v trávicím traktu a nižší průtok mezenterickými cévami. Vstřebávání se zpomaluje, prodlužuje se nástup maximální plazmatické koncentrace (Eybl, Černá, 2008). Hepatální metabolismus se snižuje aktivitou cytochromu P 450 i sníženým průtokem krve vénou portae způsobuje negativní posun v biotransformačních schopnostech jater. Proto léčivé přípravky s vysokým efektem prvního průchodu játry, jako morfin, zolpidem nebo statiny, jsou u seniorů metabolizovány o 30-50 % pomaleji. Biologická dostupnost pro organismus se tím zvyšuje čímž, při neregulované dávce

dochází i k vyšší plasmatické koncentraci. U nemocných s postižením jater je nutné se vyvarovat též léčivých přípravků játry eliminovanými (Suchý, Hromádka, 2011).

Suchý a Hromádka (2011) dále uvádí nejzávažnější farmakokinetickou změnu ve stáří v oblasti renální exkrece. Renální funkce u některých seniorů po 70. roce mohou poklesnout o více než 50 %. Tím dojde ke zpomalení eliminace léčivých přípravků nebo jejich aktivních metabolitů vylučovaných převážně ledvinami. Výsledkem je zvýšená hladina plasmatické koncentrace a prodloužení biologického poločasu. Pokud má léčivý přípravek úzké terapeutické okno, může se snadno dosáhnout toxické dávky pro organismus. K typickým příkladům těchto léčivých přípravků patří např. digoxin, aminoglykosidová antibiotika nebo metformin, lék první volby u diabetes mellitus II. stupně.

Klinicky významné farmakodynamické změny se odehrávají především na receptorové úrovni. Zvýšená vnímavost cílových míst pro léčivé přípravky snižující srážlivost krve (např. Warfarin, hepariny) umocňuje riziko krvácení. Centrálně působící léčiva mají zesílený účinek na CNS. Způsobují nadměrný útlum, poruchu koordinace nebo deliria. Jedná se o krátkodobě i dlouhodobě působící benzodiazepiny, sedativní antihistaminika, myorelaxancia či klasická antipsychotika. Ortostatická hypotenze s následným rizikem pádů může být přičítána látkám rozšiřujícím cévy, zpomalujícím tepovou frekvenci typu beta-blokátorů či hojně ordinovaným diuretikům. Zvýšená citlivost k léčivým přípravkům s vysokým anticholinergním účinkem způsobuje u seniorů močovou retenci, zácpu, zhoršuje kognitivní poruchy, demence či stavy zmatenosti. Mezi léky s vysokým anticholinergním potenciálem zařazujeme spasmolytika, cimetidin nebo klasická antipsychotika (Topinková, 2012).

2.2.3 Bezpečná preskripce u seniorů

Pro bezpečnou preskripci léčivých přípravků seniorům je třeba se odpoutat od standartních terapeutických postupů používaných v klinické praxi. Kritéria léčiv potencionálně nevhodných ve stáří vznikla počátkem 90. let minulého století v USA v reakci na vysoký výskyt rizikové preskripce v ošetrovatelských ústavech. Jedná se o Beersova kritéria z roku 1991, která byla později opakovaně upravována. Shrnují tři základní oblasti nevhodné preskripce:

- léčivé přípravky, kterých je třeba se ve stáří pro neúčinnost nebo přílišné riziko polékových komplikací vyvarovat,
- léčivé přípravky nevhodné u specifických onemocnění pro časté interakce mezi lékem a nemocí,
- soupis závažných lékových interakcí.

Upravená Beersova kritéria z roku 1997 zahrnovala celkem 18 lékových skupin potenciálně nevhodných ve stáří, 14 interakcí mezi léčivými přípravky a konkrétní nemocí a 4 typy lékových interakcí (Fialová, Topinková, 2005). V roce 2003 se počet potenciálně nevhodných lékových skupin rozrostl na 49, interakce léčivý přípravek – nemoc se zvýšily na 19 (Topinková a kol., 2012). V roce 2012 byla Americkou geriatrickou společností vydaná poslední revidovaná verze Beersových kritérií léčiv potenciálně nevhodných ve stáří. Topinková, Fialová, Kubešová (2012) uvádí fakt, kdy přesto, že je v Evropě téměř polovina léčivých přípravků obsažených v amerických kritériích nedostupná, jsou nevhodné léčivé přípravky z Beersova seznamu praktickými lékaři či lékaři specialisty seniorům předepisovány ve 25,2-30 %.

V závěrečné zprávě řešení grantu *Zvýšení kvality preskripce seniorům-validace nástrojů pro potřeby lékové politiky ČR* z roku 2012 se za jeden ze screeningových nástrojů komplexního hodnocení kvality a bezpečnosti preskripce ve stáří považují nová kritéria STOPP a START z roku 2008. Název obsahuje akronym **S**creening **T**ool of **O**lder **P**eople's potentially inappropriate **P**rescriptions představující ukončení podávání nevhodného léčiva. STOPP kritéria uvádí 65 situací z běžné praxe nesprávné preskripce včetně lékových interakcí léčivý přípravek – nemoc, lékové skupiny přispívající k zvyšování rizika pádů a duplicitní preskripci. Pomáhají situace identifikovat i následně doporučují vhodnější lékové alternativy. Druhým screeningovým nástrojem jsou kritéria START. Skrývají opět akronym **S**creening **T**ool to **A**lert doctors to the **R**ight **T**reatment upozorňující na vhodnost začít s potenciálně prospěšnou léčbou. Nepředepsání léčby pro pacienta prospěšné se též řadí mezi často opomíjené preskripční chyby. Jde o soubor 22 klinických situací seřazených pro lepší přehlednost podle fyziologických systémů (Topinková, Fialová, Kubešová, 2012).

Farmakoterapie se velkou měrou podílí na způsobu prožitého stáří. Zdravotničtí pracovníci pobytových zařízení sociálních služeb by se měli zamyslet nad subjektivním vnímáním kvality života seniorů a snažit se svou péčí naplňovat jejich potřeby. Kvalita péče se pak odrazí v spokojeném a důstojně prožitém životě našich seniorů (Dvořáčková, 2012).

2.3 Kvalita péče v sociálních službách

Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory mohou poskytovat prostřednictvím vlastních zaměstnanců péči jak sociální, tak zdravotní. Jednu z hlavních složek zdravotní péče zahrnutou do kompetencí všeobecných sester představuje podávání léčivých přípravků. Vzhledem ke skutečnosti, kdy zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má ve svém obsahu zakotveny též požadavky týkající se oblasti řízení kvality, je třeba se blíže zajímat o podmínky i nastavení procesů týkajících se zacházení s léčivými přípravky v těchto zařízeních (Malíková, 2011).

2.3.1 Řízení kvality dlouhodobé péče

Pojem kvalita péče se v posledních letech skloňuje i rozebírá z mnoha úhlů pohledu. Existuje nespočet definic od renomovaných autorů, specialistů medicínských, ošetrovatelských, sociálních či farmaceutických oborů. V obecné rovině Mátl s Jabůrkovou (2007, s. 18-19) předkládají samotnou podstatu definice: *„efektivní využívání zdrojů, schopnost reagovat na individuální potřeby, úspěšnost při sociálním začleňování a při získávání autonomie a nezávislosti, spokojenost klienta, vysoká odborná úroveň, cenová přiměřenost, bezpečí, odpovídající prostředí, kontinuita péče a dostupnost“*. Na základě provedeného výzkumu dále uvádějí jako cíl kvality dlouhodobé péče především kvalitu života seniorů.

Řízení kvality v sociálních pobytových službách se zaměřuje převážně na péči sociální. Zdravotní stránka zůstává zcela opomenuta nebo je zmíněna pouze okrajově. Můžeme si pomoci alespoň srovnáním s řízením kvality dlouhodobé péče, neboť dle Holmerové (2015), jak již bylo řečeno, rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí zatím nedokázal nikdo jednoznačně definovat.

Za nejdůležitější části cyklu v systému kvality péče se obecně řadí zavádění standardů kvality. Mátl s Jabůrkovou (2007) prováděli dotazníkové šetření v oblasti opatření nejvíce podporujících rodící se proces kvalitní dlouhodobé péče. Oslovených 86 % respondentů považovalo za důležitou investici do vzdělání pracovníků, 80 % upřednostňovalo výměnu zkušeností s poskytovateli podobných služeb, pro 74 % byla klíčová společná týmová práce a 66 % vyzdvihlo psané metodiky. Problematika samotných psaných materiálů, pravidel a metodik odhalila dvě strany jedné mince. Písemné dokumenty poskytují pracovníkům oporu, sebedůvěru, mají nezastupitelnou pomoc při zaškolování nových zaměstnanců. Přesto důsledkem administrativní náročnosti 57 % respondentů považuje tuto činnost zároveň jako nejčastěji zmiňovanou překážku při zavádění systému kvality dlouhodobé péče.

Mezi další úskalí patří nedostatek dovedností a znalostí samotných poskytovatelů služeb, jejich váhavost, očekávání okamžitých výsledků, netrpělivost s délkou úsilí i dalšími výdaji na zavádění standardů, nedostatek informací, psaných materiálů a porozumění nové legislativě. Velkou měrou též přispívá zvyšování nákladů spolu s nedostatkem finančních zdrojů, odporem personálu a neexistence ucelené státní politiky řízení kvality péče v této oblasti. Úsilí poskytovatelů bývá znesnadňováno silným resortismem jak Ministerstva práce a sociálních věcí, tak Ministerstva zdravotnictví (Mátl, Jabůrková, 2007).

2.3.2 Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Pobytová sociální zařízení poskytující prostřednictvím svých zaměstnanců zdravotní péči mají dle Proškové (2014) uloženy veškeré povinnosti poskytovatele zdravotních služeb vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Uživatelé těchto služeb se stávají zároveň v určitých situacích i pacienti, z čehož jim plynou práva a povinnosti jak dle zákona o sociálních, tak i dle zákona o zdravotních službách. Mezi povinnosti těchto zařízení tedy náleží:

- poskytovat péči lege artis,
- vytvořit vhodné podmínky odborným pracovníkům při poskytování zdravotní péče,
- umožnit zdravotnickému pracovníkovi poskytovat řádnou péči v rámci svých kompetencí a uplatňování etických principů,
- vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní v souladu s právními předpisy,
- dodržovat mlčenlivost.

Ministerstvo zdravotnictví uveřejnilo ve Věstníku č.16/2015 minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Představilo sebehodnocení jako komplexní, systematický, pravidelný proces, kterým jednotlivá zařízení posuzují kvalitu a bezpečí vlastních poskytovaných zdravotních služeb. Objektivně spolu s mírou sebekritiky tak vyhodnocují všechny oblasti poskytované péče, vyhledávají nejslabší místa, snaží se o pochopení jednotlivých činností, což jim v důsledku pomůže minimalizovat rizikovost procesů i odhalit potenciální možnosti k dalšímu zlepšování kvality (MZ ČR, ©2015).

Mezi základní parametry kvalitní zdravotní péče patří vypracování standardu, jenž zavádí dodržování resortních bezpečnostních cílů. Resortní bezpečnostní cíle mají základ

v mezinárodních studiích, jejichž snaha směřovala k identifikaci nejčastějších pochybení v ošetrovatelské a lázeňské péči. Záměrem resortních bezpečnostních cílů je snížit na minimum pravděpodobnost vzniku pochybení při činnostech souvisejících s léčebnou terapií a ošetrovatelskou péčí (Brabcová, 2016). Pokud se zaměříme na kvalitu a bezpečí spojené s podáváním léčivých přípravků, pak je nutné blíže rozvést RBC spjaté s touto problematikou:

- RBC1 – Bezpečná identifikace pacienta,
- RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti,
- RBC6 – Bezpečná komunikace,
- RBC7 – Bezpečné předávání pacientů.

Bezpečná identifikace pacienta

RBC1 definuje zajištění jednotného postupu při bezpečné identifikaci pacienta. Identifikace se provádí vždy před podáním některého z léčivých přípravků (MZ ČR, ©2015). Zařízení má vypracovaný vnitřní předpis vymezující minimálně dva nástroje k bezpečné identifikaci pacienta. Za dostačující nástroj můžeme považovat např. jméno, příjmení a datum narození. Nestačí číslo pokoje nebo lůžka. Identifikační údaje získané od pacienta je nutné porovnat se zdravotnickou dokumentací k vyloučení možného pochybení. Pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta, sestra využije jeho spolupráci a provede takzvanou pozitivní identifikaci otázkou: „Jak se jmenujete a kdy jste se narodil?“. Pokud nelze využít spolupráci pacienta, především u pacientů s demencí, sestra ověří potřebné údaje na identifikačním náramku pacienta (MZ ČR, ©2015). SAK ve svých akreditačních standardech pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb (2014) problematiku identifikace klienta/pacienta ponechává na zařízení samotném. Vyžaduje však stanovení vnitřního předpisu o konkrétním postupu ověřování. APSS ČR se ve svém Doporučeném standardu kvality pro domovy pro seniory ČR (2015) tímto problémem vůbec nezabývá.

Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC2 ukládá stanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru oddělení) ve vztahu k možnosti poškození pacienta. Je nutné zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků, v souladu s doporučením výrobce léčiv, a podmínky užívání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti samotnými pacienty (MZ ČR, ©2015).

Mezi riziková léčiva nejčastěji používaná v sociálních pobytových zařízeních řadíme inzulíny. Zařízení dbá na vnitřním předpisem upravený postup při objednávání, skladování i podávání těchto léčivých přípravků s cílem minimalizovat riziko nežádoucí události při jejich podání. Požaduje se výrazné označení uskladněných přípravků a skladování mimo ostatní léčiva (Brabcová, 2014, s.55). SAK tuto činnost ve svých akreditačních standardech pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb (2014) speciálně nezmiňuje a APSS ČR ve svém Doporučeném standardu kvality pro domovy pro seniory ČR (2015) tuto problematiku neřeší.

Bezpečná komunikace

RBC6 považuje nezajištění bezpečné komunikace v zařízení za potenciální riziko vzniku komplikací. Chyby v komunikaci, jako hlavním nástroji společného dorozumívání, mohou vést k pochybení s následným poškozením pacienta (MZ ČR, ©2015).

Prošková (2014) se problémem verbální i telefonické komunikace zabývá podrobněji. Telefonickou ordinaci považuje za verbální indikaci na dálku, při níž lékař bezprostředně před indikací pacienta nevidí. Za bezpečnější formu považuje využití indikace na dálku mailem či faxem, při nichž odpadá riziko nedorozumění a v neposlední řadě též otázka případného důkazního břemene. Lékař indikující tímto způsobem by měl ovšem zvážit, zda se jedná o postup lege artis.

Závazné stanovisko ČLK č. 1/2002 Nepřímá ordinace (2002) uvádí podmínky, za kterých lze nepřímé ordinace konat. Lékař může provést nepřímou ordinaci v případech, kdy údaje bezprostředně sdělené a údaje, které jsou mu o pacientovi známy, pokládá v danou chvíli za dostatečné a na jejich podkladě nepovažuje za nezbytnou osobní přítomnost. Ihned, jakmile je to možné, provede lékař o nepřímé ordinaci zápis do zdravotnické dokumentace pacienta.

Bezpečné předávání pacientů

RBC 7 zachycuje nutnost jednotného způsobu předávání pacientů a informací o nich mezi jednotlivými odděleními, klinikami nebo mimo zdravotnická zařízení. Zahrnuje sjednocené poskytnutí informací jiným odborným pracovníkům participujícím na zlepšení zdravotního stavu pacienta (MZ ČR, ©2015). Vnitřní předpis určuje nejen kompetence předávajících a přebírajících osob, ale i rozsah a obsah lékařské či sesterské překladačové zprávy, jež je předávána spolu s pacientem (Brabcová, 2014).

2.3.3 Medikační pochybení

„Hlavním rozdílem mezi pochybením ve zdravotnictví a pochybením v běžném životě je skutečnost, že i malé pochybení ve zdravotnickém zařízení může mít za následek poškození pacienta nebo i jeho smrt.“ (Škrla, Škrlová, 2008, str. 127)

Nejčastější chyby ve zdravotní péči se stávají v oblasti předepisování a podávání léčivých přípravků. Definice medikačního pochybení zahrnuje jakoukoli nežádoucí událost, při které došlo nebo mohlo dojít k ohrožení či poškození zdraví pacienta (Plevová, Dolanová, Adamicová, 2013). Pochybení není otázkou vůle ani předsevzetí. Všichni zdravotníci mají v úmyslu poskytovat kvalitní a bezpečnou péči, přesto v běžném pracovním životě chybují (Škrla, Škrlová, 2008).

Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví uvedená ve Věstníku č. 8/2012 říká, že každý poskytovatel zdravotních služeb bude mít interní směrnici stanovený standardizovaný postup analyzování kořenových příčin nežádoucích událostí. Analýza se bude dopodrobna zabývat prošetřením jednotlivých pochybení či jejich případné kumulace. Identifikované problémy při poskytování zdravotní péče se zaznamenají a následně budou samostatně zpracovány. Půjde o hledání klíčových klinických událostí i podílejících se specifických faktorů týkajících se individuálního stavu pacienta. Kladením otázky „Proč k situaci došlo?“ se získají cenné informace o skutečném kořeni daného problému (MZ ČR, ©2012).

Předcházení nežádoucím událostem napomáhá efektivní spolupráce multidisciplinárního týmu, vypracování interního systému kvalitně poskytované péče v organizaci, podchycení možných příčin a rozpoznání krizových oblastí či podmínek vedoucích k nežádoucím událostem. Kořenová analýza pak poskytne stanovit preventivní opatření dané problematiky, měřitelná kritéria spolu s indikátory kvality. Medikační pochybení je přijímáno jako nejrizikovější indikátor. Z toho plyne nutnost důkladné analýzy nastaveného procesu medikace (Plevová, Dolanová, Adamicová, 2013).

2.4 Specifika podávání léčivých přípravků v pobytových zařízeních sociálních služeb

O tématu podávání léčivých přípravků v sociálních službách se diskutuje již řadu let, přesto zatím všechny zúčastněné strany nedospěly k jednoznačnému rozhodnutí. Pro řadu seniorů žijících v těchto zařízeních má však problém týkající se podávání, respektive užívání léčivých přípravků velký význam.

2.4.1 Autonomie při užívání léčivých přípravků v sociálních službách

„Člověk užívá léky na základě svého rozhodnutí. Uživatel sociální služby nemůže být k užívání léků nucen ani v případě, že mu je předepíše lékař.“ (Johnová, Strnad, 2014, s. 1)

Kvalitní služby poskytované v pobytových sociálních zařízeních se odvíjejí od individuálních potřeb jednotlivce. Pokud se senior rozhodl užívat léčivé přípravky bez cizí pomoci, má právo je mít u sebe, a to jak léčivé přípravky vázané na předpis lékaře, tak i volně prodejné. V případě, kdy zařízení z provozních důvodů nevytvoří podmínky pro jejich bezpečné uložení, chráněné před možností požití jiným seniorem, pak neposkytuje službu podle individuálních potřeb (Johnová, Strnad, 2014).

Zahájení každé léčby v našem státě je podmíněno vyjádřením informovaného souhlasu s léčbou, v širším pojetí jde o uplatnění vůle člověka v oblasti péče o vlastní zdraví, které upravuje hned několik dokumentů či právních předpisů (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., občanský zákoník č. 89/2012 Sb.). Vyslovený souhlas je nutný k samotnému zahájení léčby. Neopravňuje však lékaře ani kohokoli jiného pacienta k léčbě, jejímu pokračování či následným úkonům nutit. Rozhodnutí o dodržování léčebného režimu, kam se řadí i užívání předepsaných léčivých přípravků, záleží pouze na pacientovi a nejedná se o právní jednání (Janečková, Johnová, Strnad, 2013).

Fáze vlastního užívání léčivých přípravků je asi pro sociální pobytová zařízení nejproblematictější k rozřešení. Doposud chybí jasné vymezení hranice mezi podáváním léčivých přípravků jako zdravotnickým úkonem či podporou při sebeděči v rámci dodržování léčebného režimu zahrnujícího činnost sociální služby. Lékař předepisující léčivý přípravek by se měl zamyslet a posoudit schopnosti pacienta daný přípravek správně užívat. Jedná se o činnosti typu neopomenutí doby pravidelného užití léčivého přípravku, zachování jemné motoriky pro manipulaci s malými tabletami. Pokud lékař shledá pacienta neschopným v tomto směru užívat léčivé přípravky samostatně, indikuje výkon podání léčivého přípravku všeobecnou sestrou. Pouhou dopomoc lze považovat za úkon podpory při dodržování léčebného režimu v rámci sebeděče (Johnová, Strnad, 2014).

Compliance seniora při užívání léčivých přípravků

Termín vztahující se k popisu chování pacientů ve vztahu k dodržování lékařem doporučených pravidel úspěšné léčby zní compliance. Nejedná se jen o správné užívání léčivých přípravků, ale též o dodržování doporučeného životního stylu či dietních

omezení (Vráblík, 2013). Topinková (2006) zpřesňuje definici lékové compliance obvykle vyjádřené jako kvantitativní podíl souhlasu pacienta s užíváním léčivých přípravků ve shodě s doporučením lékaře. Seběmenší odchýlení se od 100 % by mohlo být označené za non-compliance. V běžné praxi se ale termín non-compliance spíše přibližuje hranici 20-30 % odchýlení od ideálního stavu. Důsledkem nedodrženého lékového režimu může být neúčinná léčba i zvyšující se riziko nežádoucích účinků farmakoterapie.

Pro úspěšnou léčbu představuje compliance s léčebným postupem jeden ze základních kamenů. Mezi nejčastější důvody udávané seniory při nedodržování doporučeného lékového režimu vycházející ze studie Topinkové (2006) se řadilo zapomínání, nedůvěra v léčebný efekt nebo obava z užívání příliš velkého počtu léčivých přípravků. Jako rizikový faktor byly uvažovány problémy spojené s manipulací při užívání léčiv, např. půlení příliš malých tablet, otevírání obalů či vyndávání obsahu z blistrů, čtení návodů. Samostatné užívání léčiv ovlivňují zhoršené kognitivní funkce, různá stádia demence nebo deprese. Nejčastějším důvodem non-compliance respondentů v souboru bylo zapomenutí užití léčivého přípravku, které připustilo tři čtvrtiny respondentů.

Kompetence k podávání přípravků per os v sociálních zařízeních

Otázku podávání léčivých přípravků v pobytových zařízeních sociálních služeb z hlediska legislativy podrobněji rozebírá Prošková (2014). Ošetrovatelská péče v sociálních službách se liší od zdravotnických zařízení především po většinu času nepřítomným lékařem a nedostatečným personálním vybavením všeobecnými sestrami. Sestra má ze zákona povinnost poskytovat kvalifikovanou péči formou ošetrovatelského procesu. Pracovník v sociálních službách, který nebude naplňovat definici ošetrovatelské péče, též pečuje o seniorovo zdraví ve smyslu občanského zákoníku, proto i on musí provádět péči řádného odborníka. To znamená poskytovat ji na základě informovaného souhlasu a zaznamenávat veškerou poskytnutou péči do dokumentace. V zákonu o sociálních službách je mimo jiné uložena povinnost jednat v zájmu seniora a postupovat náležitě kvalitně. Z toho vyplývá, že pokud budeme podávání léčivých přípravků považovat pouze za pomoc při sebepečí poskytovanou pracovníkem v sociálních službách a nikoli za odborný výkon v kompetenci všeobecných sester, pak se budou stejná pravidla pro řádné podávání léčivých přípravků, provádění záznamu o podání i případných účincích vztahovat i na ostatní, nikoli zdravotnické pracovníky (Prošková, 2014).

Další velmi diskutovanou otázkou, jejímž zodpovězením se již dlouhou řadu let zabývají sociální zařízení, MZ ČR, MPSV a zdravotní pojišťovny, je „*zda podávání léčivých přípravků je sebekpíčí klienta, nebo zdravotní péčí poskytovanou pacientovi kvalifikovanou sestrou*“ (Prošková, 2014, str. 143). Problém opět komplexně, s přihlédnutím k zájmům všech zainteresovaných stran, rozpracovává Prošková (2014). Všeobecně je nezpochybnitelným faktem podávání léků v nemocnici všeobecnými sestrami. Vychází to též z vyhlášky č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (MZ ČR, ©2017). Nikdo si neumí představit provádění této činnosti sanitářem či osobou bez kvalifikace. V zařízeních sociálních služeb se tato skutečnost vzhledem k úhradové politice veřejných zdravotních pojišťoven stává předmětem sporu, zejména pokud se jedná o léčivé přípravky podávané per os. Zdravotní pojišťovny ve svých námitkách udávají, že uživatel pobytových sociálních služeb se nachází ve svém vlastním sociálním prostředí a zaměstnanci mu tudíž jen dopomáhají v činnostech, které by si doma zajišťoval sám. Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí podávání léků per os pouze ve zcela výjimečných případech. Ministerstvo zdravotnictví vyjadřuje velmi podobné stanovisko. Tímto byl celý proces aplikace léčivého přípravku MZ ČR i VZP zúžen na pouhé vložení do úst, což je rozpor oproti názoru české i zahraniční ošetrovatelské veřejnosti. Odbor ošetrovatelství a nelékařských povolání má názor zcela opačný. Proces podávání léčivých přípravků, kam patří i aplikace per os, je vyhrazenou kompetencí všeobecných sester (Prošková, 2014).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Průzkumný design

V práci byla použita forma ad hoc šetření. Dle Slovníku marketingových pojmů (2009) ad hoc analýza představuje jednorázové účelové šetření provedené na vyžádání. Průzkum se dotýkal prostředí, podmínek a nastavených procesů podávání léčivých přípravků pouze v jednom konkrétním zařízení sociálních služeb, pečujícím o seniory. Snahou celé práce bylo identifikovat situace, jež by ve svém důsledku mohly vyústit v poškození zdraví uživatelů daného zařízení. Získané informace poslouží jako podklad pro odstranění potenciálních příčin spojených s odhalením rizikových procesů či podmínek při podávání léčivých přípravků.

3.1.1 Cíl práce

Práce si klade za cíl ad hoc průzkumem v konkrétním pobytovém zařízení sociálních služeb, pečujícím o křehké seniory:

- analyzovat krizová místa v nastavených podmínkách i procesech při přípravě a podávání léčivých přípravků,
- navrhnout preventivní opatření k minimalizaci rizika vzniku medikačních pochybení.

3.1.2 Metodika sběru dat

Průzkumná část práce zahrnuje analýzy dokumentů (standardů, směrnic, interních nařízení, ošetrovatelské dokumentace) a skryté participantní pozorování práce všeobecných sester v přirozené situaci. Odráží tím teoretické východisko, jež říká, že ad hoc šetření vychází z metod specifických pro kvalitativní výzkum. „Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva.“ (Hendl, 2016, str. 46) Jedná se o vyhledávání a analyzování jakýchkoli informací přispívajících k osvětlení daného problému. Výzkumník pracuje přímo v terénu, sám vybírá místa či pozorované osoby, sběr dat má spíše longitudinální charakter. To vše umožňuje získat podrobný vhled do zkoumaného problému v přirozeném prostředí a nacházet lokální příčinné souvislosti. Mezi nevýhody tohoto přístupu však patří snadné ovlivnění výsledků nezkušeným výzkumníkem nebo nemožnost zobecnění učiněných závěrů (Hendl, 2016, str. 48).

Východisky pro sběr a analýzu dat bylo plnění standardu Bezpečného zacházení s léčivými přípravky dle vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti kvality a bezpečnosti

zdravotních služeb, konkrétně RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů, RBC 2 – Bezpečnost při používání rizikových léčiv a RBC 6 – Bezpečná komunikace.

Analýza dokumentů

Při analýze písemných interních dokumentů bylo zjišťováno:

- zda má dané zařízení vypracované písemné formy opory (standard, metodiku nebo interní směrnici) pro tyto činnosti:
 - uložení a likvidace léčivých přípravků,
 - příprava, bezpečná identifikace a následné podávání léčivých přípravků uživatelům,
 - komunikace při ústní nebo telefonické ordinaci léčivého přípravku lékařem,
 - předávání informací o aktuálně užívaných léčivých přípravcích při překladech uživatelů do jiných zdravotnických či sociálních zařízení nebo domácího ošetření,
- zda jsou příslušné dokumenty pro nelékařské pracovníky vykonávající ošetrovatelskou péči vždy dostupné k nahlédnutí.

V analýze zdravotní a ošetrovatelské dokumentace bylo sledováno:

- jakou formou je předávána lékařem ordinovaná aplikace léčebného přípravku,
- shodnost v zápisech všeobecné sestry a lékaře o změně ordinovaných léčivých přípravků,
- forma záznamu sloužícího jako podklad k přípravě a podání léčivých přípravků,
- zda a jakou formou dochází k zaznamenávání úkonu o provedeném podání léčivého přípravku per os,
- zda a jakou formou je zaznamenána nežádoucí událost spojená s podáváním léčivého přípravku,
- zda a jakou formou je zaznamenáno pochybení při podání léčivého přípravku.

Skryté participantní pozorování

Skryté participantní pozorování v průzkumné části práce probíhalo při běžném pracovním provozu. Střídavě o denních i nočních směnách všeobecných sester. Cíleně bylo zaměřeno na činnosti spojené s podáváním léčivých přípravků per os uživatelům v zařízení i další doprovodné situace přímo či nepřímo ovlivňující výslednou kvalitu a bezpečí při manipulaci s léčivy. Získané informace byly zaznamenávány formou terénních poznámek. Jejich

obsahem se staly popisy prostředí, pomůcek a činností práce všeobecných sester. Mezi sledované procesy patřilo:

- předávání informací o lékařem ordinovaném léčivém přípravku,
- uložení léčivých přípravků,
- příprava, bezpečná identifikace a následné podávání léčivých přípravků uživatelům,
- komunikace při ústní nebo telefonické ordinaci léčivého přípravku lékařem,
- předávání informací o aktuálně užívaných léčivých přípravcích při překladech uživatelů do jiných zdravotnických či sociálních zařízení nebo domácího ošetření.

Teoretické východisko pro metodu skrytého participantního pozorování vycházelo z tvrzení Reichela (2009), který řadí pozorování mezi nejstarší metody sběru dat o lidech a jejich činnostech. Aby splňovalo podmínky výzkumné úrovně, musí být založeno na systematickém sledování smyslově vnímaného fenoménu, jenž je objektem zkoumání. Dle Hendla (2016) se výzkumník stává úplným účastníkem a rovnoprávným členem skupiny. Nikdo ze sledované skupiny není o jeho úkolu informován. Fokusové pozorování je již zaměřeno na relevantní osoby, podmínky i procesy zkoumaného problému. Kvalitativní metody většinou nelze plně standardizovat, není předepsána specifická forma zápisu informací.

3.1.3 Místo sběru dat

Průzkumné šetření probíhalo v konkrétním zařízení pro seniory, jehož zřizovatelem je samotné město. Jedná se o příspěvkovou organizaci integrovanou v systému sociálních služeb dané oblasti. Zařízení provozuje hned několik sociálních služeb pro seniory, z nichž dvě střediska jsou pobytového charakteru: domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Specifika obou typů středisek podrobně popisují příslušné kapitoly v teoretické části práce. Cílová skupina uživatelů zahrnuje osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, osamělosti, zdravotního či tělesného postižení nebo tíživé sociální situace. Svou lůžkovou kapacitou se zařízení řadí mezi větší svého druhu.

Zařízení svým uživatelům poskytuje služby nejen sociální, ale též zdravotní prostřednictvím vlastních zaměstnanců. Ošetrovatelská péče je poskytována s účinností zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, na základě uzavřené Zvláštní smlouvy o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby s několika zdravotními pojišťovnami. Ošetrovatelskou péči koordinuje vrchní sestra, pod níž spadají všeobecné sestry v třísměnném provozu i sestry na ranní směnu. Mezi další členy týmu se řadí pracovníci

v přímé péči, nutriční specialista, masérky. Do zařízení dochází lékař psychiatr a několik obvodních lékařů. Více informací vzhledem k zachování anonymity zařízení není možné poskytnout, nijak to však neovlivňuje prezentaci výsledků průzkumného šetření.

Sběr dat v sociálním pobytovém zařízení probíhal při běžném pracovním provozu od 1. 8. 2017 do 31. 12. 2017. Vycházel z již popsané metodiky průzkumného šetření. V první fázi proběhla analýza veškerých dostupných písemných materiálů vztahujících se k vytyčeným činnostem při podávání léčivých přípravků. Následně v rámci cíleného skrytého participativního pozorování byly sledovány činnosti všeobecných sester vztahující se k podávání léčivých přípravků per os uživatelům žijícím v zařízení.

3.1.4 Etické aspekty sběru dat

Sběr dat při skrytém participativním pozorování se zaměřoval na činnosti všeobecných sester vycházejících z jejich náplně práce. Probíhal po předcházející vzájemné dohodě mezi ředitelem zařízení a řešitelkou práce, kdy došlo k podepsání informovaného souhlasu o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce. Řešitelka se zavázala, že ve své závěrečné práci ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebude uvádět osobní a citlivé údaje respondentů či organizace.

3.1.5 Metoda použité analýzy

Veškerá data získaná při průzkumném šetření z písemných dokumentů či skrytého participativního pozorování byla následně podrobena analýze příčin a důsledků pomocí Ishikawova diagramu. Diagram příčin a důsledků vytvořil japonský univerzitní profesor a významný inovátor v oblasti řízení kvality Kaoru Ishikawa v roce 1968. Šupšáková (2017) popisuje Ishikawův diagram jako metodu vhodnou k vizualizaci příčin a důsledků. Hlavní přednost spočívá v přehledném znázornění a uvědomění si potenciálních příčin specifické události, které by mohly ve svém důsledku vyústit v chybnou činnost. Každá z objevených příčin může být způsobena některým ze sekundárních faktorů. Jednotlivé nalezené faktory se sdruží do hlavních kategorií příčin a pomohou tak nalézt původ chyby. Tím umožní naplánovat preventivní opatření v rámci každé hlavní kategorie, v důsledku čehož se předejde chybné činnosti.

Veškeré faktory, jež by při podávání léčivých přípravků mohly vést k pochybení, byly označeny jako potenciální příčiny první úrovně. Poté došlo k systematickému zařazení příčin dle společných vnějších znaků do hlavních kategorií. V průzkumném šetření byly definovány následující hlavní kategorie příčin při přípravě a podávání léčivých přípravků:

- **lidé** – všeobecné sestry, pracovníci v sociálních službách, lékaři. Lidský faktor není bezchybný, člověk často podléhá únavě, stresu, odlišuje se dosaženým vzděláním, kompetencemi, praktickými zkušenostmi i morálním kreditem;
- **směrnice** – forma a obsah interních směrnic řídí veškeré činnosti na pracovišti. Popisují průběh jednotlivých procesů, jsou páteří celého zařízení, vedou všechny pracovníky při každodenních činnostech jednotným způsobem ke stejnému cíli;
- **procesy** – představují posloupnost činností, jejich logickou návaznost, způsob efektivní komunikace;
- **prostředí** – tvoří vhodně řešené zázemí, dostatečný časový prostor, minimum faktorů narušujících koncentraci;
- **pomůcky** – vhodně zvolené nástroje jako počítačové programy, jednodenní lékovky, úložné prostory;
- **metody** – definují minimální akceptovatelné požadavky na provedení určité činnosti, které musí být pracovníky dodržovány.

Potenciální příčiny druhé úrovně podrobněji popisují faktory vzniku rizika medikačního pochybení u prvotní příčiny, jež by v důsledku mohla vyústit v nežádoucí událost popsanou ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 8/2012 typu:

- problém s ošetrovatelskou dokumentací,
 - záznamy péče, medikační listy, jmenovky, štítky,
 - záměna uživatele nebo jiná chyba v dokumentu,
 - nejasné, dvojznačné či nekompletní informace v dokumentu,
 - dokument přístupný neoprávněné osobě,
- zacházení s léčivými přípravky,
 - problém při skladování, přípravě nebo podání léčivého přípravku,
 - záměna uživatele,
 - záměna léčiva,
 - chybná dávka, síla či frekvence,
 - vynechaná dávka,
 - provedeno nekompletně, neadekvátně či chybně,
 - chybné skladování.

Pro velkou četnost dat nebylo možné v práci využít známé grafické znázornění Ishikawova diagramu ve tvaru rybí kostry. Základní myšlenka použít systému tabulek vychází z programu Ishikawova diagramu vytvořeného Štřelcem (Vlastní cesta, 2014). Původní grafické vyjádření

prezentuje jednotlivé kategorie jako celky. V práci byla použita autorkou modifikovaná verze převedená do systému tabulek, kombinující potenciální příčiny první a druhé úrovně různých kategorií tak, aby odrážela rizikové oblasti analyzovaných dokumentů nebo činností. Použití tabulek pomohlo větší přehlednosti a srozumitelnosti. Každá kapitola věnující se analýze písemných dokumentů nebo pozorování některé z pracovních činností končí souhrnem rizikových momentů. Podstata rizik je roztríděna do tabulky, která tvoří výše z celkového zpracování Ishikawova diagramu viz tabulky 1 a 2. V závěru práce jsou interpretovány důvody, proč jsou nejvýznamnější příčiny v jednotlivých kategoriích rizikové v celkovém procesu přípravy a podávání léčivých přípravků v daném pobytovém zařízení sociální péče.

Tabulka 1 – Výšeč hlavních kategorií Ishikawova diagramu

	Hlavní kategorie PROSTŘEDÍ		Hlavní kategorie POMŮCKY		Hlavní kategorie LIDÉ	Nežádoucí událost při přípravě a podávání léčivých přípravků (LP)
R1	příčina první úrovně	O1	příčina první úrovně	L1	příčina první úrovně	
R2	příčina první úrovně	O2	příčina první úrovně	L2	příčina první úrovně	
R3	příčina první úrovně	O3	příčina první úrovně	L3	příčina první úrovně	
R4	příčina první úrovně	O4	příčina první úrovně	L4	příčina první úrovně	
R5	příčina první úrovně	O5	příčina první úrovně	L5	příčina první úrovně	
	→		→		→	
S1	příčina první úrovně	P1	příčina první úrovně	M1	příčina první úrovně	
S2	příčina první úrovně	P2	příčina první úrovně	M2	příčina první úrovně	
S3	příčina první úrovně	P3	příčina první úrovně	M3	příčina první úrovně	
S4	příčina první úrovně	P4	příčina první úrovně	M4	příčina první úrovně	
S5	příčina první úrovně	P5	příčina první úrovně	M5	příčina první úrovně	
	Hlavní kategorie SMĚRNICE		Hlavní kategorie PROCESY		Hlavní kategorie METODY	

Tabulka 2 – Výšeč rozpracovaných potenciálních příčin pochybení v hlavních kategoriích Ishikawova diagramu

	Hlavní kategorie PROSTŘEDÍ			
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro R1:	Poznámky
R1		R1.1		
		R1.2		
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro R2:	Poznámky
R2		R2.1		
		R2.2		

3.2 Interpretace výsledků

Úvodní část šetření v pobytovém zařízení sociálních služeb se zabývala analýzou interních směrnic, standardů a metodik, tj. dokumentů představujících pro pracovníky zdravotního úseku oporu v pracovních činnostech vztahujících se k zacházení s léčivými přípravky. Následovala analýza zápisů všeobecných sester a lékařů do zdravotní i ošetrovatelské dokumentace nebo interních písemností, jež slouží k předávání informací mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu. Po seznámení se s dokumentací byly při skrytém participativním pozorování sledovány podmínky, pomůcky a činnosti všeobecných sester spojené s ukládáním, přípravou a následným podáváním léčivých přípravků uživatelům v zařízení. Struktura prezentace výsledků byla pojata následovně:

- popis dokumentu nebo činností určitého procesu, jak je nastaven v zařízení,
- určení rizikových oblastí v souvislosti s možným medikačním pochybením,
- utřídění zjištěných potenciálních příčin vedoucích k medikačnímu pochybení do struktury Ishikawova diagramu,
- v poznámkách jsou uvedeny postřehy z pozorování činností pracovníků, které dokreslují sledované rizikové situace.

3.2.1 Analýza dokumentů

Průzkumné šetření bylo započato analýzou interních směrnic definovaných v metodice. Forma, obsah a dostupnost interních směrnic mají poskytovat pracovníkům zdravotního úseku oporu a jistotu při každodenních činnostech. Zároveň slouží novým zaměstnancům k lepší orientaci v pracovním prostředí.

Management zařízení se soustředil na vytváření standardů sociální péče. Zdravotní standardy v ucelené formě vytvořeny nebyly. Zmínky o některých činnostech spadajících do náplně zdravotních pracovníků jsou okrajově zahrnuty v různých písemných dokumentech.

Interní směrnice o uložení a likvidaci léčivých přípravků

Zařízení má z roku 2010 vypracovanou písemnou podobu provozních řádů. V jedné z kapitol se nachází odstavec o uložení zásob zdravotnického materiálu a léčiv:

„Lednice na uskladnění léků, včetně vakcín, jsou umístěny v sesternách. V těchto lednicích se neuchovávají potraviny ani biologický materiál. Je prováděna kontrola chladového řetězce teploměrem umístěným v lednici, záznam uveden v denním hlášení sester.“

V dalším odstavci je věta o odstraňování odpadu:

„Farmaceutický odpad: je odnášen do lékárny, která zajišťuje jeho likvidaci.“

Písemná podoba provozních řádů daného zařízení se nachází v kanceláři ředitele. Pracovníci zdravotního úseku nemají běžně tento dokument k dispozici. Jiná tištěná podoba interní směrnice či metodiky týkající se skladování či likvidace léčivých přípravků není vypracována. Veškerá sdělení týkající se těchto činností jsou novým pracovníkům při nástupu do zařízení předávána pouze ústní formou.

Rizikové oblasti dokumentace:

- nepřesná písemná forma provozního řádu,
 - není uvedena zodpovědná osoba, kdy ani jak často bude kontrolovat a provádět záznam o naměřené teplotě v chladničce,
 - není uveden optimální teplotní rozsah, který má být v chladničce udržován,
 - není uvedeno následné opatření, pokud by došlo k výkyvu z optimálního rozmezí teplot a hrozilo by poškození uložených léčivých přípravků,
 - není uvedena osoba zodpovědná za kontrolu léčivých přípravků s prošlou expirací,
 - není uvedena externí dohoda o předávání léčivých přípravků,
 - s prošlou expirací,
 - poškozených,
 - znehodnocených,do některé z lékáren zajišťujících jejich následnou likvidaci,
- chybí interní směrnice o podmínkách hromadného uložení léčivých přípravků jednotlivých uživatelů do lékárenských skříní na sesternách,
- chybí interní směrnice o podmínkách uložení vnesených léčivých přípravků, za které si zodpovídá sám uživatel,
- chybí metodiky jednotlivých procesů,
- nevyhovující dokumentace neumožňuje pravidelné kontroly daných činností vrchní sestrou vedoucích k nápravě či zlepšování kvality kontrolovaných činností.

Tabulka 3 obsahuje heslovitě zaznamenané potenciální příčiny první a druhé úrovně vycházející z rizik při chybějící interní směrnici o uložení a likvidaci léčivých přípravků. Pokud není léčivý přípravek uskladněn za podmínek doporučených výrobcem, hrozí riziko znehodnocení účinné látky. Následné podání může zapříčinit neúčinnost nastavené léčby,

nežádoucí nebo toxické účinky pro organismus uživatele. Kontrola expirace léčivých přípravků není prováděna důsledně, mohlo by dojít k neúmyslnému podání léčiva s prošlou dobou expirace.

Tabulka 3 – Potenciální příčiny pochybení způsobené nevhodnou směrnicí o uložení a likvidaci LP

Hlavní kategorie SMĚRNICE				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S1:	Poznámky
S1	nepřesná forma směrnice o uložení a likvidaci LP	S1.1	neúplné informace o činnostech	
		S1.2	chybí metodiky procesů	nejednotná činnost
		S1.3	chybí zodpovědné osoby	provádí jen někteří pracovníci

Metodika podávání léčivých přípravků per os

Zařízení má z roku 2010 vypracovanou tištěnou formu metodik zdravotní péče pro domov se zvláštním režimem. Aktualizace proběhla v roce 2013. Uvedený soubor metodik je uložen v kanceláři vrchní sestry. Všeobecné sestry nemají možnost do něj kdykoli nahlédnout či provádět jednotlivé činnosti dle popsaných postupů. Dokument obsahuje metodiku popisující postup podávání léčivých přípravků v zařízení (viz Příloha A). Metodika nesplňuje kritéria RBC a Vyhlášky č. 102/2012 Sb. Jedná se konkrétně o tato kritéria:

- chybí posouzení zdravotního stavu uživatele těsně před podáním léčivého přípravku,
- chybí ověření názvu, formy, dávky, způsobu aplikace a času léčivého přípravku těsně před podáním,
- chybí identifikace uživatele minimálně dvěma nástroji těsně před podáním léčivého přípravku.

Pozorováním bylo ověřeno, že některé vypracované postupy, zařazené v metodice, neodpovídají současné realitě probíhajících činností, např. antibiotika nepodává vždy všeobecná sestra, léčivé přípravky nejsou podávány vždy po jídle.

Rizikové oblasti dokumentace:

- metodiky nejsou běžně k dispozici pracovníkům zdravotního úseku,
- nepřesné a neúplné informace o činnostech,
- text nekoresponduje s prováděnými činnostmi,
- není vypracována metodika přípravy léčebných přípravků.

Tabulka 4 ukazuje, že se jedná o nevhodnou interní směrnici s chybějícími náležitostmi. Metodika podávání léčivých přípravků neuvádí, pro které zaměstnance je určena, nedefinuje obsah pojmu léčivý přípravek. V textu není popsána činnost přípravy předcházející podání léčivých přípravků. Není zaznamenán postup v případě, kdy uživatel z jakéhokoliv důvodu odmítá podávaný léčivý přípravek. Z textu vyplývá, že se jedná o popis především per os podání. Žádná jiná metodika se však nezabývá ostatními způsoby aplikace léčivých přípravků. Pozorované činnosti zaměstnanců potvrdily nejednotnost prováděného procesu podání léčivých přípravků. Metodika vypracovaná v zařízení působí celkově neprofesionálním dojmem.

Tabulka 4 - Potenciální příčiny pochybení vycházející ze směrnice o podávání LP

Hlavní kategorie SMĚRNICE				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S2:	Poznámky
S2	nevhodná interní směrnice o podávání LP	S2.1	nepřesné a neúplné informace	nejednotná činnost
		S2.2	není běžně k dispozici	
		S2.3	chybí metodika o přípravě LP	

Interní směrnice o označení léčivých přípravků

Zařízení nemá vypracovanou písemnou podobu interní směrnice týkající se označení léčivých přípravků jednotlivých uživatelů. Jedná se o léčivé přípravky vnesené samotným uživatelem, případně rodinnými příslušníky, nebo přípravky doručené přímo pověřeným zaměstnancem lékárny. Management zařízení nevstoupil do jednání s dodávající lékárnou, aby dohodl pravidla pro bezpečnou identifikaci dodávaných léčivých přípravků konkrétním uživatelům. Všeobecné sestry se spoléhají na nalepené, ručně psané štítky na jednotlivých baleních dodávaných lékárnou. Identifikační štítky jsou různé úrovně s nejednotným obsahem informací. Pokud mají uživatelé své léčivé přípravky uskladněny na pokoji a sami si za ně zodpovídají, nenesou tato balení žádný identifikační údaj, komu patří.

Rizikové oblasti dokumentace:

- není vypracována písemná forma interní směrnice o označení léčivých přípravků uložených centrálně v lékových skříních na sesternách ani přípravků uložených na pokoji uživatelů,
- nevhodné označení léčivých přípravků.

Tabulka 5 zobrazuje heslovitě potenciální příčiny vedoucí k medikačnímu pochybení při chybějící interní směrnici o označení léčivých přípravků. Nejednotné či chybějící označení přináší možnost záměny uživatele při přípravě a následném podání léčivého přípravku.

Tabulka 5 – Potenciální příčiny pochybení při chybějící směrnici o označení LP

Hlavní kategorie SMĚRNICE				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S3:	Poznámky
S3	chybějící směrnice o označení LP jednotlivých uživatelů	S3.1	různorodá kvalita identifikačních štítků na jednotlivých baleních LP	nejednotné označení
		S3.2	žádné identifikační štítky na některých baleních LP	

Interní směrnice o provedení záznamu při podání léčivého přípravku per os

Zařízení nemá vypracovanou žádnou interní směrnici vyžadující provedení záznamu všeobecnou sestrou o podání léčivého přípravku per os konkrétnímu uživateli. Sestry neprovádí o tomto výkonu zápis do zdravotní nebo ošetrovatelské dokumentace.

Rizikové oblasti dokumentace:

- není vypracována písemná forma interní směrnice o provedení záznamu podání léčivého přípravku všeobecnou sestrou,
- všeobecné sestry nezaznamenávají podání léčivého přípravku per os,
- neprobíhá kontrola podávání léčivých přípravků.

Tabulka 6 zobrazuje potenciální příčiny při chybějící směrnici o nutnosti provést záznam všeobecnou sestrou do ošetrovatelské dokumentace uživatele o podání léčivého přípravku. Zařízení musí stanovit přesnou formu záznamu, z které bude patrné, zda k podání došlo, který pracovník činnost provedl, jaký léčivý přípravek podal, komu a kdy ho podal. Jedná se o úkon navazující na indikaci lékaře, jenž ordinoval podání léčivého přípravku konkrétnímu uživateli za určitých přesně stanovených podmínek.

Tabulka 6 – Potenciální příčiny pochybení při chybějící směrnici o provedení záznamu podání LP

Hlavní kategorie SMĚRNICE				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S4:	Poznámky
S4	chybějící směrnice o zaznamenání provedení podání LP	S4.1	všeobecné sestry neprovádí záznam o podání LP	neprobíhá kontrola podání
		S4.2	není možná kontrola podání	

Interní směrnice o telefonické ordinaci léčivého přípravku lékařem

Zařízení nemá vypracovanou písemnou podobu interní směrnice týkající se telefonické ordinace léčivého přípravku lékařem. Všeobecné sestry provádí záznamy do ošetrovatelské dokumentace nejednotně, s rozdílnou podrobností, případně s časovou prodlevou.

Rizikové oblasti dokumentace:

- není vypracována písemná forma interní směrnice o jednotném procesu provedení záznamu telefonické ordinace léčivého přípravku lékařem,
- různorodost záznamů všeobecných sester v ošetrovatelské dokumentaci.

Tabulka 7 zobrazuje potenciální příčiny vedoucí k pochybení při chybějící směrnici o zaznamenávání telefonické ordinace léčivého přípravku lékařem. Proces přijímání verbálně ordinovaného léčiva na dálku je vysoce rizikový. Nejednotná forma obsahu v ošetrovatelské dokumentaci a opožděně učiněný záznam vede v některých případech k neúplným či chybným interpretacím informace sdělené lékařem.

Tabulka 7 – Potenciální příčiny pochybení při chybějící směrnici o telefonické ordinaci LP lékařem

	Hlavní kategorie SMĚRNICE			
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S5:	Poznámky
S5	chybějící směrnice o telefonické ordinaci LP lékařem	S5.1	nejednotná forma obsahu	neúplné informace
		S5.2	opozděný záznam	

Interní směrnice o postupu při pochybení nebo nežádoucí události

Zařízení nemá vypracovanou žádnou interní směrnici, ve které by vyžadovalo provedení záznamu o pochybení nebo nežádoucí události spojené s přípravou či podáváním léčivých přípravků per os. Ze skrytého zúčastněného pozorování vyplynulo, že ke skoro pochybení nebo k pochybení při přípravě i podávání léčivých přípravků per os dochází. Události však nejsou nijak dokumentovány ani hlášeny.

Rizikové oblasti dokumentace:

- není vypracována písemná forma interní směrnice o postupu při pochybení nebo nežádoucí události při přípravě nebo podávání léčivých přípravků,
- nedostatečná informovanost všeobecných sester o problematice nežádoucích událostí,
- nedochází k záznamu o pochybení nebo nežádoucí události,
- nejsou sledovány a vyhodnocovány nežádoucí události.

V případě absence interní směrnice definující proces sledování medikačních pochybení a nežádoucích událostí ukazuje tabulka 8 potenciální příčiny druhé úrovně a jejich důsledky. Všeobecné sestry jsou nedostatečně seznámeny s procesem sledování medikačních pochybení i jeho pozitivním dopadem na zvýšení bezpečnosti poskytované péče. Nedochází-li k záznamu o pochybení, není možné dohledat ani záznam o případném důsledku na zdravotní stav uživatele.

Tabulka 8 – Potenciální příčiny opakovaných pochybení při chybějící směrnici o postupu hlášení NU

Hlavní kategorie SMĚRNICE				
Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S6:	Poznámky	
S6	chybějící směrnice o postupu při pochybení nebo nežádoucí události	S6.1	nedochází k záznamu	nedochází k nápravě
		S6.2	nejsou sledována a vyhodnocována pochybení	nedochází k úpravě nevhodně nastavených činností
		S6.3	nejsou hlášeny nežádoucí události	
Hlavní kategorie LIDÉ				
Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro L2:	Poznámky	
L2	neproškolené všeobecné sestry	L2.1	neinformovanost sester o problému nežádoucích událostí	podcenění rizika

3.2.2 Analýza zdravotní a ošetrovatelské dokumentace

V zařízení se používá informační systém vytvořený speciálně pro využití v sociálních službách pobytového charakteru. Prostřednictvím tohoto programu je zaznamenávána ošetrovatelská dokumentace v elektronické formě. Zdravotní karty uživatelů se závěry lékařských vyšetření existují ve dvojí formě. Papírová je uložena v ambulanci zařízení a elektronická v informačních systémech obvodních lékařů. Informační systémy obvodních lékařů ordinujících v zařízení i lékaře psychiatra nejsou kompatibilní se systémem pro sociální služby. Pokyny lékařů určené všeobecným sestram se neustále duplicitně přepisují, dochází k opakovaným zápisům jedné informace.

Riziková oblast dokumentace:

- nekompatibilita informačních systémů lékařů a informačního systému pro sociální služby používanému v zařízení.

Shodnost předávaných informací mezi lékařem a všeobecnou sestrou o nově ordinovaných léčivých přípravcích či změně trvalé medikace je klíčovou podmínkou bezpečné a kvalitní farmakoterapie. Tabulka 9 heslovitě popisuje potenciální příčiny vycházející z opakované

duplikace jednoho záznamu několika pracovníky. Přepisy daného sdělení vedou k postupné ztrátě informací a k jejich deformaci. Opomenutí pořádku záznamů vede k neprovedení dané činnosti. Duplicita záznamů zatěžuje pracovníky časově, zvyšuje administrativu, tím ve svém důsledku ubírá čas, jenž by mohl být věnovaný přímé péči. Informační systémy neslouží k usnadnění komunikace, ke sdílení informací, ale naopak zvyšují rizika a časové ztráty.

Tabulka 9 - Potenciální příčiny pochybení při nekompatibilních informačních systémech

Hlavní kategorie POMŮCKY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O5:	Poznámky
O5	nekompatibilita informačních systémů lékařů a sester	O5.1	duplicita záznamů	neúměrné riziko chyb při duplikaci záznamů
		O5.2	neúplné a chybné obsahy záznamů	
		O5.3	časová ztráta	

Interní záznam o lékařem ordinovaném léčivém přípravku

Obvodní lékaři předávají všeobecným sestřám aktuální informace o změnách ordinovaných léčivých přípravků prostřednictvím poznámek v sešitě. Jedná se o ručně psané záznamy s různou mírou čitelnosti, přehlednosti i úplnosti informací. V rámci ambulantních ordinačních hodin lékaři duplicitně zapisují informace o ordinovaných léčivých přípravcích jednotlivým uživatelům do své elektronické dokumentace i do zmíněného sešitu. Záznam je označen datem ordinačního dne, jako identifikační prvek uživatele slouží příjmení. Ordinovaný léčivý přípravek bývá většinou označen firemním názvem, silou, lékovou formou i frekvencí dávkování. Ta mívá několik způsobů záznamu, např.:

- Zaldiar tbl. 1–1–1,
- Warfarin 1,5 – 1,5 – 1,5 – 1 – 1,5 – 1,5 – 1,
- Warfarin 3 mg Po – Pá 0–1–0, ostatní dny 0 – 0,5 – 0,
- Augmentin 1 g po 12 hod.

Délka podávání jednotlivých léčivých přípravků bývá formulována nejednotně výrazy dlouhodobě, trvalá medikace, vybrat a ex, jen při potížích či zkratkou p.p. Tento písemný prostředek interní komunikace není archivován. Obrázek 1 je ukázkou záznamu z interního předávání informací o provedené změně ordinace nebo nasazení nového léčivého přípravku obvodními lékaři.

[redacted] propíjí ke na práci d. [redacted]
 [redacted] - prošel nebrat INR u po 9.1.
 [redacted] - kontrola ZDE 12.1
 Fraxiparin do pondělí (včera)
 Warfarin současně

[redacted] prošel obj. sávkou na
 hematologii 25.1. = 9.00 hod.
 ráno - jde i na odběry

[redacted] brat WARFARIN 1T-1T-1T-1T-1T-1T-1T
 Amicla x 9 d. 2x
 - AUGMENTIN 1g a 2g, ACC 1-0-0
 - LACIDOL 1-1-1
 - ko za týden
 - pro přípravu stávkou dechu a kůže ad
 interna (když v kůži) - učit mi pondělí

[redacted] - ad. elix.
 [redacted] - Amicla v u. 4.
 [redacted] Turca 12 00 d. kůže
 [redacted] - LACIDOL 1-1-1 AUGMENTIN 1g a 2g
 - ko za týden, Amicla x 9 d. 2x
 [redacted] - 1x d. Fraxi mást aplikovat d. kůže
 do rána, d. glycerin a p. l.
 [redacted] - kůže stále d. kůže

[redacted] - AZITROMYCIN 1-0-0 - dozrát a (el)
 RESCIN 2-2-2
 - WARFARIN - d. 72, 60 - vysadit
 dáte 0,5-0,5-0,5-1-1-1-1-1
 Amicla za 14 d. (2. kůže)

Obrázek 1 – Záznam interního předávání informací mezi lékařem a sestrou

Lékař psychiatr předává informace o nově ordinovaném léčivém přípravku či změně trvalé medikace prostřednictvím ručně psaného zápisu do papírového listu s označením *rozpis psychiatrické medikace*. Hlavička každého rozpisu obsahuje jméno, příjmení, rodné číslo a zdravotní pojišťovnu uživatele. Aktuální zápis je označen datem, uvádí firemní název léčivého přípravku, sílu, formu a frekvenci podání. Následuje jmenovka lékaře spolu s podpisem. Na dalším řádku se podepisuje všeobecná sestra provádějící zpracování záznamu a jeho duplicitní zápis do informačního systému používaného v zařízení. Papírová forma medikačního listu je v případě úmrtí či ukončení pobytu uživatele založena do papírové

podoby zdravotní karty a s ní archivována. Ukázka listu *rozpisu psychiatrické medikace* je na obrázku 2.

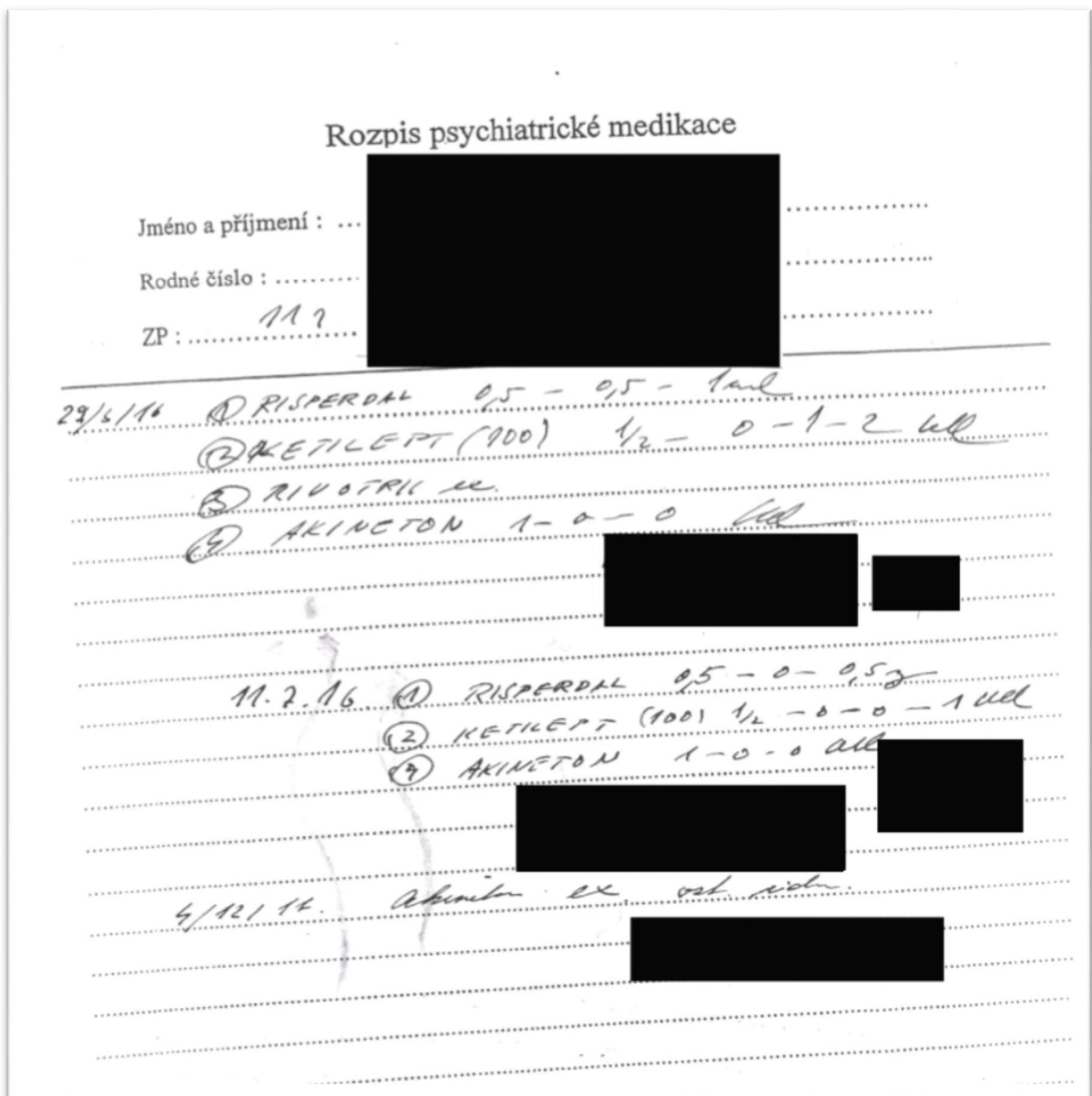
Rozpis psychiatrické medikace

Jméno a příjmení :
Rodné číslo :
ZP : 11 ?

29/6/16 ① RISPERDAL 0,5 - 0,5 - 1tbl
② KETILEPT (100) 1/2 - 0 - 1 - 2 tbl
③ RIVOTRIL tbl
④ AKINETON 1 - 0 - 0 tbl

11.7.16 ① RISPERDAL 0,5 - 0 - 0,5tbl
② KETILEPT (100) 1/2 - 0 - 0 - 1tbl
③ AKINETON 1 - 0 - 0 tbl

4/12/16 Abinon tbl ost. tbl.

The image shows a handwritten psychiatric medication prescription form. At the top, it is titled "Rozpis psychiatrické medikace". Below the title, there are fields for patient information: "Jméno a příjmení : ...", "Rodné číslo : ...", and "ZP : 11 ?". The patient's name and ID number are redacted with a large black box. The main body of the form contains three entries, each starting with a date and a circled number. The first entry is dated 29/6/16 and lists three medications: RISPERDAL (0.5 - 0.5 - 1tbl), KETILEPT (100) (1/2 - 0 - 1 - 2tbl), and RIVOTRIL (tbl). The second entry is dated 11.7.16 and lists three medications: RISPERDAL (0.5 - 0 - 0.5tbl), KETILEPT (100) (1/2 - 0 - 0 - 1tbl), and AKINETON (1 - 0 - 0tbl). The third entry is dated 4/12/16 and lists "Abinon tbl ost. tbl.". There are several large black redaction boxes covering parts of the form, including the patient's name, ID number, and some of the medication details.

Obrázek 2 – Rozpis psychiatrické medikace

Rizikové oblasti záznamu:

- ručně psané informace,
- duplicita informací,
- neúplné informace o ordinovaných léčivých přípravcích či jejich změnách,
- nedostatečná identifikace uživatele ordinovaného léčivého přípravku v záznamu obvodního lékaře,
- nedochází k archivaci záznamu s citlivými informacemi.

V tabulce 10 jsou zaznamenány hlavní nedostatky při nevhodně nastaveném systému předávaných informací mezi lékaři a všeobecnými sestrami. V poznámkách jsou uvedeny problematické činnosti vysledované při pozorování práce všeobecných sester s takto vedenými záznamy.

Tabulka 10 – Potenciální příčiny pochybení při nevhodně předávaných informacích mezi lékaři a sestrami

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P5:	Poznámky
P5	nevhodná forma předávání informací o změnách LP ordinovaných lékařem	P5.1	ručně psaný záznam	špatná čitelnost
		P5.2	nedostatečná identifikace uživatele	
		P5.3	neúplné informace o léčivém přípravku	chybná příprava
		P5.4	nedochází k archivaci citlivých informací	

Zdravotní záznamy v ošetrovatelské dokumentaci všeobecných sester o lékaři ordinovaných léčivých přípravcích

Informační systém používaný pracovníky zdravotního úseku umožňuje v kartě uživatele zaznamenávat údaje o alergické reakci a pořizovat záznamy spolu s hodnocením péče spadající do kompetencí všeobecných sester. Obvodní lékaři a psychiatr používají tento program pouze k nahlédnutí a upřesnění informací, jiným způsobem s ním nepracují, nečiní do něj žádné zápisy týkající se nastavení medikace uživatelů. Všeobecné sestry přepisují všechna sdělení o změně ordinovaných léčivých přípravků jednotlivým uživatelům ze sešitu *ordinace lékaře* i z *rozpisu psychiatrické medikace* do elektronické ošetrovatelské dokumentace. Jde v pořadí o třetí zápis týkající se lékařem ordinovaného léčivého přípravku pro konkrétního uživatele. Sestra označí datum, hodinu provedení zápisu, jméno lékaře, někdy jen zkratku OL (obvodní lékař). Systém sám zaznamená jméno pracovníka provádějícího zápis pomocí identifikačních údajů a hesla při přihlášení. Další obsah záznamů nemá jednotný charakter. Několika slovy se přepíše obsah sdělené informace získaný z ručně psaných záznamů provedených v ambulanci lékařem během ordinačních hodin (viz Obrázek 1).

K analýze o shodnosti přeepsaného obsahu záznamu všeobecných sester o lékařem nově ordinovaných léčivých přípravcích či provedených změnách stávající medikace byly použity všechny záznamy ze dvou náhodně vybraných ordinačních dnů. Šlo vždy o poslední ordinační den v měsících srpnu a září. Celkem v tyto dny proběhla změna lékařem ordinovaných

léčivých přípravků u 11 uživatelů. V součtu se jednalo o 17 změn. Na záznamech se hodnotilo zda:

- došlo k provedení záznamu o lékařem ordinované změně léčivého přípravku všeobecnou sestrou,
- je uveden shodný firemní název ordinovaného léčivého přípravku,
- je uvedena shodná síla ordinovaného léčivého přípravku,
- je uvedena shodná forma ordinovaného léčivého přípravku,
- je uvedeno shodné dávkování ordinovaného léčivého přípravku.

Výsledky analýzy shodnosti zápisů mezi informacemi sdělenými lékaři a reprodukováním téhož obsahu všeobecnou sestrou do elektronické ošetrovatelské dokumentaci ukazuje tabulka 11. Bylo zjištěno, že z jedenácti lékařských záznamů jeden nebyl do ošetrovatelské dokumentace zaznamenán. Opomenutí způsobilo přehlédnutí změny v medikačním rozpisu uživatele. U 16 léčivých přípravků sestry v 15 případech shodně zaznamenaly firemní název. Pouze jednou místo slovního vyjádření byla použita zcela nevhodná a matoucí zkratka (Warfarin 3 mg tbl. byl označen zkratkou WF). Léková forma byla zaznamenána v polovině případů. Mnoho analgetik existuje v několika provedeních tablety, kapky, injekce. Absence lékové formy může být zavádějící a riziková. Frekvence podávání léčivého přípravku byla opomenuta pouze v jediném případě. Síla účinné látky však chyběla u 11 záznamů. Pokud by lékař nasadil stejný léčivý přípravek, jen s nižší nebo naopak vyšší účinností, z takto provedeného záznamu by změna nebyla patrná. Závěr analýzy prokázal prepisy všeobecných sester jako vysoce rizikovou oblast ve zdravotní dokumentaci.

Tabulka 11 – Vyhodnocení shody mezi záznamem všeobecných sester a záznamem lékaře

	chybějící zápis ve zdravotním záznamu sester	zapsaný firemní název léčivého přípravku	správný firemní název léčivého přípravku	léčivý přípravek zapsaný zkratkou	zapsaná forma léčivého přípravku	zapsané dávkování léčivého přípravku	zapsaná síla léčivého přípravku	shodný celkový obsah zápisu v ošetrovatelské dokumentaci
ANO	1	16	15	1	8	15	5	0
NE	10	0	1	15	8	1	11	16

Rizikové oblasti záznamů:

- zápis do informačního systému provádí všeobecná sestra místo lékaře,
- chybný a neúplný zápis,
- nejednotná forma zápisu.

Tabulka 12 zobrazuje potenciální příčiny při předávání informací o provedených změnách v podávání léčivých přípravků mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Ručně psané sdělení se jeví jako krajně nevhodné. Míra čitelnosti záznamů psaných ve spěchu je mnohdy nízká. Snadno může dojít ke špatné interpretaci sdělení a medikačnímu pochybení. K pozitivní identifikaci uživatele není dostačující pouze příjmení s číslem pokoje. Často se vyskytují osoby, jejichž příjmení je shodné nebo velmi podobné. Veškerá nařízení MZ týkající se bezpečné identifikace uživatelů požadují jméno, příjmení i rok narození. Pokud interní dokumentace zařízení obsahuje citlivé informace o jednotlivých uživatelích, pomocí nichž by mohlo dojít k identifikaci jejich osoby, měla by být archivována dle platné vyhlášky.

Tabulka 12 – Potenciální příčiny pochybení způsobené při předávání informací mezi lékaři a sestrami

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně	Potenciální příčiny druhé úrovně pro P3:	Poznámky	
P3	nevhodný systém záznamů sester do ošetrovatelské dokumentace týkající se LP	P3.2	duplicita záznamů	nejednotná forma zápisů
		P3.3	záznam o ordinaci LP provádí sestra ne lékař	nekompetentní osoba
	Příčina první úrovně	Potenciální příčiny druhé úrovně pro P5:	Poznámky	
P5	nevhodná forma předávání informací o změnách LP ordinovaných lékařem	P5.1	ručně psaný záznam	špatná čitelnost
		P5.2	nedostatečná identifikace uživatele	chybné podání
		P5.3	neúplné informace o léčivém přípravku	chybná příprava
		P5.4	nedochází k archivaci citlivých informací	

Analýza medikačních listů uživatelů

Medikační listy jednotlivých uživatelů obsahují aktuálně lékařem ordinované léčivé přípravky. Slouží všeobecným sestram při noční směně jako podklad k přípravě léčivých přípravků do jednodenních lékovek. Jde o záznamy tištěné z informačního systému používaného v zařízení. Informace do příslušného oddílu nekládá lékař, ale vrchní sestrou pověřené všeobecné sestry. Jednotná hlavička medikačního listu obsahuje jméno a příjmení uživatele, rodné číslo, středisko (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem). Pod hlavičkou se nachází číselný seznam jednotlivých léčivých přípravků v abecedním pořadí. Vždy je uveden kompletní firemní název, síla, forma spolu s rozepsaným počtem tablet (cps.) v sloupcích s označením ráno, poledne, večer i noc. Aktuální změny se do medikačního listu zapisují ručně (viz předchozí kapitola). Na stránce je jmenovka s podpisem obvodní lékařky stvrzující správnost obsahu vždy jen po vytištění. Obnova tištěné

formy medikačních listů probíhá až v momentě, kdy ručně psané aktualizace začínají být nepřehledné nebo je jich příliš mnoho.

K analýze bylo použito 34 náhodně vybraných medikačních listů. Klíčem k výběru byl každý pátý medikační list ze 170 uživatelů, kde za přípravu a podávání medikace zodpovídá zdravotní úsek. Hodnotil se:

- počet ručně zapsaných změn,
- počet změn provedených škrtem,
- zda ručně zapsaná změna obsahuje:
 - správný firemní název ordinovaných léčivých přípravků,
 - sílu ordinovaných léčivých přípravků,
 - formu ordinovaných léčivých přípravků,
 - frekvenci dávkování ordinovaných léčivých přípravků.

Analyzovaných 34 medikačních listů uživatelů celkem obsahovalo 38 lékařem ordinovaných změn léčivých přípravků. Výsledky analýzy prezentuje tabulka 13. Veškeré aktualizace se v medikačních listech provádějí pouze ručně psaným textem. Firemní název léčivého přípravku byl vždy bezchybný. Zapsaná síla léčivého přípravku byla uvedena pouze ve 29 případech. V 9 případech nebyla zaznamenána síla účinné látky, přestože z tohoto počtu 5 léčivých přípravků existuje na trhu s odlišným počtem miligramů či s označením retard nebo mite. U 11 zápisů nebyla uvedena forma léčivého přípravku, i když je vyráběn v tabletách, kapkách i ampulích. Dávkování bylo zaznamenáno bezchybně. Ani v jednom případě sestra při zápisu nepoužila místo celého názvu zkratku. V 6 případech došlo k pouhému škrtnutí nadepsaného léčivého přípravku, které značilo lékařem ukončené podávání nebo vybrané balení. Z analýzy je patrné, že žádný ručně zaznamenaný zápis o změně podávání léčivého přípravku nebyl bez chyby. Celkově působily některé medikační listy nepřehledně a provedené zápisy byly hůře čitelné.

Tabulka 13 – Přehled výsledků hodnocení medikačních listů

	počet ručně zapsaných změn	správný firemní název léčivého přípravku	zapsaná síla léčivého přípravku	zapsaná forma léčivého přípravku	zapsané dávkování léčivého přípravku	léčivý přípravek zapsaný zkratkou	změna podávání léčivého přípravku provedená škrtem	celkový obsah zápisu v pořádku
ANO	38	38	29	27	38	0	6	0
NE	0	0	9	11	0	38	32	38

Obrázek 3 zachycuje náhled výřezu medikačního listu s ručně zapsanými změnami používaný v zařízení k přípravě léčivých přípravků do denních lékovek.

Název léku	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Denně	Poznámka
1 AMEDO 10 MG POR TBL FLM 100X10MG	0,00	0,00	2,00	0,00	2,00	
2 BETALOC SR 200 MG POR TBL PRO 100X200MG	0,50	0,00	0,50	0,00	1,00	
3 ESOPREX 10 MG POR TBL FLM 30X10MG	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	
4 EUTHYROX 100 MIKROGRAMŮ POR TBL NOB 100X100RG	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	
5 HYDROCHLOROTHIAZID LÉČIVA POR TBL NOB 20X25MG	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	
6 LANTUS 100 JEDNOTEK/ML SDR INJ SOL 5X3ML SOLOSTAR	0,00	0,00	12,00	0,00	12,00	MUDr. [redacted]
7 LESCOL XL POR TBL PRO 4X7X80MG	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	
8 LOSEPRAZOL 20 MG POR CPS ETD 98X20MG	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	s INZ
9 MILURIT 300 POR TBL NOB 30X300MG	0,00	0,50	0,00	0,00	0,50	
10 NEUROL 0,5 POR TBL NOB 30X0,5MG	0,00	0,00	0,10	0,00	0,10	při potřebě
11 NOVORAPID FLEXPEN 100 U/ML INJ SOL 5X3ML	14,00	10,00	10,00	0,00	34,00	MUDr. [redacted]
12 PREDUCTAL MR POR TBL RET 60X35MG	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	
13 ZALDIAR TBL FLM 60X37,5MG/325MG	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	
<p><i>PARALEN 0-0-1</i></p> <p><i>ENDOXAN 50mg 1 0 0 TRVALE HEMATOLOGIE [redacted]</i></p> <p><i>DEXAMETHAZON 20mg 1 0 0</i></p> <p><i>20.4.24 - 11 - A-O-O do 24.4. 30.5-2.6. HEMATOLOGIE [redacted]</i></p> <p><i>OD 2.5-5.5. 13.6.-16.6. 31. [redacted]</i></p> <p><i>16.5.-19.5.</i></p> <p><i>APO OME 20mg ve stejných dávkách jako dříve [redacted]</i></p> <p><i>DEXAMETHAZON 20mg 30.5.-2.6. 17</i></p> <p><i>13.6.-16.6. 17</i></p> <p><i>27.6.-30.6. 17</i></p> <p><i>10.7.-13.7. 17</i></p> <p><i>AA: VICEDRIN ALC</i></p>						

Obrázek 3 – Výřez z medikačního listu uživatele

Riziková oblast záznamů:

- medikační listy píše všeobecná sestra místo lékaře,
- ručně zapsané změny,
- nepřehlednost ručně zapsaných změn s různou mírou čitelnosti,
- neúplnost ručně zapsaných změn.

Potenciální příčiny možných pochybení při nevhodně nastaveném procesu záznamů v medikačních listech ukazuje tabulka 14. Medikační list slouží všeobecným sestřím jako podklad pro přípravu léčivých přípravků jednotlivým uživatelům do denních lékovek. Samotný záznam však neprovádí v tomto případě lékař, ale sestra, jež nemá příslušné kompetence. Jedná se v pořadí již o několikátý přepis původní lékařské informace o provedené změně ordinace léčivého přípravku. Tištěná forma medikačního listů je velmi přehledná s dobrou čitelností. Ručně dopisované změny obsahují neúplné informace o léčivých přípravcích, v některých případech jsou hůře čitelné, nepřehledné a zavádějící. Aktualizace tištěné formy probíhá nahodile, proto kumulace velkého množství ručně zapsaných změn působí značné riziko medikačního pochybení při přípravě léčiv do jednodenních lékovek.

Tabulka 14 – Potenciální příčiny pochybení vztahující se k medikačním listům uživatelů

Hlavní kategorie PROCESY			
	Příčina první úrovně	Potenciální příčiny druhé úrovně pro P7:	Poznámky
P7	nevhodný systém medikačních listů	P7.2 medikační list vytváří všeobecná sestra	nekompetentní osoba
		P7.3 duplicita záznamů	
		P7.4 nejednotná forma zápisů	nepřehledné
		P7.5 neúplné informace o LP	
		P7.6 ručně zapsané změny	hůře čitelné

3.2.3 Analýza podmínek a procesů

Skryté participantní pozorování procesu podávání a přípravy léčivých přípravků uživatelům v zařízení ukázalo, že se tak děje dvěma způsoby:

- příprava a pravidelné podávání léčivých přípravků je v kompetenci pracovníků zdravotního úseku, kteří se řídí ordinací obvodního lékaře, psychiatra nebo lékaře specialisty,
- příprava a pravidelné užívání léčivých přípravků je zcela v kompetenci samotného uživatele, pracovníci zdravotního úseku do činnosti nijak nezasahují.

Při nástupu nového uživatele do zařízení není ve většině případů přítomný lékař. Žádná interní směrnice nedefinuje obsah vstupního posouzení zdravotního stavu uživatele všeobecnou sestrou. Tabulka 15 ukazuje potenciální příčiny možného rizika, kdy pouze první dojem všeobecné sestry nebo přání rodinných příslušníků může rozhodovat o skutečnosti, zda nový uživatel je či není schopen samostatné přípravy a užívání léčivých přípravků.

Lékařská zpráva o zdravotním stavu uživatelů přiložená k žádosti o nástup do zařízení může být stará i několik měsíců. Informace v ní uvedené nejsou před příchodem aktualizovány, nemusí korespondovat s fyzickými ani psychickými schopnostmi uživatele.

Tabulka 15 – Potenciální příčiny pochybení nastaveného vstupního posouzení zdravotního stavu uživatele

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P9:	Poznámky
P9	nevhodně nastavené vstupní posouzení zdravotního stavu uživatele	P9.1	chybí směrnice o obsahu vstupního vyšetření zdravotního stavu uživatele sestrou a lékařem	
		P9.2	neexistuje mezistupeň pouhé dopomoci při přípravě LP	nepodporuje v soběstačnost
		P9.3	chybí objektivní důvody k přípravě LP personálem	narušení autonomie uživatele

Označení léčivých přípravků

Každý léčivý přípravek přijímaný všeobecnou sestrou v zařízení označuje pracovník lékárny standardně jménem a příjmením uživatele. Pokud se vyskytují duplicitní nositelé téhož jména a příjmení, je připojen i údaj o roku narození. Identifikační údaje uživatelů uvádí lékárna na ručně psaném štítku.

Rizikové oblasti procesu:

- ručně psané identifikační štítky na dodaných léčivých přípravcích,
- neúplnost identifikačních údajů příjemce na štítcích.

V tabulce 16 jsou nastíněny potenciální příčiny vedoucí k pochybení při takto zvolené metodě označení léčivých přípravků pracovníkem lékárny. Ručně psané identifikační štítky přinášejí velkou míru rizika záměny uživatelů. Písmo, zvláště psací, je hůře čitelné. Identifikační údaj obsahující někdy pouze příjmení, v jiných případech příjmení spolu se jménem, při duplicitních jménech i rok narození, je nedostačující.

Tabulka 16 – Potenciální příčiny pochybení nevhodného označení LP

Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P9:	Poznámky
M1	nevhodné označení LP lékárnou	M1.1	ručně psané štítky	hůře čitelné
		M1.2	neúplné údaje	špatná identifikace uživatele

Uložení léčivých přípravků

V případě, kdy si uživatel připravuje pravidelnou medikaci samostatně, má veškeré léčebné přípravky ponechány ve svém pokoji. Zdravotnický personál nezodpovídá za podmínky uskladnění, kontrolu expirací, ani jiným způsobem nezasahuje do průběhu přípravy i následného užití jednotlivých dávek.

V situaci, kdy za proces přípravy a podávání pravidelné medikace zodpovídá zdravotnický personál, jsou veškeré léčivé přípravky uživatelů centrálně uloženy v sesternách. Skladovací podmínky se řídí doporučením výrobce. Léčivé přípravky s doporučenou teplotou uskladnění 2-8 °C se uchovávají v suchu a temnu chladničky sloužící pouze pro tento účel. Teplotní podmínky uložení se monitorují volně loženým pokojovým teploměrem. Léčivé přípravky s doporučenou skladovací teplotou 10-25 °C se ukládají v uzamykatelných lékových skříních (viz Obrázek 4).



Obrázek 4 - Skříňová lékárna a box pro léčivé přípravky jednoho uživatele

V zařízení se používají lékové skříně větších rozměrů stabilně umístěné v jednotlivých sesternách. Takto zvolené skladování znemožňuje přípravu s následným podáním léčivých přípravků přímo na pokoji uživatele či ve společné jídelně. Jednotliví uživatelé mají zásobu léčivých přípravků uloženou v samostatných boxech označených tištěným štítkem s identifikačními údaji, jméno, příjmení, datum narození a číslo pokoje. Vzhledem k nedostatečné kapacitě úložných prostor skříňových lékáren všeobecné sestry seskupují větší množství léčivých přípravků se stejným firemním názvem a gramáží pouze do několika originálních balení. Dochází tak k mísení šarží s různou dobou expirace.

Rizikové oblasti procesu:

- ke kontrole teplotních podmínek při uskladnění v chladničce není používán vhodný typ kalibrovaného teploměru,

- proces přípravy s následným podáním léčivých přípravků přímo na pokoji je znemožněn stabilním umístěním lékáren v sesternách,
- nedostatečná kapacita skříňových lékáren,
- seskupování léčivých přípravků stejného firemního názvu do několika balení.

Potenciální příčinou nežádoucí události při přípravě a podávání léčivých přípravků může být i jejich nesprávné uložení. Z tabulky 17 je patrné používání nevhodného typu teploměru pro kontrolu skladovacích podmínek v chladničce. Pokud dojde k výkyvu teploty z rozmezí doporučeného výrobcem, může být účinná látka obsažená v léčivém přípravku znehodnocena nebo snížena míra jejího účinku. V některých případech dojde k chemickým změnám léčiva, které po podání může být pro lidský organismus v různé míře toxické. Nepřesná monitorace skladovacích podmínek nezaručuje účinnost a neškodnost léčivých přípravků při podání.

Tabulka 17 dále ukazuje problém s uložením léčivých přípravků centrálně ve skříňovém typu lékáren. Příprava a podání léčivého přípravku neprobíhá přímo na pokoji uživatele. V tomto případě to je znemožněno právě zvoleným typem lékáren. Nedostatečná kapacita celkového úložného prostoru nutí všeobecné sestry k praktikám slučování léčivých přípravků stejného firemního názvu pouze do několika balení. Dochází nejen k mísení šarží, různých expirací, ale i odlišných výrobců.

Tabulka 17 – Potenciální příčiny pochybení při uložení LP

Hlavní kategorie POMŮCKY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P7:	Poznámky
O1	nevhodný typ teploměru v lednici	O1.1	nekalibrovaný teploměr	nepřesné měření
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P7:	Poznámky
O2	skříňové typy lékáren	O2.1	stabilní umístění	nemožný přesun při přípravě LP na pokoje
		O2.2	nedostatečná kapacita úložného prostoru	
Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M2:	Poznámky
M2	seskupování LP	M2.1	míchání šarží	
		M2.2	míchání expirací	prošlé expirace
		M2.3	deformace blistrů	poškození kapslí

Proces přípravy léčivých přípravků per os

Pracovníci zdravotního úseku v zařízení zodpovídají za přípravu i podání léčivých přípravků per os celkem čtyřikrát denně u velkého počtu uživatelů. Vzhledem k nedostatečnému obsazení denní směny všeobecnými sestrami probíhá příprava léčivých přípravků do jednodenních lékovek uživatelů již při noční směně centrálně na sesterně. Samotné podání se uskutečňuje následující den jiným pracovníkem během denní směny.

Každý uživatel, jemuž jsou podávány léčebné přípravky prostřednictvím pracovníků zdravotního úseku, má svou jednodenní lékovku. Jedná se o box rozdělený na čtyři oddíly, krytý průhledným plastovým víčkem. Víčko je opatřeno výřezem umožňujícím pootočením nad příslušný oddíl odebrat určenou dávku pro danou denní dobu. Pokud má uživatel naordinovány léčivé přípravky 4x denně, zůstává jedna dávka bez možnosti krytí plastovým víčkem. Při nešetrné manipulaci hrozí riziko vysypání připravených tablet. Jednotlivé boxy se označují na víčkách tištěným identifikačním štítkem se jménem, příjmením, datem narození i číslem pokoje uživatele, kterému uložena medikace patří. Štítky jsou k snadnější orientaci odlišeny barevně dle pater v zařízení (viz Obrázek 5).



Obrázek 5 - Jednodenní lékovka

Všeobecné sestry během noční směny připraví dle medikačních listů léčivé přípravky do jednodenních lékovek pro všechny uživatele, rozmístí je na podnosy dle pater a středisek (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem). Povrch několika podnosů má protiskluzovou ochranu zabraňující posuvu lékovek při přenášení. Takto připravené lékovky

přebírá ráno denní směna pracovníků zdravotního úseku, již zodpovědná za jejich následné podání uživatelům.

Během noční směny spadá do povinnosti všeobecné sestry řešení akutních problémů spojených se zhoršením zdravotního stavu některého z uživatelů. Pokud tato situace nastane v době přípravy léčivých přípravků, musí všeobecná sestra tuto činnost přerušit, zdravotní problém uživatele vyřešit, má v danou chvíli vyšší prioritu, a posléze se k přípravě léčivých přípravků vrátit. Při jedné směně může dojít k podobným přerušením činnosti i opakovaně. Narušení koncentrace při přípravě léčivých přípravků zvyšuje míru rizika vedoucí k nežádoucí události.

Rizikové oblasti procesu:

- rozdělení procesu přípravy a podání léčivého přípravku mezi dva pracovníky,
- nevyhovující řešení jednodenních léků,
- nevyhovující řešení povrchu podnosů,
stresový faktor možného opakovaného narušení koncentrace při přípravě léčivých přípravků.

Při nastaveném procesu přípravy a podávání léčivých přípravků v zařízení bylo při skrytém participativním pozorování zjištěno několik velmi rizikových momentů. Z tabulky 18 je patrné rozdělení procesu mezi dva pracovníky. Vzhledem k nedostatečnému obsazení denní směny všeobecnými sestrami management zdravotního úseku přistoupil na kompromisní řešení. Přípravu léčivých přípravků do jednodenních léků provádí všeobecné sestry při noční směně. Přichystají celodenní medikaci pro všechny uživatele na další den. Kdo by měl v takovém případě zodpovědnost za případné pochybení při nesprávně podaném léčivém přípravku? Sestra, jež ho připravovala, nebo sestra, která ho podávala? Dalo by se vůbec dohledat, kdo chybu zapříčinil? Nastala chyba při přípravě v záměně léčivých přípravků nebo léků dvou uživatelů či při podání nesprávnému uživateli? Tato oblast procesu přípravy a podání je velice riziková.

Tabulka 18 v hlavní kategorii prostředí poukazuje na riziko narušené koncentrace při přípravě léčivých přípravků. Prostor často narušuje koncentraci všeobecných sester. Jsou nuceny práci přerušovat a řešit zdravotní problémy nebo zhoršený stav uživatelů. Časový stres umocňuje celou situaci. Sestra ve službě se snaží nalékat co nejrychleji pro případ, že by došlo k nepředvídané situaci a ona neměla dostatek času připravit na další den všechny jednodenní léky.

Používané pomůcky zařazené v tabulce 18 představují spíše druhořadé příčiny medikačních pochybení. Nevhodnou manipulací může dojít k vysypání několika dávek léčivých přípravků, což znamená překontrolovat nebo přelékovat vysypaný obsah.

Tabulka 18 – Potenciální příčiny pochybení vznikající při procesu přípravy LP

Hlavní kategorie PROSTŘEDÍ				
Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro R1:	Poznámky	
R1	rušné místo a doba k přípravě LP	O1.1	narušená koncentrace	možnost pochybení
		O1.2	současné řešení zdravotních problémů uživatelů	
		O1.3	časový stres	
Hlavní kategorie POMŮCKY				
Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O3:	Poznámky	
O3	rizikový typ jednodenní lékovky	S3.1	výřez ve víčku lékovky	vysypání dávky
Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O4:	Poznámky	
O4	hladký povrch podnosů	S4.1	podnosy bez protiskluzového povrchu	vysypání dávky
Hlavní kategorie PROCESY				
Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P1:	Poznámky	
P1	rozdělení procesu přípravy a podání LP	P1.1	odpovědnost rozdělena mezi dva pracovníky	kdo je zodpovědný za případné pochybení
		P1.2	odpovědnost za možné chyby jiného pracovníka	
		P1.3	znemožněna kontrola připraveného obsahu lékovky	

Proces podávání léčivých přípravků

Ve středisku domova pro seniory podávají léčivé přípravky všeobecné sestry, v domově se zvláštním režimem pracovníci v sociálních službách. Pracovník podává denní dávku léčivých přípravků z jednodenní lékovky připravené všeobecnou sestrou při noční směně. Vzhledem k dlouhodobému pobytu uživatelů v zařízení se ve většině případů provádí pozitivní identifikace pouze na základě znalosti jednotlivých uživatelů. V případě, kdy si pracovník není jistý totožností (např. nástup nového uživatele či zaměstnance), ověří si jméno a příjmení dotazem. Formulace otázky zní: „*Jak se jmenujete? Jaké je vaše jméno?*“. Problém může nastat v domově se zvláštním režimem, kde všichni uživatelé trpí různými stádii demence. Pak je k potvrzení pozitivní identifikaci přizván další pracovník.

V následujícím kroku dochází k identifikaci, zda příslušná jednodenní lékovka s uvedeným číslem pokoje, jménem, příjmením, datem narození je určena danému uživateli. Dále se kontroluje označení příslušného oddílu, zda odpovídá denní době a v závěru dojde k samotnému podání léčivých přípravků.

Řada skupin léčivých přípravků má specifikovanou dobu podání s ohledem na časový odstup od přijímané stravy. Některé přípravky je možné zapíjet pouze určitým typem nápojů, aby nedošlo k narušení či snížení jejich účinků. Z fokusového pozorování pracovníků při podávání léčivých přípravků je zřejmé, že nedochází k dodržování doporučení ordinovaných lékařem, případně doporučených výrobcem. Veškeré léčivé přípravky podávají pracovníci pouze ve stanovených časových intervalech 4x denně, většinou po jídle. Podávaná strava jednotlivým uživatelům není upravována s ohledem na předepsané dietní opatření při užívání některých léčivých přípravků (např. při užívání Warfarinu tbl. nepodávat zeleninu s vysokým obsahem vitamínu K). Po podání léčivých přípravků jednotlivým uživatelům pracovníci nečiní o svém úkonu žádný záznam do zdravotní dokumentace.

Rizikové oblasti procesu:

- rozdělení procesu přípravy a podání léčivého přípravku mezi dva pracovníky,
- pracovník provádějící podání nemá možnost ověřit, zda obsah léčivých přípravků v jednodenní lékovce odpovídá ordinaci lékaře,
- pracovník podávající léčivé přípravky bez příslušné kompetence – pracovník v sociálních službách,
- chybějící spolehlivý prvek identifikace jednotlivých uživatelů – minimálně uživatelů s demencí,
- nedodržení doporučení lékaře či výrobce při užívání léčivých přípravků,
- neprovedení záznamu ve zdravotní dokumentaci o podání léčivého přípravku konkrétním pracovníkem.

V tabulce 19 je uveden souhrn potenciálních příčin z rozdílných hlavních kategorií, který může znamenat pochybení v procesu podávání léčivých přípravků per os. Příčiny vycházející ze samotného rozdělení procesu přípravy a podání byly již popsány v předcházející kapitole. Denní směna není obsazena dostatečným počtem pracovníků, kteří mají příslušné kompetence k podávání léčivých přípravků uživatelům. Činnost je delegována na nižší pracovníky v sociálních službách bez příslušné kompetence. Další velmi vážnou potenciální příčinou související s možným medikačním pochybením je absence záznamu do ošetrovatelské dokumentace o proběhlém podání léčivého přípravku. V ošetrovatelské dokumentaci není možné dohledat, zda k podání skutečně došlo, kým a kdy.

Tabulka 19 též zmiňuje nedostatečnou identifikaci uživatelů při podávání léčivých přípravků per os. Senioři žijící v zařízení se nacházejí v prostředí přibližujícím se domovu. Pro mnohé

pracovníky v zařízení se zdá nevhodné, aby uživatelé nosili identifikační náramky podobné identifikačním náramkům užívaným v nemocnicích. Velké procento uživatelů trpí projevy různého stupně demence, fluktuace pracovního personálu je poměrně vysoká, s tím roste i míra rizika pochybení při nesprávné identifikaci uživatele při podání léčivého přípravku.

Nedostatek všeobecných sester přináší ještě jednu potenciální příčinu pochybení při podávání léčivých přípravků. Některá léčiva je nutné podávat před jídlem. Při participantním pozorování bylo zjištěno, že dané přípravky nejsou uživatelům podávány v souladu s doporučením výrobce a ordinací lékaře. Jedná se o látky ze skupiny inhibitorů protonové pumpy, hormony štítné žlázy a substituent železa Sorbifer Durules tbl. Uživatelé dostávají tyto léčivé přípravky spolu s ostatními po jídle, čímž se nedodržují zásady doporučené výrobcem.

Tabulka 19 – Potenciální příčiny pochybení vznikající při podávání LP per os

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P1:	Poznámky
P1	rozdělení procesu přípravy a podání LP	P1.1	odpovědnost rozdělena mezi dva pracovníky	kdo je zodpovědný za případné pochybení
		P1.2	odpovědnost za možné chyby jiného pracovníka	chyby při podání
		P1.3	znemožněna kontrola připraveného obsahu lékovky	
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P2:	Poznámky
P2	nedostatečná identifikace uživatele před podáním LP	P2.1	chybí spolehlivý prvek identifikace u uživatelů s demencí	záměna uživatele
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P1:	Poznámky
P3	nevhodný systém záznamů sester do ošetrovatelské dokumentace týkající se LP	P3.1	neprovádí se záznam o podání LP	nemožná kontrola podání
Hlavní kategorie LIDÉ				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro L1:	Poznámky
L1	pracovník v sociálních službách podávající LP	L1.1	není kompetentní pro podávání LP	neodborně provedená činnost
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro L3:	Poznámky
L3	nedostatek všeobecných sester	L2.3	delegována činnost na pracovníky bez příslušné kompetence	
Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M3:	Poznámky
M3	nedodržení doby užití LP	M3.1	nerespektování doporučené doby užití	Jiné množství účinné dávky LP
		M3.2	nerespektování dietních omezení	Jiné množství účinné dávky LP

Předávání informací o lékařem ordinovaném léčivém přípravku

Systém předávání informací mezi lékaři a všeobecnými sestrami je poměrně komplikovaný. Obvodní lékaři po vyšetření uživatele zváží nasazení nového léčivého přípravku nebo úpravu již stávající trvalé medikace. Ordinaci zaznamenají do lékařského informačního systému, který běžně používají ve svých soukromých ambulancích. Záznam bezprostředně nebo s několikadenním zpožděním vytisknou a uloží do papírové formy zdravotní karty jednotlivých uživatelů. Ty jsou uloženy v kartotéce sociálního zařízení. Informační systémy obou lékařů i specialisty psychiatra nejsou kompatibilní se sociálním informačním systémem používaným pro veškerou administrativní činnost v zařízení, tedy i pro zdravotní úsek. Proto lékařka nebo její všeobecná sestra v ambulanci, již není zaměstnancem zařízení, ručně přepíše informaci o ordinovaném léčivém přípravku do sešitu označeného *obvodní lékař*. Zaznamená firemní název ordinovaného přípravku, někdy sílu, dávkování, zda se jedná o bolusové podání, trvalou medikaci či po dobrání předepsaného balení má být podávání ukončeno. Po skončení ambulantních ordinačních hodin převezme sešit všeobecná sestra ve službě, která takto předané informace zpracuje:

- do sociálního informačního systému používaného v zařízení – provede zápis do zdravotních záznamů v kartě jednotlivých uživatelů o obvodním lékařem nově nasazené nebo upravené již stávající trvalé medikaci;
- do tištěných medikačních listů ručně zapíše nově nasazený léčivý přípravek nebo změnu stávající medikace, neprovádí identifikaci jmenovkou, nepodepisuje se;
- do ručně psaného hlášení sester zaznamená informaci, že došlo k úpravě medikace.

Pokud je ručně psaný zápis nečitelný všeobecná sestra zkontroluje informaci v tištěné formě přímo ve zdravotní kartě uživatele. V případě, kdy záznam v papírové formě zdravotní karty chybí, telefonicky kontaktuje obvodního lékaře k upřesnění informace ohledně ordinovaného léčivého přípravku.

Systém předávání informací od specialisty psychiatra je odlišný. Ten po vyšetření pacienta a následném nasazení nového léčivého přípravku nebo úpravě stávající medikace provede záznam do svého ambulantního informačního systému. Ručně zapíše ordinovaný léčivý přípravek do psychiatrického medikačního listu uloženého ve zvláštním šanonu, opatří ho datem, jmenovkou a podpisem. Do papírové formy zdravotních karet uživatelů psychiatr záznamy netiskne, ani jiným způsobem nezaznamenává. Po ukončení ambulantních ordinačních hodin si všeobecná sestra převezme složku s psychiatrickými medikačními listy a zpracuje informace z ordinace:

- vyhledá listy uživatelů, již měli kontrolu lékařem;
- pokud došlo k ordinaci nového léčivého přípravku, nebo ke změně trvalé medikace, podepíše se pod záznam učiněný psychiatrem, ručně přepíše změnu do tištěných medikačních listů jednotlivých uživatelů, které slouží jako podklad k přípravě léčivých přípravků, neprovádí identifikaci jmenovkou, zde se nepodepisuje;
- provede do informačního systému používaného v zařízení zápis do karet jednotlivých uživatelů o psychiatrem nově nasazené nebo upravené již stávající trvalé medikaci;
- do ručně psaného hlášení sester zaznamená informaci, že ordinace psychiatra byla zpracována.

Pokud jsou ručně psané záznamy o ordinovaných léčivých přípravcích nečitelné nebo neobsahují některý údaj o síle, formě či frekvenci podání, kontaktuje sestra telefonicky lékaře psychiatra a žádá upřesnění informací. Tato telefonická konzultace probíhá až následující den, neboť psychiatrickou ordinaci většinou zpracovává všeobecná sestra sloužící noční směnu.

Rizikové oblasti procesu:

- nekompatibilitnost informačních systémů používaných lékaři s informačním systémem používaným v zařízení,
- lékaři ručně psané informace o ordinovaných léčivých přípravcích,
- mnohonásobně duplicitně přepisované informace o ordinovaných léčivých přípravcích,
- dva medikační listy jednoho uživatele,
- aktualizované informace v medikačních listech bez jmenovek všeobecných sester,
- informace do písemných zdravotních karet uživatelů tištěné se zpožděním,
- zpráva o vyšetření lékařem psychiatrem v písemné zdravotní kartě chybí.

Komplikovanost při předávání informací mezi lékaři a všeobecnými sestrami o nově nasazeném léčivém přípravku nebo změně stávající medikace s sebou nese velký počet potenciálních příčin pochybení. Příčiny vyplývající z nekompatibilitnosti informačních systémů lékařů a informačního systému používaného v zařízení, z komplikované formy předávání informací i nevhodného systému medikačních listů, jež byly podrobně popsány v kapitole *Zdravotní záznamy v ošetrovatelské dokumentaci všeobecných sester o lékaři ordinovaných léčivých přípravcích*. Tabulka 20 ukazuje potenciální příčiny roztríděné do hlavních kategorií. Nově se objevila příčina spojená se zpožděným tiskem zápisu lékaře

o proběhlém ambulantním vyšetření uživatele do písemné formy zdravotní karty. Veškerá zdravotní dokumentace jednoho uživatele není vždy v souladu. Zápis sester do ošetrovatelské dokumentace následuje vždy po úkonu indikovaném lékařem. Pokud lékař naordinuje např. změnu dávkování léčivého přípravku, kterou sestra zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace, nemůže se záznam lékaře do zdravotní karty uživatele tisknout se zpožděním několika dnů či týdnů. Elektronická zdravotní karta je uložena pouze v informačním systému lékařů, pracovníkům v zařízení není dostupná. Záznam o proběhlém vyšetření psychiatrem chybí v papírové formě zdravotní karty úplně. Všichni uživatelé v domově se zvláštním režimem jsou v dispenzární péči psychiatra. Pokud dojde k nečekanému zhoršení zdravotního stavu a je přivolána posádka ZZS, není možné poskytnout přivolanému lékaři aktuální informace o důvodu provedené změny v psychiatrické medikaci. Lékařské podklady pro tento případ ve zdravotní kartě nejsou.

Tabulka 20 ukazuje další podstatnou příčinu možného pochybení v kategorii metody. Změnu v medikačním listě uživatele provádí všeobecná sestra zpracovávající ordinaci, nikoli lékař. Pokud pomineme správnost záznamu o změně léčivého přípravku (již byla v práci podrobně rozebrána) a zaměříme se na fakt, kdy provedený záznam není opatřen jmenovkou ani podpisem všeobecné sestry, chybí i následné stvrzení správnosti provedeného zápisu lékařem. Medikační listy slouží jako jediný podklad pro přípravu léčivých přípravků uživatelům. Pokud v řetězci duplikací předávané informace od lékaře k sestřím dojde k chybnému zápisu, dojde též k následné chybné přípravě a chybnému podání léčivého přípravku.

Tabulka 20 – Potenciální příčiny pochybení spojené s předáváním informací mezi lékaři a sestrami

Hlavní kategorie POMŮCKY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O5:	Poznámky
O5	nekompatibilitnost informačních systémů lékařů a sester	O5.1	duplicita záznamů	neúměrné riziko chyb při duplikaci záznamů
		O5.2	neúplné a chybné obsahy záznamů	
		O5.3	časová ztráta	
Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P5:	Poznámky
P5	nehodná forma předávání informací o změnách LP ordinovaných lékařem	P5.1	ručně psaný záznam	špatná čitelnost
		P5.2	nedostatečná identifikace uživatele	chybné podání
		P5.3	neúplné informace o léčivém přípravku	chybná příprava
		P5.4	nedochází k archivaci citlivých informací	

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P7:	Poznámky
P7	nevhodný systém medikačních listů	P7.1	dva medikační listy jednoho uživatele	chyba při přípravě LP
		P7.3	duplicita záznamů	
		P7.4	nejednotná forma zápisů	nepřehledné
		P7.5	neúplné informace o LP	
		P7.6	ručně zapsané změny	hůře čitelné
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P8:	Poznámky
P8	zpožděný tisk záznamu lékaře do zdravotní karty	P8.1	záznam o ordinaci psychiatra chybí	nejednotnost dokumentace
Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M4:	Poznámky
M4	nevhodné provádění změn v medikačních listech	M4.1	ručně psaný zápis	hůře čitelné
		M4.2	chybí jmenovka a podpis lékaře při potvrzení změny	
		M4.3	chybí jmenovka a podpis sestry při změně LP	

Komunikace při telefonické ordinaci léčivého přípravku

V případě, že dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu některého z uživatelů, všeobecná sestra vyhodnotí situaci a neprodleně telefonicky kontaktuje obvodní lékařku, psychiatra či lékaře specialistu. Pokud se jedná o stav ohrožující základní životní funkce, přivolá ZZS.

Za dané situace v mnoha případech následuje ústní telefonická ordinace léčivého přípravku lékařem nebo úprava frekvence podání či síly stávající trvalé medikace. Všeobecná sestra si při telefonickém rozhovoru zapisuje poznámky. Podle naléhavosti situace buď nejdříve provede přípravu a podá ordinovaný léčivý přípravek uživateli, zápis do zdravotní dokumentace učiní až následovně, nebo sdělenou informaci nejprve запиše a teprve pak provede. Záznam se ukládá v elektronické formě do informačního systému používaném v zařízení. Sestra uvede datum, čas, jméno lékaře, jenž telefonickou ordinaci nařídil, stručně popíše vzniklou situaci. Dále uvede název léčivého přípravku, formu, sílu a zda se jedná o bolusové či trvalé podání s určitou frekvencí. Podpis se zaznamená pod text automaticky, ve spojení s přihlašovacími údaji do systému. V dalším kroku ručně opraví ordinovanou změnu léčivého přípravku do tištěného medikačního listu uživatele, jenž slouží noční směně jako podklad pro přípravu pravidelné medikace na další den. Tato ručně psaná změna mívá různou úroveň čitelnosti, nenese již žádný identifikační prvek pracovníka, který ji provedl, a ani následně není potvrzena jmenovkou s podpisem ordinujícího lékaře. Při nejbližších ordinačních hodinách daného lékaře dojde k zaznamenání telefonické ordinace do zdravotní

karty uživatele samotným lékařem. Dochází opět k situacím, kdy je záznam vytištěn s určitou časovou prodlevou až na konci daného měsíce.

Rizikové oblasti procesu:

- zpožděné záznamy o telefonické ordinaci léčivého přípravku v papírové formě zdravotní dokumentace uživatele,
- tištěný medikační list uživatele neobsahuje:
 - jmenovku a podpis všeobecné sestry zapisující telefonickou změnu lékařem ordinovaného léčiva,
 - jmenovku a podpis lékaře potvrzujícího správnost telefonické ordinace daného léčiva,
- záznam o změně ordinovaného léčivého přípravku v medikačním listu je psán ručně,
- písemný záznam o změně ordinovaného léčivého přípravku se zapisuje opakovaně na několik míst, což zvyšuje možnost chybného záznamu či jeho opomenutí,
- nekompatibilitnost počítačového systému lékařů a všeobecných sester neumožňuje plnit přímé písemné instrukce lékaře při změně ordinace léčivého přípravku.

Veškeré potenciální příčiny pochybení související s telefonickou ordinací již byly popsány v předešlých kapitolách.

Skoro pochybení, pochybení, nežádoucí událost při přípravě a podávání léčivých přípravků

Ze skrytého zúčastněného pozorování vyplynulo, že ke skoro pochybení nebo pochybení při přípravě a podávání léčivých přípravků dochází. Pokud si všeobecná sestra při přípravě důsledně kontroluje nachystanou dávku a zjistí nesrovnalost, např. v počtu tablet, následně provede kontrolu celé připravované jednodenní lékovky s opravením chybné dávky. V některých případech na pochybení upozornil sám uživatel, jenž sleduje počty tablet nebo jejich barvy. Následně dojde k překontrolování všech dávek inkriminované lékovky a k jejich opravě. Během probíhajícího šetření nedošlo k žádné nežádoucí události spojené s přípravou či podáváním léčivých přípravků, která by ohrozila zdraví některého z uživatelů.

Rizikové oblasti procesu:

- skoro pochybení, pochybení není nijak dokumentováno,
- neprobíhá šetření s hledáním důvodů a příčin,

- všeobecné sestry jsou nedostatečně seznámeny s účelem vyhodnocování skoro pochybení, pochybení či nežádoucí události.

Z pozorování vyplynulo, že pracovníci zařízení vědí o situacích, při nichž došlo k pochybení při přípravě nebo podání léčivého přípravku. V tabulce 21 je ukázán stav, kdy neprovedený záznam o pochybení či nežádoucí události nevede k otázce, proč k takové situaci došlo. Management zařízení retrospektivně nevyhodnocuje medikační pochybení, nehledá kořenové příčiny selhání.

Tabulka 21 – Rizika vzniklá při chybějícím sledování pochybení a NU

Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M7:	Poznámky
M7	neprovádí se záznam o pochybení, nežádoucí události při přípravě a podávání LP	M7.1	neprobíhá šetření s hledáním důvodů a příčin	nedochází k nápravě
		M7.2	neprobíhá vyhodnocování	
Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P6:	Poznámky
P6	není hlášena nežádoucí událost	P6.1	nedochází k odstraňování rizik	

Předávání informací o aktuálně užívaných léčivých přípravcích při překladu uživatele

Při plánovaném překladu uživatele do zdravotního či jiného sociálního zařízení předem připraví všeobecná sestra ošetrovatelskou překládovou zprávu. Jedná se o jednotný formulář nastavený v informačním systému používaném v zařízení. Sestra doplní či aktualizuje zadané informace. Pokud zdravotní úsek zodpovídá za přípravu a podávání léčivých přípravků daného uživatele, sestra zkopíruje kompletní aktuální medikaci, doplní datum a časový údaj posledního podání léčivých přípravků. Dokument dále obsahuje lékové alergie a sdělení, že uživatel není schopen samostatné přípravy a podání léků.

Pokud je však za přípravu zodpovědný samotný uživatel, aktuální seznam léčivých přípravků spolu s posledním časovým údajem o užití ve zprávě není. Chybí též informace, že léčivé přípravky uživatel bere sám. V případech, kdy symptomy odpovídají nepravidelnému či chybnému užívání ordinovaných léčivých přípravků, chybějící informace komplikuje diagnostický proces.

Při akutním převozu uživatele do zdravotnického zařízení ZZS zajistí všeobecná sestra nejpozději následující den na příslušné nemocniční oddělení doručení tištěné ošetrovatelské překládové zprávy.

Odchází-li uživatel na přechodnou dobu do domácího ošetření, všeobecná sestra informuje pečujícího rodinného příslušníka o aktuálně podávaných léčivých přípravcích prostřednictvím tištěného seznamu s udanou frekvencí nebo přesným časovým údajem (u antibiotik) o jejich podání. Zároveň předává týdenní dávkovač léků s již připravenými léčivými přípravky označený ručně psaným či tištěným štítkem se jménem a příjmením uživatele.

Rizikové oblasti procesu:

- uživatelé samostatně užívající léčebné přípravky nemají zajištěno předání informací o aktuální medikaci,
- neúplnost identifikačních údajů uživatelů na štítcích týdenních lékovek,
- ručně psané identifikační štítky na týdenních lékovkách.

Potenciální příčiny spojené s předáváním informací o aktuální medikaci uživatele při překládu do zdravotnického zařízení nebo odchodu na dovolenku k rodině ukazují tabulka 22. Pokud za přípravu a podávání léčivých přípravků v zařízení zodpovídá zdravotní úsek, pak je ošetrovatelská zpráva kompletní. V opačném případě, kdy si uživatel za dodržování léčebného režimu zodpovídá sám, informace o aktuální medikaci chybí. Odchází-li uživatel na dovolenku do domácího prostředí, dostává rodinný pečovatel s sebou týdenní lékovku s připravenou medikací. Identifikační štítek na lékovce je nadepsaný ručně a údaje o uživateli nejsou kompletní.

Tabulka 22 – Potenciální příčiny pochybení spojené s překládem uživatele

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P4:	Poznámky
P4	nekompletní předávání informací při překládu	P4.1	chybějící informace o medikaci u některých uživatelů	zhoršená diagnostika
Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M5:	Poznámky
M5	nevhodné označení týdenních lékovek	M5.1	ručně psaný štítek	hůře čitelný
		M5.2	neúplné údaje	možnost záměny

3.3 Souhrn výsledků

Jednotlivé kapitoly interpretace dat obsahují aktuální výseče tabulek celkového Ishikawova diagramu příčin a důsledků. Toto členění bylo zvoleno z důvodu lepšího pochopení interpretovaných výsledků. Celkový Ishikawův diagram ve formě tabulek členěný po jednotlivých hlavních kategoriích s následným výčtem potenciálních příčin první a druhé úrovně je uveden v přílohách B-H.

4 DISKUSE

Cílem práce bylo analyzovat proces přípravy a podávání léčivých přípravků v zařízení sociálních služeb. Šetření odhalilo systémová rizika, která ohrožují bezpečí uživatelů i zaměstnanců. Vývoj v oboru se odrazil pouze zavedením nového informačního systému vytvořeného pro práci v sociálních službách. Snahy Ministerstva zdravotnictví zlepšit kvalitu a bezpečí zdravotní péče prostřednictvím vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů, vydáním vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, nebo sledováním výskytu nežádoucích událostí se činností v zařízení dotkly jen velice málo. Bez organizačního zásahu do chybně nastavených procesů se nedá vyhnout opakování stejných chyb, které ve svých důsledcích mohou vést ke zhoršení zdravotního stavu uživatelů.

4.1 Interní směrnice zařízení

Management zařízení soustředil svou pozornost na vypracování sociálních standardů. Poskytovaná zdravotní péče nemá oporu ve standardech ani interních směrnících. Činnosti všeobecných sester při zacházení s léčivými přípravky probíhají na základě ústně předávaných pokynů. Obecně je účelem standardů popsat minimální doporučovanou normu zdravotní péče vycházející z praxe založené na důkazech. Mají být vytvořeny týmem jednotlivců neustále se vzdělávajících v daném oboru. Pro pracovníky představují standardy (interní směrnice, metodiky) opěrný dokument v procesu poskytované bezpečné a kvalitní péče. Aktualizace směrnic má přinášet revizi nastavených procesů směřujících k neustálému zvyšování kvality poskytovaných služeb. Aby bylo možné kvalitu a bezpečí vůbec hodnotit, je zapotřebí standardy opatřit indikátory, jejichž hodnoty se dají měřit, kontrolovat a porovnávat (MZ ČR, 2013).

Provozní řád zařízení obsahuje odstavec týkající se uskladnění léčivých přípravků a jejich likvidace. Forma a obsah provozního řádu neodpovídá požadavkům na vypracování standardu o skladování a likvidaci léčivých přípravků. V roce 2014 vydala Spojená akreditační komise pilotní verzi „*Akreditačních standardů pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb*“. Standard SAK 2.16 (2014) požaduje vytvoření interní směrnice pro postup při objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků. Pro naplnění podmínek musí standard obsahovat ve shodě s platnou legislativou popis konkrétních postupů při běžném objednávání, skladování a likvidaci léčivých přípravků, postupy řešení při neobvyklých situacích (např. zajištění léků mimo pracovní dobu lékárny), u zvláštních skupin léků (např. návykových látek). Standard též vyžaduje zajištění adekvátního prostředí pro bezpečné

skladování léčivých přípravků za podmínek doporučených výrobcem, uložení návykových látek v souladu s legislativou, dodržování pravidelné kontroly zaměřené na monitoraci skladovacích podmínek a vymezení postupu při likvidaci léčivých přípravků. Stejně tak postupy pracovníků v neobvyklých situacích. Podmínky skladování předepsané výrobcem je nezbytné dodržovat a pravidelně monitorovat.

Metodika o běžném podávání léčivých přípravků vypracovaná pro účely zařízení není v souladu s legislativou ČR. V textu se uvádí, že léky podává všeobecná sestra nebo „pečovatelka“ (pracovník v sociálních službách). Pracovník v sociálních službách nemá dle zákona 108/2006 Sb. příslušnou kompetenci ani pod dohledem všeobecné sestry. Popis činnosti při podávání léčivých přípravků neobsahuje veškeré ověřovací postupy, ani požadavek na provedení záznamu o podání léčivého přípravku do zdravotní dokumentace. Z toho důvodu není možná následná kontrola podání při retrospektivní analýze ošetrovatelské dokumentace. V metodice popsany postup není v souladu s běžně provozovanou praxí, jak potvrdilo skryté pozorování. Celkově má metodika minimální přínos pro kvalitní a bezpečnou péči. Standard pro sociální zařízení SAK 2.17 (2014) pro proces podávání léčivých přípravků vyžaduje vytvoření vnitřní směrnice, která v souladu s platnou legislativou definuje konkrétní činnosti při podávání léčivých přípravků za běžných podmínek i v neobvyklých situacích, činnosti při podávání některých skupin léků (např. opiátů). Dále vyžaduje popis postupu v situaci, kdy si uživatelé za pravidelné užívání léčivých přípravků zodpovídají sami, definici činností při ústní a telefonické ordinaci, popis procesu hlášení nežádoucích účinků a v neposlední řadě výčet osob s náležitými kompetencemi oprávněných k podávání léčivých přípravků.

Zařízení nemá vypracovanou žádnou formu interní směrnice o způsobu přijímání a pořizování zápisu při ústní nebo telefonické ordinaci léčivého přípravku lékařem. Proces přijímání telefonické ordinace je častý způsob úpravy medikace v zařízení, protože zde není trvale přítomen lékař. Činnost všeobecných sester je při absenci směrnice nejednotná a zápisy provedené v ošetrovatelské dokumentaci nemají ustálenou formu. V realizaci RBC7 vypracované MZ ČR se v bodě 1 uvádí podmínka vypracování interní směrnice pro přijímání ústní a telefonické ordinace (MZ ČR, 2010). Stejnou podmínku mají i akreditační standardy pro sociální zařízení SAK (2014), jak bylo zmíněno v předchozím odstavci.

Zařízení nemá vypracované interní směrnice o označení léčivých přípravků dodávaných do zařízení lékárnou ani o léčivech vnesených uživateli tak, jak požaduje akreditační standard SAK 2.16 (2014) pro sociální pobytová zařízení.

Zařízení nemá vypracovanou žádnou formu interní směrnice o sledování nežádoucích událostí. Chybějící sledování výskytu medikačních pochybení i nežádoucích událostí neumožňuje vyhodnocování rizikových míst procesu přípravy a podání léčivých přípravků per os. Následně nedochází k úpravě nevyhovujících podmínek a stejná situace se cyklicky opakuje. Riziko vzniku poškození zdraví uživatelů je tímto přístupem značně podhodnoceno. Ve Věstníku č. 5/2012 MZ (2012) se uvádí, že sledování nežádoucích událostí navazuje na Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí z 9. června 2009. V souladu s tímto doporučením mají poskytovatelé zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, povinnost dodržovat minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Splnění těchto minimálních požadavků vyžaduje zavedení standardu o vyhodnocování nežádoucích událostí.

Umístění veškerých vypracovaných metodik v kanceláři vrchní sestry je nevhodné. Pracovníci by měli mít možnost do metodik nahlédnout v momentě, kdy si nebudou jisti ve svých činnostech.

Doporučení pro praxi

Management zařízení neuvádí ve svých plánech získání certifikátu kvality v podobě akreditace. Přesto by bylo potřebné, dle mého názoru, vypracovat řádné interní směrnice pro veškeré činnosti zdravotního úseku. Začleněním resortních bezpečnostních cílů do jednotlivých činností při manipulaci s léčivými přípravky by se minimalizovaly potenciální příčiny vedoucí k medikačním pochybením. Jednotliví pracovníci získají v interních směrnících oporu při poskytované péči a vedoucí pracovníci prostředek ke sledování indikátorů kvality, použitelný při vyhodnocování a zlepšování poskytovaných služeb uživatelům.

4.2 Interní zdravotní a ošetřovatelská dokumentace

Informační systémy používané obvodními lékaři a specialistou psychiatrem nejsou kompatibilní s informačním systémem sociálních služeb používaných v zařízení. Zařízení má vypracovaný interní systém předávání ručně psaných informací o ordinovaných léčivých

prostředcích mezi lékaři a sestrami. Správnost obsahu sdělených informací závisí na schopnostech všeobecné sestry přečíst ručně psaný záznam. Pokud lékař píše ve spěchu, míra čitelnosti písma se snižuje. V momentě, kdy sestra pracuje v časové tísní nebo je unavená na konci směny, jsou její schopnosti správně přečíst ručně psaný záznam sniženy. V zařízení slouží všeobecné sestry dvanáctihodinovou pracovní směnu, během které mají na starost v průměru 90 uživatelů. Příručka pro bezpečí pacientů (2016) uvádí únavu a stres jako dva faktory nejvíce ovlivňující vznik medikačních pochybení. Toto tvrzení dokládá vědeckými důkazy, které přirovnávají riziko delší práce k zhoršenému výkonu podobnému činnosti pod vlivem alkoholu. V případě nečitelného nebo nesrozumitelného zápisu sestra ověřuje správnost informace u lékaře telefonicky. Nutnost ověření a zapsání telefonicky upřesněné ordinace léčivého přípravku zvyšuje rizikovost celého procesu. Pokud lékař ordinuje nasazení nového léčivého přípravku nebo změnu trvalé medikace, je nutná přesná forma zápisu přímo do zdravotní dokumentace. Kumulace chybějících informací je vysoce riziková pro případné medikační pochybení. V důsledku inkompatibility informačních systémů lékařů a sester dochází k neustálé duplikaci informace o nově nasazeném léčivém přípravku či změně trvalé medikace. „Příručka k osnově o bezpečí pacientů“ (2016) vypracovaná WHO považuje příčiny medikačních pochybení za multifaktoriální. Mezi rizikové faktory řadí nevhodné uspořádání pracoviště s nedostatkem v systému podávání zpráv, špatnou týmovou spolupráci i špatnou komunikaci. Jasná a jednoznačná komunikace minimalizuje předpoklady vedoucí k omylu, špatně čitelný rukopis naopak působí mnohá pochybení. Předáváním uvedených informací teprve začíná celý proces vedoucí k bezpečné přípravě s následným podáním léčivého přípravku uživateli. Nastane-li pochybení hned v úvodu procesu, není možné zabránit dalšímu řetězení chybných činností. Akreditační standard 1.5 pro sociální zařízení SAK (2014) říká, že zařízení má vypracovat systém sběru dat o kvalitě a bezpečí poskytované péče. Jedním z jeho bodů je sledování správnosti, včasnosti a úplnosti zdravotnické dokumentace. Získaná data musí sloužit pro další zlepšování procesu, které je zařízení schopno demonstrovat na konkrétních příkladech. Ve standardu 2.2 SAK (2014) je uvedeno vytvoření interní směrnice o věcné náležitosti zdravotnické dokumentace (např. o frekvenci, rozsahu a obsahu pravidelných záznamů nelékařských pracovníků).

Doporučení pro praxi

Sjednocením informačních systémů používaných obvodními lékaři, psychiatrem a všeobecnými sestrami by odpadlo duplicitní přepisování důležitých informací. Nedochozelo

by ke ztrátám a zkrácení obsahu, zjednodušila by se administrativní činnost, ušetřil čas a zároveň by podklad pro přípravu léčivých přípravků zaznamenával lékař, nikoli sestra.

4.3 Podmínky a procesy

Při nástupu uživatele do zařízení není většinou přítomný lékař. Zařízení nemá vypracovanou interní směrnici definující vstupní rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření zdravotního stavu uživatele všeobecnou sestrou, jak doporučuje standard 2.2 SAK (2014) pro sociální služby. Je potřeba stanovit objektivní standardizované škály vhodné k posouzení kognitivní způsobilosti, jemné motoriky i celkové ochoty k sebezpečí při přípravě a podávání léčivých přípravků. Pak může všeobecná sestra na základě informací získaných při vstupním vyšetření upozornit obvodního lékaře na možnost zvážení indikace výkonu přípravy a podávání léčivých přípravků všeobecnou sestrou. V zařízení se praktikují dvě hraniční polohy při podávání léčivých přípravků. Uživatel si za přípravu a podání zodpovídá sám, nebo je proces zcela v kompetenci všeobecných sester. Mezistupeň s dohledem či jen dopomocí při přípravě a jemné manipulaci s tabletami zatím není méně hendikepovaným uživatelům poskytován. V pobytových zařízeních sociálních služeb, na rozdíl od nemocničních zařízení, existuje možnost, že si za přípravu a pravidelné užití léčivého přípravku bude zodpovídat sám uživatel. Již v roce 2007 ve „Zprávě z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory“ ombudsman kladně hodnotil postup personálu v domově Český Dub, kde je při nástupu sepsávána dohoda o užívání léků. Takto poskytovaná služba je v souladu s principy individuální péče.

Doporučení pro praxi

Management zařízení by se měl zamyslet nad možností určitého mezistupně. Všeobecná sestra by při vstupním vyšetření musela zhodnotit kognitivní úroveň uživatele, zda nenesе známky demence. Pokorná (2013) uvádí několik kognitivních testů určených k hodnocení při prvním kontaktu, např. skupinový test, zkrácený desetibodový test mentálních funkcí nebo test hodin. Dále posoudit, zda je narušená pouze jemná motorika či přítomno smyslové omezení. V tomto případě by bylo vhodnější zajistit kompenzační pomůcky nebo pouhou dopomoc (dohled) při manipulaci s léčivými přípravky (dopomoc při púlení drobných tablet, vyjmutí tablet z blistrů) a tím podpořit uživatele v aktivním přístupu při sebezpečí o jeho zdraví.

4.3.1 Uložení léčivých přípravků

Uložení léčivých přípravků v zařízení se většinou děje v souladu s doporučením výrobce. Kontrola skladovacích podmínek je však nedůsledná. Standard SAK 2.16 pro sociální

zařízení (2014) vyžaduje, aby v prostorách skladování léčivých přípravků probíhaly pravidelné kontroly se zaměřením na dodržování skladovacích podmínek. Podmínkou jsou vhodné pomůcky a skladovací prostory.

Uložení většiny léčivých přípravků v lékárenských skříních na sesternách způsobuje dva rizikové momenty. Kapacita lékárenských skříní je nedostatečná, nutí všeobecné sestry k seskupování většího množství léčivých přípravků se stejným firemním označením pouze do několika balení. Pevné umístění lékárenských skříní neumožňuje přípravu léčivých přípravků přímo na pokoji uživatele. V plné verzi metodiky nežádoucích událostí (2017, str. 12), kterou vypracoval ÚZIS, se uvádí doporučení podávat léky konkrétnímu pacientovi přímo u lůžka z originálního balení.

Doporučení pro praxi

Investice do vhodných a kapacitně dostačujících mobilních lékáren by pomohla k zamezení seskupování léčivých přípravků, míchání šarží a expirací. Všeobecné sestry by připravovaly a podávaly léčivé přípravky přímo na pokojích uživatelů, čímž by se zlepšil proces ověřování identifikačních údajů nejen uživatelů, ale i shodnosti podávaného léčiva se zdravotní dokumentací.

4.3.2 Podávání léčivých přípravků

Řadu let nezměněný medikační proces přes svá jednoduchá pravidla vytváří všeobecně v zařízeních poskytujících zdravotní péči prostor pro mnohé systémové a lidským faktorem ovlivněné pochybení. Proces přípravy a podávání léčivých přípravků uživatelům v daném sociálním zařízení tvoří jednu z klíčových činností všeobecných sester. Dlouhodobá situace nedostatečného počtu všeobecných sester na denní směně je řešena rozdělením procesu přípravy a podání léčivého přípravku jednomu uživateli mezi několik pracovníků. Sestry sloužící noční směnu připraví léčivé přípravky pro veškeré uživatele. Následující den provedou podání všeobecné sestry spolu s pracovníky v sociálních službách, kteří nejsou pro tuto činnost kompetentní dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jejich činnost není možno účtovat k úhradě zdravotním pojišťovnám. Pro samotné uživatele hrozí vysoké riziko neodborně provedeného podání, které je degradováno na pouhé vložení tablet do úst. Nedostatek všeobecných sester působí v současnosti problémy ve všech zařízeních poskytujících zdravotní péči. Dle statistických údajů v roce 2015 pracovalo ve zdravotnictví 82 688 všeobecných sester. Na základě těchto dat vyplývá, že v ČR chybí asi 3 300 sester na plný úvazek (Jíhová, 2017). Každodenní podávání léčivých přípravků per os se

ve zdravotní dokumentaci nezaznamenává. Tento zaběhnutý systém je zcela v rozporu s doporučeným standardem 2.18 pro sociální zařízení (2014) vydaném Spojenou akreditační komisí. Zde je požadována identifikace uživatele léčivého přípravku, bezpečné ověření názvu léčivého přípravku s ordinací lékaře, ověření času, frekvence, dávky i aplikační cesty podání a řádné zdokumentování podání. Konkrétní postup ověřování je v metodice ponechán na samotném zařízení za předpokladu, že bude stanoven vnitřním předpisem. Standardy SAK se shodují s textem plného znění metodiky nežádoucích událostí medikace/i.v. roztoky (2017, str.13). Zde je obsaženo v doporučeném postupu podávání léčivých přípravků stvrdit podání podpisem, jmenovkou a uvedením času podání. Vše v souladu s nastavenými interními pravidly zařízení. Odmítnutí užití léku je nutné dokumentovat s vysvětlující poznámkou o důvodech. Bez záznamu o provedeném podání léčivého přípravku je nemožná retrospektivní analýza zdravotní dokumentace zaměřená na kontrolu nastavených procesů. V důsledku rozdělení procesu přípravy a podání mezi více pracovníků tak, jak probíhá ve sledovaném zařízení, je zcela nemožné dodržovat všechny doporučené ověřovací postupy. Každý z pracovníků podílející se na části procesu se může pouze spoléhat na bezchybnou činnost svých kolegů.

Pokud se zaměříme na proces samotného podání léčivého přípravku uživateli, pak je rizikovým faktorem způsob identifikace uživatelů léčivých přípravků. Personál se při identifikaci spoléhá jen na svou paměť, případně ověření provede pomocí otázky. U uživatelů trpících demencí je tento způsob zcela irelevantní. Pro mnohé pracovníky zařízení se zdá nevhodné označení uživatelů identifikačními náramky podobnými těm, které jsou používány v nemocnicích. Hlavním argumentem je délka nošení (průměrná doba pobytu uživatelů v zařízení činí 6 let) a stigmatizace uživatelů. Věstník MZ ČR č. 1/2010 (2010) uvádí potřebu zvolení vhodného identifikačního náramku s možným zaznamenáním nezbytných údajů pacienta. Z úvodního odstavce je zřejmé, že preventivní opatření k zvyšování bezpečnosti při poskytování zdravotní péče se netýká jen lůžkových zdravotnických zařízení, ale i zařízení poskytujících sociální služby. Záleží pouze na managementu zařízení, jaký systém bezpečné identifikace uživatelů zvolí. Spoléhat se však pouze na paměť pracovníků nebo ověřování identity pomocí kladení otázek na jméno je v zařízení cílené na křehké seniory vysoce rizikové. V dostupné literatuře nebyla nalezena zmínka o problematice vhodných identifikačních systémů pro uživatele sociálních zařízení. Celkově se jedná o složitou otázku z etického i praktického hlediska.

Doporučení pro praxi

Bylo by třeba upravit celý proces podávání léčivých přípravků tak, aby alespoň minimálně splňoval podmínky kvalitní a bezpečné praxe. Management zařízení by měl zajistit vhodný identifikační systém uživatelů, minimálně u uživatelů trpících demencí. Navýšením počtu všeobecných sester by příprava a podávání léčivých přípravků mohla probíhat v souladu s doporučeným standardem Spojené akreditační komise. Proces by nebyl rozdělen mezi více pracovníků, léčivé přípravky by podávali pracovníci s příslušnými kompetencemi. Samotné podání by zahrnovalo veškeré ověřovací postupy, provedení záznamu i sledování účinků podaného léčivého přípravku.

4.3.3 Komunikace při telefonické ordinaci

Všeobecné sestry při zhoršení zdravotního stavu uživatelů často přijímají telefonní instrukce lékaře. Vlivem chybějící interní směrnice o standardní formě obsahu telefonického sdělení při ordinaci léčivého přípravku lékařem jsou zápisy všeobecných sester v ošetrovatelské dokumentaci nejednotné, neúplné a učiněny se zpožděním. RBC6 – Bezpečná komunikace v realizaci cíle popisuje průběh situace, kdy osoba příjemce ordinace musí přesně zaznamenat obsah telefonického sdělení, nikoli jeho volný výklad. Zapsanou ordinaci následně přečíst a čekat na potvrzení zapsaného obsahu volajícím lékařem. Záznam musí být opatřený datem, časem, jménem pracovníka a podpisem (MZ ČR, 2010). Na správnosti provedeného zápisu má vliv velké množství faktorů, např. klidné prostředí pro telefonní hovor, provedení okamžitého zápisu sdělovaných informací, osoba přijímající telefonickou ordinaci. V sociálních zařízeních jsou kompetentními osobami pro příjem telefonické ordinace všeobecné sestry. Závazné stanovisko ČLK č. 1/2002 (2002) ve článku 3 požaduje, aby lékař indikující telefonickou ordinaci zapsal do zdravotnické dokumentace uživatele ihned, jak je to možné. Ve svém zápise uvede datum a čas, kdy k nepřímé ordinaci došlo, jméno i příjmení osoby, která ordinaci přijímala, popis situace a závěr, který na základě sdělených informací učinil. Analyzovaná dokumentace v sledovaném zařízení ukázala, že zápis o telefonické ordinaci je do písemných karet uživatelů vytištěn s několikátýdenním zpožděním a neodpovídá požadavkům ČLK.

Doporučení pro praxi

Vypracováním interní směrnice pro příjem ústní či telefonické ordinace léčivého přípravku lékařem by došlo k sjednocení celého procesu.

4.3.4 Sledování medikačních pochybení a nežádoucích událostí

Zařízení, kde není po většinu času přítomen lékař a monitorace zdravotního stavu seniorů závisí pouze na znalostech a zkušenostech všeobecných sester, musí dbát na jednoduchost, účelnost a efektivnost všech procesů v oblasti zdravotní péče. V případě, kdy práci sester komplikují zdoluhavé duplicitní zápisy, časový stres a neúměrná tíha zodpovědnosti, pak je medikační pochybení s konečným důsledkem nežádoucí události poškozeného zdraví uživatele jen nechtěné a neúmyslné selhání přetěžovaného lidského faktoru.

Informovanost sester v daném sociálním zařízení o přínosu sledování a vyhodnocování medikačních pochybení je minimální. Absence záznamů o pochybeních při přípravě a podávání léčivých přípravků neumožňuje retrospektivně analyzovat klíčové momenty. Tento způsob reakce na pochybení nenese prvky žádné monitorace a následného zvyšování kvality péče. Chybí jeden z hlavních indikátorů, pomocí kterého by management zařízení sledoval nastavení kvality zdravotní péče při přípravě a podávání léčivých přípravků uživatelům v zařízení. Zdravotnickým pracovníkům v zařízení chybí proškolení o metodách snižování pochybení a zlepšení péče v podobném rozsahu, jaký nabízí např. česká verze Příručky k osnově o bezpečí pacientů (2016) vypracovaná WHO v roce 2011 a určená pro pedagogické pracovníky zdravotnických či lékařských fakult. K pochopení příčin rizikových momentů je třeba analyzovat specifické události. Zjištěná pozorování a závěry mohou být následně použity pro návrh bezpečnějších systémů. Bezpečí pacientů vyžaduje nejen pochopení hloubky procesů ošetrovatelské péče, ale i schopnost měřit výsledky a umět otestovat účinnost použitých řešení. Metodika Nežádoucích událostí medikace/i.v. roztoky (2017) řadí medikační chyby mezi nejčastější příčiny poškozující zdraví pacienta. Za nejohroženější skupinu považuje právě seniory trpící polymorbiditou (současný výskyt více nemocí), kteří užívají velké množství léků s mnohdy složitými lékovými režimy. Komplexní přehled o medikačních pochybeních není doposud v ČR dostupný. V druhém pololetí roku 2015 zaznamenal Systém hlášení nežádoucích událostí 348 nežádoucích událostí (NU) Medikace/i.v. aplikace od 75 poskytovatelů zdravotních služeb (PZS). O rok později se počet hlásících PZS snížil na číslo 69 a celkem bylo zaznamenáno 298 NU souvisejících s medikačním pochybením. Zahraniční studie probíhající v USA ve státech Georgia a Colorado, kde bylo v 36 zdravotnických zařízeních přezkoumáno 3216 předepsaných léčivých přípravků ve svých závěrech uvádí 19 % chybných podání. Nejčastější chybou ve 43 % tvořilo podání v nesprávný čas, opomenutí dávky bylo zaznamenáno ve 30 %, nesprávné dávkování v 17 % a 4 % se vztahovala na podání nesprávného léčivého přípravku.

Nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi velikostí či typem zdravotnického zařízení (Pokorná, Buřilová, Štrombachová, Dolanová, 2017).

Doporučení pro praxi

Prioritou zařízení by mělo být eliminovat na minimum rizikové situace napomáhající selhání při činnostech přímo ohrožujících lidské zdraví. Management zařízení by se měl soustředit na zavedení systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož součástí je i monitorace s vyhodnocováním pochybení a nežádoucích událostí.

4.3.5 Předávání informací o aktuálně užívaných léčivých přípravcích při překladu uživatele

Zařízení nemá vypracovanou interní směrnici o postupu při předávání uživatelů do zdravotnických zařízení či domácího ošetření (např. odchod na dovolenku), jak je obsaženo v RBC7 MZ ČR (2010). Rizikový moment nastává v případě překladu uživatele, který je sám zodpovědný za užívání léčivých přípravků. Lékaři příjmových ambulancí v nemocnici ve většině případů automaticky předpokládají u pacientů přicházejících z pobytového sociálního zařízení, že léčivé přípravky jsou podávány personálem. Proto v některých případech došlo k problémům při počáteční diagnostice, kdy symptomy ukazovaly na absenci účinných látek nebo v opačném případě nepravidelné či nadměrné užití léčebných přípravků pacientem. Ve sporných situacích si lékař telefonicky ověřuje u personálu sociálního zařízení, zda skutečně došlo k podávání předepsané medikace.

Doporučení pro praxi

Bylo by vhodné doplnit do ošetřovatelské překládové zprávy informaci o samostatném užívání léčivých přípravků uživatelem.

5 ZÁVĚR

V pobytovém zařízení sociální péče pro seniory, kde probíhalo průzkumné šetření, byla objevena celá řada problémů v oblasti kvality a bezpečí zdravotní péče. Cílem ad hoc šetření bylo pomoci zmapovat procesy spojené s přípravou a podáváním léčivých přípravků per os a pojmenovat rizikové oblasti procesu směřující k medikačnímu pochybení či nežádoucí události. Analýza interních směrnic i zdravotní dokumentace byla doplněna závěry ze skrytého participantního pozorování, zaměřeného na používané pomůcky a podmínky pro činnost všeobecných sester. Veškerá data se vyhodnocovala prostřednictvím Ishikawova diagramu příčin a důsledků.

Z výsledků probíhajícího šetření vyplynula skutečnost, že činnost zdravotního úseku nemá oporu v písemně vypracovaných interních směrnicích. Ošetrovatelská péče všeobecných sester spojená s přípravou a podáváním léčivých přípravků probíhá s menšími úpravami, na základě ústně předávaných instrukcí. Medikační pochybení nejsou dokumentována ani hlášena. Není možné vzniklé situace vyhodnotit a získat z nich závěry o rizikových podmínkách či procesech. Mnohé činnosti svou komplikovaností postrádají efektivitu, zvyšují administrativu a neumožňují následnou kontrolu. V důsledku nízkého počtu všeobecných sester dochází k delegaci pravomocí na pracovníky v sociálních službách bez náležitých kompetencí. Domnívám se, že některé chyby spojené se zacházením s léčivými přípravky v zařízení vycházejí z nadměrného stresu, nevhodných pomůcek a z neproškolených všeobecných sester.

Průzkumná část práce má své limity – nezkušenost výzkumníka (autorky) a omezenou platnost výsledků. Sleduje proces podávání léčivých přípravků pouze v jednom zařízení. Její závěry není možné vztahovat na všechna pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory. Dá se označit jako sonda do oblasti nacházející se mezi dvěma resorty, a to Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem sociálních služeb. Sonda, která staví na promyšlené metodice a hloubkové analýze dat s oporou platných dokumentů. Výsledky odhalily závažná rizika v procesu zacházení s léčivými přípravky ve sledovaném zařízení. Nabízí se otázka, jak je to v jiných pobytových zařízeních sociálních služeb? Jsou zkušenosti podobné, liší se? Tato práce může dobře posloužit jako pilotní studie a návod k dalším výzkumům zabývajících se kvalitou zdravotních služeb poskytovaných v sociálních zařízeních.

6 POUŽITÉ ZDROJE

- 1) ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.
- 2) BRABCOVÁ, Iva, 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-604-3.
- 3) ČERMÁKOVÁ, Kristýna a Markéta K. HOLEČKOVÁ, 2008. *STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – výkladový sborník pro poskytovatele: Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. 1. Ministerstvo práce a sociálních služeb ČR, [cit. 2017-09-21]. Dostupné z:
https://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf
- 4) ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 5) ČÍPKOVÁ, Iveta, Ivana KOUŘILOVÁ a Lubor HRUŠKA, 2014. *VZDĚLÁVACÍ MATERIÁL pro odborný tematický seminář: Vymezení hranic a spolupráce mezi sociální službou a lékařskou pomocí v rámci plánování sociálních služeb* [online]. © ACCENDO, zpracováno ke dni 30.11.2014 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z:
https://www.msk.cz/assets/eu/hranice_spoluprace_ss_a_lp.pdf
- 6) ČLK, 2002. ZÁVAZNÉ STANOVISKO ČLK č. 1/2002: Nepřímá ordinace. In: *ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA: CAMERA MEDICA BOHEMICA* [online]. Praha: Česká lékařská komora, 1.4.2002 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z:
www.lkcr.cz/doc/cms_library/zs_1-2002-40.pdf
- 7) *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*, 2015. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-8-3.
- 8) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 9) EYBL, Vladislav a Pavla ČERNÁ, 2008. *Základy geriatrické farmakologie*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1438-0.

- 10) FIALOVÁ, Daniela a Eva TOPINKOVÁ, 2005. Koncept léčiv nevhodných ve stáří – farmakologické a farmakoepidemiologické aspekty. *Remedia* [online]. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, **15**(4), 410-417 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Geriatrie/Koncept-leciv-nevhodnych-ve-stari-farmakologicke-a-farmakoepidemiologicke-aspekty/8-13-b1.magarticle.aspx>
- 11) HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 12) HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 13) HOLMEROVÁ, Iva a Monika VÁLKOVÁ, 2011. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb* [online]. MPSV, 22 [cit. 2017-10-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf
- 14) HOLMEROVÁ, Iva et al, 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- 15) HOLMEROVÁ, Iva, 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- 16) JANEČKOVÁ, Hana, Milena JOHNOVÁ a Jan STRNAD, 2013. Analýza dalších problémových oblastí zdravotně-sociální péče. In: *Quip* [online]. Praha, MPSV, [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/025/002858.pdf?seek=1403074053>
- 17) JÍCHOVÁ, Kateřina, 2017. *České zdravotnictví zaznamenává největší nedostatek sester za posledních deset let: Česká asociace sester vítá novou koncepci ministra zdravotnictví*. [online]. Praha, 4.1.2017 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2017_01.pdf
- 18) JOHNOVÁ, Milena a Jan STRNAD, 2014. *Užívání léků v sociální službě: k další diskusi*. [online]. Praha, Quip, s. 4 [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/025/002857.pdf?seek=1403073793>
- 19) KABÁTOVÁ, Oľga, Silvia PUTEKOVÁ, Jana MARTINKOVÁ a Henrieta ZÁHORECOVÁ, 2016. Postoje a vedomosti sestier o problematike geriatrického veku: Nurses' attitudes and knowledge of the geriatric age issue. *Kontakt*. České Budějovice, **18**(4), 243-248. ISSN 1212-4117.

- 20) KALVACH, Z. a M. MIKEŠ, 2004. Základní pojmy-stáří, gerontologie a geriatric. In: KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. Praha: Grada, s. 47-50. ISBN 80-247-0548-6.
- 21) KALVACH, Zdeněk et al, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 22) KALAFUSOVÁ, Stanislava, Hana ŠULCOVÁ, Božena JURAŠKOVÁ a Jiří VLČEK, 2014. Farmakoterapie seniorů v domovech důchodců. *GERIATRIE A GERONTOLOGIE*, 3(2), 65-70.
- 23) KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
- 24) *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, 2008. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-86878-65-2.
- 25) MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v bytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 97880247-3148-3.
- 26) MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.
- 27) MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 28) MOTEJL, Otakar, 2007. *Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory*. [Brno: Veřejný ochránce práv].
- 29) MZ ČR, 2010. Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotních služeb na období červen 2011 až duben 2012. In: *Portál kvality a bezpečí*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, publikováno 28.3.2010 [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-2922_29.html
- 30) MZ ČR, 2010. Věstník MZ ČR č. 1/2010. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. Praha: MZ [cit. 2018-03-09]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3702_1770_11.html
- 31) MZ ČR, 2012. Resortní bezpečnostní cíle. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. Praha: MZ, [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html

- 32) MZ ČR, 2012. Věstník MZ ČR č. 5/2012 ze dne 29. června 2012. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. Praha: MZ [cit. 2018-03-09]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html
- 33) MZ ČR, 2012. Věstník MZ ČR č. 8/2012 ze dne 9. října 2012. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. Praha: MZ [cit. 2018-03-09]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html
- 34) MZ ČR, 2013. Standardy léčebné péče. In: *Portál kvality pro odborníky*. [online]. Praha: MZ, publikováno 31.01.2013 [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-lecebne-pece_2888_15.html#
- 35) MZ ČR, 2015. Věstník MZ ČR č. 16/2015 ze dne 26. října 2015. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. Praha: MZ [cit. 2018-03-02]. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
- 36) MZ ČR, 2017. Vyhláška č. 391/2017 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, ročník 2017, částka 137. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c391/2017-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html
- 37) Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, 2012. In: *MPSV* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 18.6.2012 [cit. 2017-09-11]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf
- 38) NOVÁKOVÁ, Martina, 2012. Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. *Interní medicína pro praxi* [online]. **14**(3), 101-103 [cit. 2017-09-05]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/03/03.pdf>
- 39) *PROPEOPLE MARKETING*, 2009. [online]. Brno: Reklamní agentura Brno, [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.propeople.cz/ad-hoc>
- 40) PLEVOVÁ, Ilona, Dana DOLANOVÁ a Katarína ADAMICOVÁ, 2013. Týmová spolupráce v procesu analýzy medikačního pochybení. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Olomouc: Solen, **6**(1), 6-9 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/9aa6ffa80eaac812cc483c5b60b86a5.pdf>
- 41) POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

- 42) POKORNÁ, Andrea, Petra BŮŘILOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ a Dana DOLANOVÁ, 2017. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí Metodika Nežádoucí událost MEDIKACE / IV ROZTOKY*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 01/2017 [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: [http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/medikace_iv_roztoky_plna_verze_metodiky\(1\).pdf](http://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/medikace_iv_roztoky_plna_verze_metodiky(1).pdf)
- 43) PROŠKOVÁ, Eva, 2014. *Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči*. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. ISBN 978-80-260-7414-4.
- 44) PRŮŠA, Ladislav, 2009. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v PZSS a LZS v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-030-1.
- 45) *Průručka k osnově o bezpečí pacientů: multiprofesní edice*, 2016. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- 46) REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 47) SAK, 2014. AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB: Manuál a metodika plnění. In: SAK: SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. [online]. © Spojená akreditační komise, [cit. 2017-09-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
- 48) *Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum: 2014: redakční uzávěrka 3.2.2014*, 2014. Ostrava: Sagit. ÚZ. ISBN 978-80-7488-041-4.
- 49) *Standardy kvality sociálních služeb: výkladový sborník pro poskytovatel; výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*, 2008. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
- 50) SUCHÝ, David a Milan HROMÁDKA, 2011. Příspěvek k problematice geriatrické farmakoterapie. *Praktické lékařství*. Olomouc: Solen, 7(3), 111-114

- 51) *STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ 2016*, 2017. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31493/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_v_ece_2016.pdf
- 52) ŠALOUN, Jan a Jiří NEČAS, 2006. Polypragmazie a lékové interakce v ambulantní praxi. *Praktické lékařství*. Olomouc: Solen, **4**(4), 179-181.
- 53) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 54) ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.
- 55) TOPINKOVÁ, E., D FIALOVÁ, G.I. CARPENTER a R. BERNABEI, 2006. Mezinárodní srovnání lékové compliance a faktorů ovlivňujících non-complianci u seniorů s polyfarmakoterapií. *ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, **145**(9), 726-732.
- 56) TOPINKOVÁ, Eva, 2007. *GERIATRIE: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2007*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 80-869998-XX-X.
- 57) TOPINKOVÁ, Eva, 2010. *Geriatric pro praxi*. 1. Praha: Galen. ISBN 80-7262-365-6.
- 58) TOPINKOVÁ, Eva, Daniela FIALOVÁ a Hana KUBEŠOVÁ, 2012. *Zvýšení kvality preskripce seniorům - validace nástrojů pro potřeby lékové politiky ČR*. Praha: Iga MZ ČR. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR. Dostupné také z: <http://kramerius.medvik.cz/>. Číslo zprávy: NS10029.
- 59) VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-021-1.
- 60) *Vlastní cesta*, 2014. [online]. Dostupné z: <http://www.vlastnicesta.cz/>
- 61) VRÁBLÍK, Michal, 2013. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 15.11.2013, **10**(11-12), 369-371 [cit. 2018-03-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/11/03.pdf>

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Metodika postupu podávání léčivých přípravků v zařízení</i>	89
Příloha B – <i>Ishikawův diagram hlavních kategorií s potenciálními příčinami I. úrovně</i>	90
Příloha C – <i>Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie PROSTŘEDÍ</i>	91
Příloha D – <i>Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie POMŮCKY</i>	92
Příloha E – <i>Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie LIDÉ</i>	93
Příloha F – <i>Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie SMĚRNICE</i>	94
Příloha G – <i>Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie PROCESY</i>	95
Příloha H – <i>Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie METODY</i>	96

Metodika podávání léků

- **Cíl:** Zajištění zdraví uživatele podáním léků.
- **Pomůcky:** Dávkovač léků, čtverečky z buničiny, půlítka na léky, emitní miska, lžice nebo lžička, drtící miska na léky, podnos na léky, lékařská a ošetrovatelská dokumentace, tekutina na zapití léků.
- **Proces:** Léky uživatelům podává registrovaná zdravotní sestra nebo pečovatelka. Registrovaná zdravotní sestra podává léky uživatelům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dohled sestry nebo jsou ohroženi aspirací. Životně důležité léky, antibiotika podává vždy registrovaná zdravotní sestra. V jídelně [redacted] uživatelům léky podává vždy registrovaná zdravotní sestra. Pečovatelka podává léky pod dohledem registrované zdravotní sestry. Léky jsou vždy připraveny registrovanou zdravotní sestrou. Pečovatelka převezme dávkovače léků od registrované zdravotní sestry, každý dávkovač je označen jménem uživatele, číslem pokoje (bytu) a časem podání léků. Pečovatelka rozdává uživatelům léky vždy po snídani, po obědě, po večeři, na noc před spaním na pokojích (bytech) uživatel nebo v jídelně [redacted]. Léky podává individuálně, uživatel léky spolkně před pečovatelkou. Nemůže-li uživatel léky spolknout, jsou mu podány rozdrcené. Každý lék uživatel řádně zapije dostatečným množstvím tekutin. Úklid pomůcek.
- **Výsledek:** Správné a včasné podání léků uživatelům [redacted]

Příloha B – Ishikawův diagram hlavních kategorií s potenciálními příčinami I. úrovně

	Hlavní kategorie PROSTŘEDÍ		Hlavní kategorie POMŮCKY		Hlavní kategorie LIDÉ
R1	rušné místo a doba k přípravě LP	O1	nevhodný typ teploměru v lednici	L1	pracovník v sociálních službách podávající LP
		O2	skříňové typy lékáren	L2	neproškolené všeobecné sestry
		O3	rizikový typ jednodenní lékovky	L3	nedostatek všeobecných sester
		O4	hladký povrch podnosů		
		O5	nekompatibilitnost informačních systémů lékařů a sester		
	→		→		→
S1	nepřesná forma směrnice o uložení a likvidaci LP	P1	rozdělení procesu přípravy a podání LP	M1	nevhodné označení LP lékárnou
S2	nevhodná interní směrnice o podávání LP	P2	nedostatečná identifikace uživatele před podáním LP	M2	seskupování LP
S3	chybějící směrnice o označení LP jednotlivých uživatelů	P3	nevhodný systém záznamů sester do ošetrovatelské dokumentace týkající se LP	M3	nedodržení doby užití LP
S4	chybějící směrnice o zaznamenání provedeného podání LP	P4	nekompletní předávání informací při překladu	M4	nevhodné provádění změn v medikačních listech
S5	chybějící směrnice o telefonické ordinaci LP lékařem	P5	nevhodná forma předávání informací o změnách LP ordinovaných lékařem	M5	nevhodné označení týdenních lékůvek
S6	chybějící směrnice o postupu při pochybení nebo nežádoucí události	P6	není hlášena nežádoucí událost	M6	neprovádí se záznam o pochybení, nežádoucí události při přípravě a podávání LP
		P7	nevhodný systém medikačních listů		
		P8	zpožděný tisk záznamu lékaře do zdravotní karty		
		P9	nevhodně nastavené vstupní posouzení zdravotního stavu uživatele		
	Hlavní kategorie SMĚRNICE		Hlavní kategorie PROCESY		Hlavní kategorie METODY

Nežádoucí událost při přípravě a podávání léčivých přípravků (LP)

Příloha C – Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie *PROSTŘEDÍ*

Hlavní kategorie PROSTŘEDÍ				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro R1:	Poznámky
R1	rušné místo a doba k přípravě LP	O1.1	narušená koncentrace	možnost pochybení
		O1.2	současné řešení zdravotních problémů uživatelů	
		O1.3	časový stres	

Příloha D – Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie POMŮCKY

Hlavní kategorie POMŮCKY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O1:	Poznámky
O1	nevhodný typ teploměru v lednici	O1.1	nekalibrovaný teploměr	nepřesné měření
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O2:	Poznámky
O2	skříňové typy lékáren	O2.1	stabilní umístění	nemožný přesun při přípravě LP na pokoje
		S2.2	nedostatečná kapacita úložného prostoru	
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O3:	Poznámky
O3	rizikový typ jednodenní lékovky	S3.1	výřez ve víčku lékovky	vysypání dávky
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O4:	Poznámky
O3	rizikový typ jednodenní lékovky	S3.1	výřez ve víčku lékovky	vysypání dávky
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro O5:	Poznámky
O5	nekompatibilitnost informačních systémů lékařů a sester	O5.1	duplicita záznamů	neúměrné riziko chyb při duplikaci záznamů
		O5.2	neúplné a chybné obsahy záznamů	
		O5.3	časová ztráta	

Příloha E – Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie LIDÉ

Hlavní kategorie LIDÉ				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro L1:	Poznámky
L1	pracovník v sociálních službách podávající LP	L1.1	není kompetentní pro podávání LP	neodborně provedená činnost
				podání LP bez posouzení stavu uživatele
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro L2:	Poznámky
L2	neproškolené všeobecné sestry	L2.1	neinformovanost sester o nežádoucích událostech	podcenění rizika
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro L3:	Poznámky
L3	nedostatek všeobecných sester	L2.3	delegována činnost na pracovníky bez příslušné kompetence	

Příloha F – Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie SMĚRNICE

Hlavní kategorie SMĚRNICE			
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S1: Poznámky
S1	nepřesná forma směrnice o uložení a likvidaci LP	S1.1	neúplné informace
		S1.2	chybí metodiky procesů nejednotná činnost
		S1.3	chybí zodpovědné osoby provádí pouze někdo
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S2: Poznámky
S2	nevhodná interní směrnice o podávání LP	S2.1	nepřesné a neúplné informace nejednotná činnost
		S2.2	není běžně k dispozici pochybení
		S2.3	chybí metodika o přípravě LP
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S3: Poznámky
S3	chybějící směrnice o označení LP jednotlivých uživatelů	S3.1	různorodá kvalita identifikačních štítků na jednotlivých balení LP nejednotné označení
		S3.2	žádné identifikační štítky na některých balení LP
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S4: Poznámky
S4	chybějící směrnice o zaznamenání provedeného podání LP	S4.1	všeobecné sestry neprovádí záznam o podání LP
		S4.2	není možná kontrola podání neprobíhá kontrola podání
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S5: Poznámky
S5	chybějící směrnice o telefonické ordinaci LP lékařem	S5.1	nejednotná forma obsahu neúplné informace
		S5.2	opožděný záznam
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro S6: Poznámky
S6	chybějící směrnice o postupu při pochybení nebo nežádoucí události	S6.1	nedochází k záznamu nedochází k nápravě
		S6.2	nejsou sledována a vyhodnocována pochybení nedochází k úpravě nevhodně nastavených činností
		S6.3	nejsou hlášeny nežádoucí události

Příloha G – Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie PROCESY

Hlavní kategorie PROCESY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P1:	Poznámky
P1	rozdělení procesu přípravy a podání LP	P1.1	odpovědnost rozdělena mezi dva pracovníky	kdo je zodpovědný za případné pochybení
		P1.2	odpovědnost za možné chyby jiného pracovníka	chyby při podání
		P1.3	znemožněna kontrola připraveného obsahu lékovky	
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P2:	Poznámky
P2	nedostatečná identifikace uživatele před podáním LP	P2.1	chybí spolehlivý prvek identifikace u uživatelů s demencí	záměna uživatele
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P3:	Poznámky
P3	nevhodný systém záznamů sester do ošetrovatelské dokumentace týkající se LP	P3.1	neprovádí se záznam o podání LP	nemožná kontrola podání
		P3.2	duplicita mnohých záznamů	vzrůstá riziko chyby při opisu
		P3.3	záznam o ordinaci LP provádí sestra ne lékař	nekompetentní osoba
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P4:	Poznámky
P4	nekompletní předávání informací při překlada	P4.1	chybějící informace o medikaci u některých uživatelů	zhoršená diagnostika
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P5:	Poznámky
P5	nevhodná forma předávání informací o změnách LP ordinovaných lékařem	P5.1	ručně psaný záznam	špatná čitelnost
		P5.2	nedostatečná identifikace uživatele	
		P5.3	neúplné informace o léčivém přípravku	chybná příprava
		P5.4	nedochází k archivaci citlivých informací	
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P6:	Poznámky
P6	není hlášena nežádoucích událost	P6.1	nedochází k odstraňování rizik	
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P7:	Poznámky
P7	nevhodný systém medikačních listů	P7.1	dva medikační listy jednoho uživatele	chyba při přípravě LP
		P7.2	medikační list vytváří všeobecná sestra	nekompetentní osoba
		P7.3	duplicita záznamů	
		P7.4	nejednotná forma zápisů	nepřehledné
		P7.5	neúplné informace o LP	
		P7.6	ručně zapsané změny	hůře čitelné
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P8:	Poznámky
P8	zpožděný tisk záznamu lékaře do zdravotní karty	P8.1	záznam o ordinaci psychiatra chybí	nejednotnost dokumentace
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro P8:	Poznámky
P9	nevhodně nastavené vstupní posouzení zdravotního stavu uživatele	P9.1	chybí směrnice o obsahu vstupního vyšetření zdravotního stavu uživatele sestrou a lékařem	
		P9.2	neexistuje mezistupeň pouhé dopomoci při přípravě LP	nepodporuje v soběstačnost
		P9.3	chybí objektivní důvody k přípravě LP personálem	narušení autonomie uživatele

Příloha H – Rozpracovaný Ishikawův diagram hlavní kategorie METODY

Hlavní kategorie METODY				
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M1:	Poznámky
M1	nevhodné označení LP lékárnou	M1.1	ručně psané štítky	hůře čitelné
		M1.2	neúplné údaje	špatná identifikace uživatele
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M2:	Poznámky
M2	seskupování LP	M2.1	míchání šarží	
		M2.2	míchání expirací	prošlé expirace
		M2.3	deformace blistrů	poškození kapslí
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M3:	Poznámky
M3	nedodržení doby užití LP	M3.1	nerespektování doporučené doby užití	jiné množství účinné dávky LP
		M3.2	nerespektování dietních omezení	jiné množství účinné dávky LP
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M4:	Poznámky
M4	nevhodné provádění změn v medikačních listech	M4.1	ručně psaný zápis	hůře čitelné
		M4.2	chybí jmenovka a podpis lékaře při potvrzení změny	
		M4.3	chybí jmenovka a podpis sestry při změně LP	
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M5:	Poznámky
M5	nevhodné označení týdenních léků	M5.1	ručně psaný štítek	hůře čitelný
		M5.2	neúplné údaje	možnost záměny
	Příčina první úrovně		Potenciální příčiny druhé úrovně pro M6:	Poznámky
M6	neprovádí se záznam o pochybení, nežádoucí události při přípravě a podávání LP	M6.1	neprobíhá šetření s hledáním důvodů a příčin	nedochází k nápravě
		M6.2	neprobíhá vyhodnocování	