



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Prevence pochybení během podávání léků sestrou

Vypracovala: Bc. Nikola Kubíková
Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Prevence pochybení během podávání léků sestrou

Současný stav: V současné době je bezpečnost pacientů klíčovým prvkem v poskytování bezpečné a kvalitní péče. Bezpečí pacienta je ohroženo nejčastěji právě medikačními chybami (Buchini a Quattrin, 2012). Každý poskytovatel zdravotnických služeb by měl mít svým vnitřním předpisem jasně definovaná pravidla týkající se medikačního procesu. Také by měl motivovat své pracovníky k hlášení případných pochybení do systému hlášení nežádoucích událostí (NU), který slouží k vytvoření funkčních nápravných opatření. Důležité je nezapomínat na úlohu pacienta v prevenci medikačního pochybení.

Cíle práce: Cílem výzkumu bylo zjistit, zda sestry znají doporučený ošetrovatelský postup podávání léků pacientům. Také jaká jsou nejčastější pochybení během podávání léků sestrou. Dále identifikovat nejčastější příčiny a popsat preventivní mechanismy snižující riziko medikačního pochybení. V neposlední řadě nás zajímal způsob zapojení pacientů do procesu bezpečného podávání léků.

Metodika: Výzkumné šetření probíhalo metodou kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden metodou dotazování, spolu s technikou hloubkového rozhovoru. Kvalitativní data byla kódována metodou „papír a tužka“ a významově uspořádána do kategoriezačnických skupin spolu se schématy.

Výzkumný soubor: Pro získání co nejobjektivnějších výsledků bylo výzkumné šetření provedeno se sestrami a pacienty pouze z Chirurgického oddělení z jedné konkrétní ošetrovatelské jednotky. První výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících na chirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. a druhý výzkumný soubor tvořilo šest klientů hospitalizovaných na stejném oddělení. Vzhledem k tomu, že jsme se setkaly s neochotou a obavami zdravotnického personálu spolupracovat na výzkumném šetření, není výzkumný vzorek širší.

Výsledky: Z výsledků kvalitativního šetření je patrná špatná komunikace mezi sestrami a lékaři. Bylo například zjištěno, že lékaři v preskripci uvádějí léky, které nejsou k dispozici na oddělení. Sestry tak léky opatří z jiného oddělení nebo vyhledávají

generikum v elektronické databázi. Dále bylo zjištěno, že i když sestry znají zásady bezpečné identifikace pacienta, tak je dle výpovědí pacientů nedodržují. Pacienti jsou v procesu podávání léků spíše pasivními účastníky, kteří sledují jen svou chronickou medikaci. Jako nejčastější příčinu medikačního pochybení sestry uvedly neúplný či nečitelný zápis lékařské ordinace v dekurzu. Dále používání zkratk, záměnu léku nebo nedostatečnou identifikaci pacienta. Respondentky také jmenovaly stresové situace nebo nedorozumění mezi sestrou a lékařem. Sestry předcházejí medikačnímu pochybení opakovanou identifikací pacienta, kontrolou léku a dokumentace. Léky podávají ve stanovenou dobu pomocí mobilních lékáren přímo u pokoje pacienta. Mimo jedné respondentky, ostatní uvádějí, že podávají léky pouze z originálního balení. Pokud je to možné, neprovádějí generickou záměnu léku. Sestry nechtěly uvést své zkušenosti s medikačním pochybením. Jedna z respondentek přiznala, že se skoro dopustila medikačního pochybení a to záměny léku, ale zpětnou kontrolou mu zabránila. Ostatní sestry se setkaly pouze s nežádoucím účinkem léčiva. Indikátory kvality, které sestry sledují ve vazbě na podávání léků jsou pouze výskyt flebitidy a abscesu. Sestry se nezdají dostatečně motivovány k hlášení nežádoucích událostí. Systém berou spíše jako ztížení a přidávání práce. Domníváme se, že sestry nemají dostatek informací o tom, co vše je bráno jako nežádoucí událost. Hlášení podle většiny z nich podléhají pouze pády či jiné úrazy pacienta. Zkušenosti se systémem hlášení NU má jen několik dotazovaných sester a to pouze v souvislosti s pádem či úrazem pacienta.

Závěr a doporučení pro praxi: Z analýzy získaných výsledků vyplývá, že sestry mají znalosti o medikačním procesu a pochybeních. Nicméně se nám zdá, že nejsou dostatečně motivovány k hlášení medikačních pochybení (NU). Poskytovatel zdravotních služeb by měl svým pracovníkům poskytnout více informací o využití systému hlášení NU. Taktéž je zapotřebí pracovat na správné komunikaci a spolupráci mezi členy zdravotnického týmu a neopomíjet úlohu pacienta. Praktickým výstupem práce je překlad informační brožury pro pacienty od Joint Commission s názvem „Help Prevent Errors in Your Care“/„Pomáhejte předcházet chybám ve Vaší péči“.

Klíčová slova: medikační pochybení, medikační proces, prevence, sestra, pacient

Abstract

Prevention of errors during drug administration by nurse

Current status: Currently, the safety of patients is a key element in the provision of safe and high quality care. The drug administration is the main danger for the patients which is necessary to be mentioned. (Buchini and Quattrin, 2012). Each provider of health care services should follow specific internal regulation of medication process. Moreover, it is necessary to support employee to report possible misconduct in the adverse event to the reporting system, which is used to create functional corrective measures. However, we have to realize that it is impossible to forget the role of the patient in the prevention of medication errors.

Goals: The main aim of the research was to find out whether the nurses know the recommended nursing procedure of medication to patients. Not only, mentioned the most common misconduct during the administration of drugs, but also identify the most common causes of these misconducts. After that to describe preventive mechanisms for reducing the risk of medication errors. In conclusion it was necessary to point out the cooperation of patients in the process of safe medication administration.

Methodology: The research was conducted using a qualitative research method. The data were collected the polling method, along with in-depth interview technique. The qualitative data was coded using „paper and pencil“ and semantically organized into groups along with the categorization schemes.

Research file: In order to achieve the highest level of objectivity the research was carried out with a group of nurses and patients only from the Surgical Department of a particular nursing unit. First, the research consisted of six nurses working in the surgical Department at the hospital České Budějovice a.s. and the second research file consisted of six clients admitted to the same Department. Due to the fact that the respondents were generally reluctant to cooperate the researched sample is limited.

Results: The results of a qualitative investigation is evident by poor communication between nurses and doctors. For example, it was found that doctors prescribing the drugs, which are not available in the Department. Because of that nurses

areforced to request drugs from another Department, or search for a generic medicinal product in the electronic database. Furthermore, according to the patient's statements, even when the nurses know the principles of secure identification of the patient. The patients are in the process of medication rather passive participants, who are watching their chronic medication. As the most common cause of medication error nurses mentioned incomplete or unreadable registration of medical offices in the medical dokument. Furthermore, the use of abbreviations, the confusion of the drug names or the lack of identification of the patient, is not properly defined. In addition, generally stress situations or misunderstandings between the nurse and the physician is very inappropriate condition for drug administration. Nurses avoid the medication errors by repeated patient's identification, controlinf of drugs, and documentation of them. Appropriate medication which is necessary to be takein in specified time period is offered by nurses with using of the mobile pharmacies directly in the patient's room. Almost every nurses give drugs from the original packaging of the medication. If possible, do not perform generic drug substitution. The nurses did not want to bring their experience with the drug misdeeds. One nurse admitted that she almost committed medication error. However, she retrospectively controled the medications, because of that she avoids this misconduct. The other nurses regullary meet only with an adverse effect of the drug. The quality indicators, which monitor the nurses in custody on drugs are the only incidence of phlebitis and abscess. I supposed to the nurses do not seem sufficiently motivated to report adverse events. Acording to them the system is more time-consuming than useful help. We believe that nurses do not have enough information about what is considered as a inappropriate event. According to most of them just crashes or other injuries are necessary to monitored in the system. Experiences with reporting system are generally rare just a few of the nurses knows how tu use it and only in connection with the fall or injury of the patient.

Conclusion and recommendations for practice: The analysis of the results shows that the nurses have knowledge about the process and the medication errors. However, it seems to us that they are not sufficiently motivated to report medication errors. Provider of health services to their staff should provide more information on the use of the

reporting system. It is also necessary to work on proper communication and cooperation between the members of the medical team and not to forget the role of the patient. The practical outcome of this work is a translation of the information brochures for patients from the Joint Commission with the name „Help Prevent Errors in Your Care ”.

Keywords: medication error, medication process, prevention, the nurse, the patient

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Nikola Kubíková

Poděkování

Poděkování patří především mé vedoucí diplomové práce doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za vstřícnost, trpělivost, cenné rady a odborné vedení. Dále všem respondentům, kteří rozhovory přispěli k výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	14
1 SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Podávání léků	16
1.1.1 Balení a označení léků.....	16
1.1.2 Předpis a objednávání léčiv	17
1.1.3 Uložení léků na ošetrovatelské jednotce	20
1.1.4 Identifikace nemocného	21
1.1.5 Vlastní podání, aplikace léků	22
1.1.6 Formy léků a způsoby podání	24
1.1.7 Likvidace léčiv	36
1.2 Medikační pochybení	38
1.2.1 Klasifikace medikačních pochybení.....	38
1.2.2 Příčiny vzniku medikačního pochybení	40
1.3 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb	41
1.3.1 Vymezení resortních bezpečnostních cílů	43
1.3.2 Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních	45
1.3.3 Hlášení nežádoucích událostí	47
1.4 Příčiny a prevence vzniku nežádoucích událostí	48
1.4.1 Zdravotnický tým	49
1.4.2 Pacient jako partner	52
1.4.3 Dokumentace a její náležitosti	53
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
2.1 Cíle práce.....	55
2.2 Výzkumné otázky.....	55
3 METODIKA	56

3.1 Použité metody sběru dat	56
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	57
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	59
4.1 Kategorizace hloubkových rozhovorů se sestrami do schémat.....	59
4.1.1 Kategorie „Podávání léků“	59
4.1.2 Kategorie „Medikační pochybení“	73
4.2 Kategorizace hloubkových rozhovorů s pacienty do schémat	79
4.2.1 Kategorie „Klientské údaje“	79
4.2.2 Kategorie „Podávání léků“	82
4.2.3 Kategorie „Medikační pochybení“	85
5 DISKUZE	89
5.1 DISKUZE - rozhovory se sestrami	89
5.2 DISKUZE - rozhovory s klienty	95
6 ZÁVĚR	98
6.1 Doporučení pro praxi	99
7 LITERATURA	100
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	113

Seznam použitých zkratk

aj.	a jiné
apod.	a podobně
ATC skupiny	Anatomicko-terapeuticko-chemické skupiny
a.s.	akciová společnost
Bc.	Vysokoškolský titul bakalář
cps.	capsules / tobolka, kapsle
crm.	creame / krém
ČR	Česká republika
drg.	tabulettae obductae / dražé, potahované tablety
EDQM	Evropský direktorát pro jakost léčiv
Eff.	tabulettae effervescens / šumivé tablety
empl.	emplastra / náplasti
EU	Evropská unie
extr.	extracta / výtažky
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis/ Analýza možností vzniku vad a jejich následků
gran.	granula / zrnka
gtt.	guttae / kapky
i.a.	intraarteriálně
i.v.	intravenózně / nitrožilně
i.m.	intramuskulárně / do svalu
ISQua	International Society for Quality in Healthcare / Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
JC	Joint Commission / Spojená komise
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/ Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
KCl	chlorid draselný

LASA léky	Look-Alike, Sound-Alike medication names / podobně vypadající, podobně zvučné názvy léku
MERS	Medication error reporting systém / Systém hlášení medikačních chyb
mix.	mixturae / směsi
mg.	miligram
ml.	mililitr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NaCl	chlorid sodný
PCNE	Pharmaceutical Care Network of Europe / Lékárenská síť v Evropě
per os	perorálně (ústně)
per rectum	konečníkem
per vaginam	do pochvy
pil.	pilulae / pastilka
pst.	pastae /pasta
pvl.	pulveres / prášky
PŽK	periferní žilní katetr
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.
s.c.	subcutáně / pod kůží
sir.	sirupy
sol.	solutiones / roztoky
spec.	species / čaje
supp.	suppositoria / čípky
susp.	suspensiones / suspenze
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
tbl.	tablety
tj.	to jest
TK	krevní tlak
tzn.	to znamená

ung.	unguenta / masti
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VOŠ	Vyšší odborná škola
WHO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace

Úvod

Podávání medikace je důležitou součástí práce sester. Avšak představuje jednu z největších oblastí rizik v ošetrovatelské praxi. Vzhledem ke složitosti tohoto multiprofesionálního procesu vždy existuje možnost chyby. Medikační pochybení je definováno jako preventabilní událost, která by mohla způsobit nebo vést k nevhodnému použití léku a tím k poškození pacienta (Härkänen et al., 2015).

Brabcová (2015) v rámci výzkumu zjistila, že mezi nejčastější typy medikačních problémů patří záměna pacienta, nežádoucí účinek podaného léku, nepodání léku, chybná dávka léku, jeho záměna nebo neshoda počtu opiátů. Medikačním pochybením jsou ohroženi především polymorbidní starší pacienti, kteří užívají větší množství léků, ty mohou být ve vzájemné interakci.

Studie Andersona a Townsenda (2010) uvedla řadu preventivních kroků, kterými lze snižovat riziko vzniku medikačního pochybení. Poukázali na riziko poškození pacienta, v případě nedostatečně sebrané anamnézy. Může se například jednat o nezaznamenání nebo přehlédnutí informací o alergiích. Je tedy nutné zaměřit se na získávání úplných a platných informací o pacientovi. Více jak polovina medikačních pochybení nastává z důvodu špatné komunikace mezi lékařem a sestrou. Kompletní informace o lécích by měly být k dispozici zdravotnickým pracovníkům v nemocniční elektronické databázi.

Důležitým faktorem při zlepšování bezpečnosti pacientů v medikačním procesu je shromažďování a analýza získaných informací o chybách. V posledních letech byly vytvořeny systémy hlášení chyb pro zdravotnické pracovníky. Ti mají shromažďovat údaje o chybách a následně využít tyto informace k identifikaci příležitostí k zlepšení (Härkänen et al., 2015).

Téma diplomové práce jsem si vybrala na základě zkušeností s problematikou, která se týká procesu podávání léků sestrou. Během své práce na chirurgickém oddělení a na odborné praxi, vykonávané v průběhu studia, jsem se setkala s různými postupy podávání léků, organizací práce a neefektivní komunikací mezi sestrou-lékařem a zdravotnickým personálem-pacientem. Nemile mě překvapila nedostatečná spolupráce zdravotnického týmu a nezájem pacientů o medikaci, podávanou během hospitalizace.

Proto jsem se rozhodla danou problematiku blíže prostudovat a získat nové informace o prevenci vzniku medikačního pochybení a možnostech aktivního zapojení pacienta do ošetrovatelské péče. To může být přínosem nejen pro pacienty samotné, ale i pro zdravotnické pracovníky.

Hlavním cílem bylo zjistit úroveň znalostí sester o problematice medikačního pochybení, zda vědí jak efektivně předcházet jeho vzniku. Jaké postavení zaujímají v procesu podávání léků pacientů. Zda jsou zdravotnickým personálem aktivně vybízeni k podílení se na bezpečném poskytování péče. V neposlední řadě bylo snahou zjistit, jak se pacienti orientují ve své chronicky užívané medikaci a jak sledují podávané léky na oddělení. Zda mají zájem a jsou schopni se na bezpečné péči podílet.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována procesu podávání léků se všemi jeho náležitostmi a medikačnímu pochybení. Dále se teoretická část zabývá hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb s prevencí vzniku nežádoucích událostí. V praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření, které se týkají specifik práce sester během jednotlivých fází procesu podávání léků. Zahrnuje zkušenosti zdravotnických pracovníků i pacientů s medikačním pochybením. Pojednává o míře zapojení pacientů do bezpečného podávání léků. V neposlední řadě využívání systému Hlášení nežádoucích událostí ze strany sester.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Podávání léků

„Výkon ošetrovatelské péče je činnost stejně důležitá, jako výkony prováděné lékařem (Vondráček a Wirthová, 2009, s.39).“

Proto na ošetrovatelské výkony jsou kladeny stejné požadavky, jako na výkony prováděné v rámci poskytování zdravotní péče jinými zdravotnickými pracovníky. Ošetrovatelská péče musí být prováděna v souladu s postupy, které stanoví standardy. Za výkon, který sestra sama provede, nese plnou odpovědnost a je povinna o provedeném výkonu provést záznam do zdravotnické dokumentace pacienta (Vondráček a Wirthová, 2009).

Slezáková (2014) řadí výkon podávání léků do diagnosticko-terapeutické činnosti sestry. Sestra realizuje tento výkon na základě ordinace lékaře, ale tím její úloha nekončí. Následně se věnuje monitoraci účinku podaných léků a jejich reakci na organismus pacienta.

1.1.1 Balení a označení léků

Dle zákona o léčivech č. 378/2007 Sb., v sobě pojem léčivo zahrnuje léčivé látky, spolu s jejich směsmi a léčivé přípravky. Léčivé přípravky jsou látky nebo kombinace látek, určené k léčení nebo předcházení nemocem. Slouží také ke stanovení diagnózy, úpravě nebo ovlivnění fyziologických funkcí člověka (MZ ČR, 2007).

Lék je produktem získaným z léčiv a farmaceuticky pomocných látek. Jejich výroba je prováděna vhodným technologickým způsobem. Lék musí splňovat požadavky aplikace. Léčiva lze dle typu výroby rozdělit na dva druhy a to na hromadně vyráběné a individuálně vyráběné léčivé přípravky (Jelínková, 2014).

Hromadně vyráběné léčivé přípravky jsou dle Jelínkové (2014) vyráběny průmyslově podle technologického předpisu. Na trh jsou uváděny pod zvláštním názvem a ve zvláštním obalu. Ještě před uvedením na trh musí být všechny hromadně

vyráběné léčivé přípravky registrovány ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Během registračního procesu se posuzuje dokumentace, indikace, kontraindikace, dávkování, příbalová informace a návrh obalu léčivého přípravku. V dokumentaci budoucí držitel registračního rozhodnutí prokazuje kvalitu, bezpečnost a účinnost přípravku. Hromadně vyráběné léčivé přípravky musí obsahovat jejich název a účinné látky. Další povinná náležitost u takto získávaných léků je uvedení množství účinné látky, obsah balení, název a místo podniku, který lék vyrábí. Nesmí chybět datum expirace, šarže, doporučené skladování a příbalový leták v českém jazyce. Pro udání síly léku se používá označení forte (silný), biforte (dvojnásobně silný) nebo mitte (slabý). Důležité je též uvedení, komu je medikament určen, zda pro děti (infantibus) nebo pro dospělé (adultis).

Individuálně vyráběné léčivé přípravky jsou připravované v lékárnách podle lékařského předpisu pro konkrétního pacienta. Důležitými náležitostmi štítku na obalu je uvedení data přípravy a doba použitelnosti léku. Další nezbytná informace je název lékové formy a množství léčivého přípravku v gramech. Štítek musí obsahovat také název a adresu lékárny, podpis lékárníka a informace pro pacienta opsané z receptu, například údaje o dávkování (Jelínková, 2014).

1.1.2 Předpis a objednávání léčiv

Akreditační standardy pro nemocnice se mimo jiné zabývají standardem pro objednávání, předepisování a podávání léků v nemocničním prostředí. Nemocnice vypracovávají vnitřní předpis, kterým určují konkrétní postupy při objednávání, předepisování a podávání léků dle platné legislativy (Marx a Vlček, 2014).

V § 10 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, je nařízeno, jak správně a bezpečně skladovat léčiva. Tento postup blíže specifikují v následující kapitole (ČESKO, 1998).

Předpis léčiv se řídí vyhláškou MZ č. 54/2008 Sb. v platném znění, o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů (MZ ČR, 2008).

Podávání léků pacientům podle ordinace je popsáno v § 1 odst. 2. vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, zrušen z. č. 236/2013 (ČESKO, 2013).

Manipulace s bezplatnými vzorky léků probíhá v souladu s § 5 odst. 1 zákona č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy, pokyn SÚKL UST 23 verze 2, poskytování reklamních vzorků humánních léčivých přípravků (Parlament ČR, 1995).

Vnitřním předpisem nemocnice stanoví osoby, které jsou oprávněné ordinovat léky pacientům a osoby oprávněné léky pacientům podávat. Rovněž stanoví postup při hlášení nežádoucích účinků léků. Pokud je potřeba, nemocnice uvede i pokyny pro způsob podávání léků, který není uveden v souhrnu údajů o přípravku (Summary Product Content), jako je například drcení či pülání tablet (Marx a Vlček, 2013).

Česká lékařská komora Brno (2009) uvádí, že poskytovatel zdravotních služeb má za povinnost vést dokumentaci o činnosti spojené s příjmem, přepravou, úpravou, uchováváním léčivých přípravků a jejich používání.

Dle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, vedou jednotlivá pracoviště evidenci o příjmu a spotřebě návykových látek v evidenční knize. Evidenční kniha musí být na titulní straně opatřena razítkem nemocniční lékárny, identifikací pracoviště a musí být uveden pověřený lékař odpovědný za kontrolu návykových látek. Součástí evidenční knihy je seznam osob, které v ní provádějí zápisy, s uvedením jména a příjmení, bydliště a podpisového vzoru. Pro každý druh návykových látek, sílu, koncentraci a velikost balení je vyhrazen určitý počet stran podle předpokládaného rozsahu spotřeby (ČESKO, 1998).

V případě vedení dokumentace v elektronické podobě se údaje zálohují obnovitelným způsobem. Dokumentace obsahuje záznamy o příjmu léčivých přípravků, jejich používání a úpravě při poskytování zdravotní péče. Evidují se též všechny léčivé přípravky na pracovišti a kontroluje se dodržování správné teploty uchovávání léčivých přípravků (Česká lékařská komora Brno, 2009).

U léčivých přípravků, které vyžadují sníženou teplotu uchovávání, se záznamy do dokumentace provádí minimálně jednou za den. V neposlední řadě se musejí provádět záznamy o reklamaci, a to z důvodu závady v jakosti a o stahování léčiv z oběhu. Do dokumentace se zaznamenávají také informace o podezření na závažný nebo

neočekávaný nežádoucí účinek. Tyto skutečnosti by mohly vést k poškození zdraví pacientů v souvislosti s jejich použitím. Osoby, odpovědné za zacházení s léčivými přípravky na daném pracovišti, jsou povinné opatřit standardní lékové intervence datem a jejich vlastním podpisem. Dokumentace, a to včetně objednávek, se uchovává nejméně po dobu 5 let od data provedení posledního zápisu (Česká lékařská komora Brno, 2009).

Předepisovat a používat při poskytování zdravotní péče lze podle České lékařské komory Brno (2009) pouze registrované humánní léčivé přípravky a léčivé přípravky připravené v lékárně nebo na dalších pracovištích. Avšak ošetřující lékař může při poskytování optimální zdravotní péče předepsat nebo použít i léčivé přípravky, neregistrované podle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech. Stává se to v případě, pokud není v České republice v oběhu či distribuci lék odpovídajícího složení nebo podobných terapeutických vlastností. Tento lék musí být registrován již v zahraničí a jeho účinek dostatečně odůvodněn vědeckými důkazy. Důležitá je informace, že se nejedná o léčivý přípravek, obsahující geneticky modifikovaný organismus.

Česká lékařská komora Brno (2009) zdůrazňuje povinnost poskytovatele zdravotních služeb neuvádět do oběhu a nepoužívat při poskytování zdravotní péče léčiva s prošlou dobou použitelnosti. Nesmí se používat léčiva se závadou v jakosti nebo léčiva vyřazená SÚKL. Léčivé přípravky jsou předepisovány lékaři, poskytujícími zdravotní péči, podle své odbornosti.

Vystavení lékařského předpisu musí být v souladu s vyhláškou MZ č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů. Ten může být po dohodě s pacientem v listinné nebo v elektronické podobě.

Pro zvýšení bezpečnosti hospitalizovaných pacientů, musí dle Marxe a Vlčka (2014) vnitřní předpis nemocnice upravovat několik oblastí. Vnitřním předpisem musí nemocnice definovat minimální náležitosti ordinace a minimální rozsah údajů potřebných k identifikaci pacientů. Uvádí se též proces při provádění generické záměny léků, které jsou ordinovány na lůžkovém pracovišti. Zaznamenává se i postup při podmíněné ordinaci léků, značený jako „podle potřeby“ a ordinace s terapeutickým

rozptylem. Vnitřní předpis zahrnuje i opatření, zajišťující bezpečnost při objednávání a skladování léků s podobným obalem či názvem, též případ řešení, kdy je ordinace léku nejasná, neúplná nebo nečitelná. Mezi další nezbytné náležitosti interního předpisu nemocnice je postup při ústních či telefonních ordinacích, který je rozpracován v resortním bezpečnostním cíli o bezpečné komunikaci. Předpis též upravuje ordinace, vztahující se k váze pacienta či k jeho tělesnému povrchu. Příkladem mohou být ordinace léků pro malé děti nebo ordinace cytostatik.

1.1.3 Uložení léků na ošetrovatelské jednotce

Standard pro správné a bezpečné skladování léků stanovuje jeho podmínky ve všech skladovacích prostorách nemocnice, jako jsou lékárny, příruční sklady na pracovištích, příruční lékárny na jednotlivých pracovištích apod. V prostorách, kde jsou uchovávány léky, probíhají pravidelné kontroly zaměřené na dodržení skladovacích podmínek (Marx a Vlček, 2013).

Česká lékařská komora Brno (2009) uvádí, že uchovávání léčivých přípravků se provádí dle podmínek, uvedených v souhrnu údajů o přípravku. Dále též podle pokynů výrobce, dodávající lékárny či zařízení připravujících léčivé přípravky.

Uchovávání léků musí splňovat několik náležitostí, například léčivé přípravky připravené v lékárně se skladují výhradně v původních obalech. Léčivé přípravky se uchovávají tak, aby byly zachovány jejich identifikační údaje. Průběžně se kontroluje dodržování teploty stanovené pro uchovávání léčivých přípravků (Česká lékařská komora Brno, 2009).

Odděleně uložena a náležitě označena musí být taková léčiva, která nevyhovují jakostí, mají uplynulou dobu použitelnosti nebo byla uchovávána či připravena za jiných než předepsaných podmínek. Spadají sem i zjevně poškozená a nespotřebovaná léčiva (Česká lékařská komora Brno, 2009).

Psychotropní a omamné látky musí být uchovávány v souladu se zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Nejlépe v pevně připevněných, nepřenositelných příručních trezorech nebo v samostatných trezorech. Odděleně v uzamykatelných

skříních uchováváme léčivé a pomocné látky, které jsou zařazené mezi venena (ČESKO, 1998).

Reklamní vzorky léčivých přípravků, poskytnuté obchodními zástupci v rámci reklamy pro odbornou veřejnost, musejí splňovat podmínky pro uchovávání léčivých přípravků dle zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy. V případě, že je reklama zaměřená na širokou veřejnost, musí reklamní vzorek obsahovat název humánního léčivého přípravku tak, jak je uveden v rozhodnutí o registraci. Je povoleno uvést i jeho mezinárodní nechráněný název, jestliže takový existuje, popřípadě ochrannou známku. Vzorky humánních léčivých přípravků mohou být poskytnuty výhradně osobám oprávněným je předepisovat a to v omezeném počtu. Předpis vždy obsahuje podpis této vybrané osoby a datum vystavení. Počet předpisů je omezen na dobu jednoho kalendářního roku. Reklamní vzorky musí odpovídat nejmenším balením léčivých přípravků uvedených na trh. Další povinností je označení nápisem "Neprodejný vzorek" nebo "Bezplatný vzorek". Nesmějí se poskytovat přípravky obsahující omamné a psychotropní látky (Parlament ČR, 1995).

Dle Marxe a Vlčka (2013) se léky a suroviny pro přípravu léků označují názvem, datem expirace a případným upozorněním na potencionální rizika. Léky, vnesené pacienty, se označují a skladují v souladu s příslušným vnitřním předpisem stanoveným nemocnicí.

Léky, které si pacient přinese do nemocnice, se označí jménem a rodným číslem pacienta. Poté se uloží do lékárny na oddělení odděleně od ostatních léčiv. Vnesené opiáty je nutné evidovat v Knize vnesených opiátových látek. V případě úmrtí pacienta se návykové látky nikdy nevracejí rodině, ale předají se lékárně (Dostálová a kol., 2007).

Podle pokynů SÚKL (2013) se léčiva neukládají přímo na podlaze, v těsné blízkosti topných těles a na místech vystavených slunečnímu záření. Léčiva v mrazicích a chladicích zařízeních nemají být pokládána těsně ke stěnám, do blízkosti mrazicích desek, mrazicích vložek nebo chladicí jednotky.

1.1.4 Identifikace pacienta

Léky se pacientům podávají na základě ordinace. Tím je vždy myšlena prvotní ordinace lékaře. Nemocnice je povinna zajistit podávání léků podle jasně stanovených postupů. Sestra je povinna ověřit název léku s lékařskou ordinací, ověřit čas a frekvenci podání léku s ordinací. Dále zkontroluje dávku a aplikační cestu s ordinací a provede bezpečnou identifikaci pacienta. Konkrétní proces ověřování stanoví vnitřní předpis nemocnice (Marx a Vlček, 2014).

Poskytovatel zdravotních služeb má za povinnost stanovit jednotný postup při identifikaci pacientů. Vypracovaný postup slouží pro jednoznačnou nezaměnitelnou identifikaci pacienta. V případě, kdy pacient není schopen potvrdit vlastní identifikační údaje, má být stanoven způsob ověření identifikace pacienta (Heger, 2012).

Dle Marxe a Vlčka (2014) vnitřní předpisy poskytovatelů zdravotních služeb vyžadují minimálně dva jedinečné způsoby identifikace pacienta. Nejčastějšími nástroji pro identifikaci jsou celé jméno (jméno a příjmení) a datum narození pacienta. Nepatří sem však použití označení pokoje pacienta či popis jeho umístění v nemocnici. Pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje, doporučuje se využít při identifikaci jeho pomoc. Sestra provede tzv. „pozitivní identifikaci“. Pacienta se zeptá - Jak se jmenujete? V případě, že zdravotní stav pacienta neumožňuje jeho aktivní účast na identifikaci, sestra zkontroluje potřebné údaje o pacientovi z jeho identifikačního náramku. Získané údaje je nutné zkontrolovat s dokumentací pacienta.

1.1.5 Vlastní podání, aplikace léků

K účelné kontrole postupu užívání léků v nemocničním zařízení je potřeba zaznamenat užívané léky, které pocházejí z jiných zdrojů, než je standardní způsob jejich dodávky na pracoviště. Ošetřující lékař musí mít přehled nad léky, které si pacient sebou přináší do nemocničního zařízení a pokud jejich užívání schválí, zaznamená je do dokumentace. Léky, které pacient užívá dle potřeby sám, tzv. SOS léky (například Salbutamol působící proti astmatu aj.) jsou ponechány pacientovi a lékař provede záznam do dokumentace. Vnitřním předpisem nemocnice se též stanoví postup při převzetí léků vnesených pacientem (Marx a Vlček, 2014).

Zacházení s návykovými látkami je upraveno zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ČESKO, 1998) a vyhláškou č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků. Návykovými látkami se rozumí omamné a psychotropní látky a dále léčebné látky, které je obsahují (MZ ČR, 2006).

Petr a kol. (2014) uvádí postup, při jehož dodržení by mělo být podávání léků pro pacienta bezpečné. Podání léků je závislé na písemné ordinaci lékařem v aktuálním dekurzu, na jehož základě sestra lék připraví. Sestra podává lék dle obchodního názvu, uvedeného lékařem v dokumentaci. Generická výměna je možná, jestliže ji lékař písemně zaznamená do dokumentace. Léčivo by mělo být připraveno těsně před podáním pacientovi a to osobou, která jej bude i podávat. Nejlépe je léky připravovat přímo u lůžka pacienta prostřednictvím mobilních lékáren. Sestra provádí trojí kontrolu léku, tj. při přípravě, při dávkování a těsně před podáním. Před podáním je potřeba provést řádnou identifikaci nemocného. Sestra zkontroluje identifikační náramek pacienta oproti dokumentaci, podle které lék připraví. Sestra by měla mít k dispozici údaje o alergiích, které jsou součástí jak lékařské, tak ošetrovatelské příjmové anamnézy. Každé léčivo by mělo být připraveno podle hygienicko-epidemiologických požadavků, tj. aseptickou technikou u injekční formy léku a bezdotykovou technikou u perorálně užívaných léků. Načasování podání léku se řídí časem, uvedeným v dekurzu. Sestra ověřuje správnost léku na jeho vnějším i vnitřním obalu, tj. blistru či ampuli. Pokud lék připravuje na sesterně, je potřeba jej opatřit štítkem obsahujícím jméno pacienta, jméno léku, jeho sílu a způsob podání. Při přípravě léčiv si sestra pozorně všímá jednotek uvedených v ordinaci, které mohou být ordinované v mililitrech, miligramech, počtu ampulí, mezinárodních jednotkách apod., dále pak způsobu aplikace, například intramuskulárně, subkutánně atd.

Perorální léky lze pūlit, pouze mají-li dělicí rýhu. Nepodané léky se odstraňují do speciálního kontejneru. Stejně tak se likvidují zbytky léčiv v ampulích. (Vytejčková a kol., 2015).

Likvidace nevyužitého zbytku návykové látky na pracovišti se provádí v souladu se zákonem č. 185/2001 Sb., o odpadech. Pokud je látka v tekuté formě vystříkne se do gázy nebo buničité vaty a uloží do spalitelného odpadu. Osoba provádějící zneškodnění

nepoužitelných návykových látek o tom sepíše zápis do evidenční knihy. Likvidaci prošlých návykových látek zajišťuje nemocniční lékárna (Parlament ČR, 2001).

Při podávání léků sestra bere v úvahu jejich návaznost na jídlo apod. Dále zkontroluje, zda lék pacient užil. Důrazná kontrola je potřebná především u dětských, starších, psychiatrických a dezorientovaných pacientů. O podání léčiva sestra provede řádný záznam do dekurzu, ze kterého bude zřejmé, zda pacient lék dostal, či nikoliv. Léky se v dokumentaci odškrťávají až po požití pacientem či aplikaci, a to zaškrtnutím jednotlivého času podání. Nepodané léky se uvedou do kroužku s uvedením důvodu, proč lék nebyl podán. Z dokumentace by mělo být patrné, kdo lék podal. Sestra spolu s pacientem sleduje účinky léku, jednak žádoucí, ale i nežádoucí, například hladinu glykemie, intenzitu bolesti apod. Mobilní lékárnu ani dokumentaci sestra nenechává v průběhu podávání léků bez dohledu (Vytejčková a kol., 2015).

1.1.6 Formy léků a způsoby podání

Dle Řehuli (2013) léčivé látky obvykle nejsou vhodné k přímému použití. Je tedy nutné je společně s pomocnými látkami zpracovat do vhodné formy, tzv. lékové formy, tak aby mohly působit v daném čase na daném místě.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2015) zveřejňuje snahu států, které jsou signatáři Úmluvy o vypracování Evropského lékopisu, vytvořit standardní názvy lékových forem. Nutné je zahrnout i způsoby podání a typy obalů léčiv v národních jazycích. Koordinaci této práce zajišťuje pracovní skupina Evropského direktorátu pro jakost léčiv (EDQM) nazvaná Standard Terms.

„Evropský lékopis normativně sjednocuje státy Evropského společenství v oblasti léčiv a v současné době se pracuje na jeho harmonizaci i s dalšími světovými lékopisy (USA a Japonska). Tato základní mezinárodně uznávaná norma pro zajištění jakosti, bezpečnosti a účinnosti léčiv je předpokladem pro uplatnění našich léčiv na zahraničních trzích a její zahrnutí do Českého lékopisu je v zájmu českého farmaceutického průmyslu a hlavně v zájmu zajištění jakostních léčiv pro občany České republiky“ (Zeman a Vrcha, 1997, str.3).

Léčivé přípravky lze rozdělit na tekuté a polotuhé perorální přípravky, jako jsou kapky, roztok, emulze a suspenze. Další dělení je na pevné perorální přípravky, jako jsou tvrdé tobolky, měkké tobolky, obalené a potahované tablety. Následuje rozdělení lékových forem na orální přípravky, přípravky pro stomatologické ošetření, přípravky pro kožní a transdermální podání, oční, ušní, nosní, vaginální, rektální, inhalační, parenterální, tracheopulmonální, intrauterinní přípravky a různé (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

Hůsková a Kašná (2009) rozlišují tři základní formy léků, tj. tuhé (pevné), polotuhé (polopevné) a tekuté typy. Mezi tuhé neboli pevné lékové druhy zařazují tablety, *tabulettae - tbl.*, které vznikají slisováním prášku do disků různé velikosti. Zmiňují také šumivé tablety, *tabulettae effervescens - eff.*, což jsou léky slisované do kotoučů, rozpustné ve vodě. Prášky, *pulveres - pvl.*, mají škrobový či želatinový obal. Pod pojmem dražé, *tabulettae obductae - drg.* rozumíme léky určené k rozložení v nižších částech trávicí trubice. Obalují se barevným sladkým povlakem chránícím zubní sklovinu. Léková forma pastilka, *pilulae - pil.*, se vyrábí v různých tvarech, velikostech a barvách. Může být potažena cukrem a obsahuje jeden nebo více léků. Pod termínem kapsle neboli tobolky, *capsules - cps.*, známe léky s želatinovým obalem, který slouží pro zpomalení uvolňování léku. Nejmenším lékovým typem jsou zrnka, *granula - gran.*, která jsou stlačena do drobných nepravidelných tvarů, dávkují se po lžičkách.

Do polotuhých neboli polopevných lékových forem řadí Kelnarová (2009) čípky (*suppositoria - supp.*). Dle aplikace se dělí na čípky rektální a vaginální, upravované do tvaru válce či kužele. Dalším léčivem jsou poševní koule, *globule vaginales*, které jsou určeny k aplikaci do pochvy. Mají kulovitý tvar o průměru cca 2 cm. Jinou formou je gel, *linimenta*, který se nanáší na kůži a slouží k ochraně kůže před mokváním. Řadu polopevných léčiv doplňují krémy, *creame - crm.*, jsou hydrofilními přípravky využívanými k ochraně kůže. Dále aplikovanými léčivy jsou pasty (*pastae - pst.*). Jedná se o prášek přidaný do masťového základu, který chrání kůži před mokváním. Zmiňovanými jsou léčiva ve formě mýdel (*sapones*) a náplastí impregnovanými léčivými přípravky (*emplastra - empl.*). Poslední typ představují masti (*unguenta - ung.*). Jedná se o lipidní přípravky, které léčí kůži.

Jako tekuté formy léků uvádí Kelnarová (2009) roztoky, solutiones - sol., což jsou látky rozpustné v kapalině. Aplikují se po kapkách (guttae - gtt.). Dále suspenze, suspensiones - susp., léčivé látky smíchané s gelem. Podávají se ústy k ochraně žaludeční sliznice. Mezi tekuté typy léčiv jsou řazeny také výtažky (extracta - extr.). Jejich léčivé látky se získávají vylouhováním z drog a smícháním s éterem, vodou či lihem. Směsi, mixturae - mix., vznikají spojením několika léčiv v tekutině. Před použitím je nutné směs protřepat. Čaje, species - spec., jsou ve formě nálevu nebo odvaru vyrobeného z jednotlivých bylin. Oleje obsahují léčivé látky s vitamíny rozpustnými v tucích. Poslední skupinu tvoří sirupy - sir. Jedná se o koncentrovaný roztok cukru s léčivou látkou.

Do způsobu podávání léků mimo injekční formu řadí Kelnarová (2009) léky s místním nebo celkovým účinkem. První skupinou jsou léky s místním účinkem určené pro lokální podání. Tímto způsobem se podávají léky na kůži, sliznici a do tělních dutin. Tyto léky se aplikují ve formě roztoků, suspenzí, emulzí, past, mastí a zásypů. Druhou skupinou jsou léky s celkovým účinkem, které ovlivňují celý organismus nebo jeho části. Tyto léky se podávají ústy (perorálně), pod jazyk (sublinguálně), do dýchacích cest (inhalace) a konečníkem (rektálně).

Hůstková a Kašná (2009) uvádějí jako nejběžnější způsob podání léčiv perorální cestu, tzv. per os. Per os se nejčastěji podávají léky v tuhé a tekuté formě. Účinek léku se dostavuje přibližně do 30 minut od podání. Léky aplikované sublinguálně účinkují do 1-2 minut. Je nutné sledovat pacienta několik hodin po podání, kvůli možnému výskytu nežádoucích účinků. Léky se podávají většinou třikrát denně, tj. ráno, poledne a večer. Některé léky se podávají pouze na noc, dle potřeby, při bolesti apod. U každého léku se řídíme příbalovým letákem. Tam jsou uvedeny vhodné tekutiny k zapíjení léků per os i vhodné či nevhodné potraviny při užívání léčiv. Kontraindikací je zvracení, porucha vědomí a porucha polykání. Léky se též neužívají v případě, kdy pacient prodělal operaci či úraz dutiny ústní. Nesmí se aplikovat při přípravě pacienta na vyšetření nebo operaci, a pokud má léčebné omezení. Do pomůcek potřebných k podání léku per os se řadí jednak léky originálně balené. Ordinuje je lékař. Všeobecná sestra si dále připraví čisté lékovky, pinzetu pro úchop léku, odměrky, půlítka pro dodržení požadované síly

léku a třecí misku k rozdrobení léku. Součástí je také zdravotnická dokumentace s aktuální ordinací lékaře a vhodná tekutina k zapití.

Během podávání léků per os je třeba znát zvláštnosti při podávání určitých skupin léků. Řadí se mezi ně antibiotika, antikoagulancia, mukolytika, přípravky železa, salicyláty a nesteroidní antirevmatika. Antibiotika se užívají v pravidelných intervalech. V jejich případě je třeba dodržovat závislost na jídle. Pozor na interakci s potravinami. Příkladem je lék Biseptol. Vždy je nezbytné využívat celou dávku antibiotik ordinovanou lékařem, jinak hrozí riziko vzniku rezistence. U antikoagulancií, jejichž příkladem je Pelentan nebo Warfarin, je třeba sledovat krvácení. Mukolytika je potřeba zapíjet dostatečným množstvím tekutin a dávat pozor na kombinaci s antitusiky. Přípravky železa, například Aktiferrin a Maltofer, se doporučuje nezapíjet mlékem, černým čajem nebo jinými alkalickými nápoji. Je důležité, aby sestra pacienta vždy upozornila na možnou změnu barvy stolice a možnost vzniku zácpy. Salicyláty, nesteroidní antirevmatika je třeba hodně zapíjet a dávat pozor na krvácení. Během podávání léků per os mohou nastat komplikace. Uváděny jsou záměna pacienta nebo léku, chybně podaná síla či množství léku a vynechání dávky léku. Dalším důvodem může být nedostatek informací podaných pacientovi o správném způsobu užití léku, jako je čas užití, před jídlem nebo po jídle (Vytejková a kol., 2015).

Podávání léků do dýchacího ústrojí je definováno jako záměrné vdechování léčebných látek, které jsou rozptýleny inhalátorem. Účinek léků nastává již za 2-3 minuty, protože sliznice dýchacích cest snadno léky vstřebává. Výsledek inhalace je ovlivněn jednak léčivou látkou, dále jejím složením, velikostí částic a koncentrací. Účinek inhalace ovlivňuje také frekvence a hloubka dýchání. Účelem inhalace má být bronchodilatace (uvolnění svalstva průdušek), uvolnění hlenu v dýchacích cestách, zvýšení sekrece sliznice nebo dezinfekce dýchacích cest. Inhalace může být přirozená či umělá, skupinová nebo individuální. Mezi další dělení patří inhalace chladná, indiferentní a teplá. Chladná inhalace, při teplotě 25-36 °C, slouží ke snížení prokrvení sliznice. Indiferentní, v rozmezí 36-37 °C, má uklidňující účinek. A teplá inhalace při 38-40 °C, zvyšuje prokrvení sliznice. Pro individuální inhalaci se používají ruční kapesní inhalátory aerosolové nebo suché práškové. Aerosolové inhalátory vyžadují

koordinaci dechu. Nádech, poté hluboký výdech, obemknutí inhalátoru ústy, vdechnutí léčivé látky a její udržení po dobu 10 sekund v dýchacích cestách s následným výdechem. Individuální inhalace může být také elektrická, parní či ultrazvuková. Individuální inhalace u dětí má několik následujících specifíků. Inhalátor postavíme k postýlce, přes ni přehodíme prostěradlo, mimo strany, kde se nachází inhalátor. Ústa dítěti namažeme krémem a po dobu inhalace nespouštíme dítě z dohledu. Po uplynutí doby 10-15ti minut, dítě osušíme, dle potřeby převlečeme. Neotvíráme okno, aby neprochladlo. Další využívanou formou je domácí inhalace při kašli a rýmě. Provádí se pomocí nádoby s vřelou vodou a Vincentkou, eukalyptovým olejem nebo mořskou solí apod. Inhalátory pro skupinovou inhalaci se nacházejí ve zdravotnických zařízeních a lázních, příkladem jsou Luhačovice, Bardějov, Štrbské Pleso aj. (Vytejková, 2013).

Nováková (2011) popisuje způsob aplikace léku na kůži. Léky na kůži se nanášejí za účelem léčby kožních onemocnění, ekzémů, chronických ran, prevence infekce kůže, tlumení bolesti, zánětu kloubů nebo šlach aj. Léky se aplikují ve formě tekuté (roztok, výtažek, suspenze, tinktura, sprej, emulze), polotuhé (krém, mast, pasta, gel, transdermální náplast) a pevné (zásyp). Účinek léků je celkový (například tlumení bolesti) nebo místní (například k ošetření rány). Všeobecná sestra si připraví potřebné pomůcky k podávání léků na kůži. Představují léky v souladu s lékařskou ordinací, ručníky, roztok k očištění kůže, teplou vodu. Dále jsou to štětičky, dřevěné lopatky, plastové lžičky, obvazový materiál (obinadla, pruban, tampony, čtverce mulu), sterilní nástroje (peány, pinzety, lžičky), nůžky, jednorázové rukavice, emitní misky a čisté osobní i ložní prádlo pacienta (Vytejková a kol., 2015).

Aplikace léků konečníkem neboli per rectum, je výhodná díky rychlému nástupu účinků léků. Sliznice tlustého střeva totiž dobře vstřebává jak vodu, glukózu, tak léky polotuhé (masti, čípky) a tekuté (roztoky) formy. Účinek léků nastává do 15 minut podle stavu vyprázdnění konečníku. Můžeme jej rozdělit na účinek místní (příkladem mohou být laxantiva) a celkový (jako jsou analgetika, antipyretika aj.). Při aplikaci čípku či masti si sestra připraví následující pomůcky. Jsou jimi čípek/mast ordinovaný/á lékařem, rukavice k jednomu použití, čtverce buničiny, emitní miska, podložní mísa a pomůcky k provedení hygieny u nemocného. Při zavádění čípku je dobré využít

vazelínu. Pokud není mast balena s aplikátorem, použijeme perforovaný aplikátor na tubu s mastí. K aplikaci léčebného klyzmatu je potřeba roztok předepsaný lékařem a ohřátý přibližně na teplotu těla. Využívají se tenké rektální rourky s balonkem nebo bez něj. Rourky s balonkem není třeba fixovat náplastí, ale k nafouknutí balonku je potřeba 10 ml stříkačky naplněné vzduchem. Dále je třeba si připravit infuzní soupravu se stojanem, rukavice k jednomu použití, vazelínu s dřevěnou lopatkou, buničitou vatu, podložní mísu, nepropustnou podložku a pomůcky k hygieně (Vytejková a kol., 2015).

Aplikace léků do oka je popsána Novákovou (2011), jako jedna z charakteristik práce sestry, kterou vykonává na základě ordinace lékaře. Do oka se aplikují kapky, masti a gely. Léky, které se aplikují do oka jsou například mydriatika rozšiřující zornici, kortikoidy s protizánětlivým účinkem nebo antiseptika a dezinficiencia. Do spojivkového vaku se mohou aplikovat také antibiotika nebo nesteroidní antiflogistika, podávající se hlavně po operaci očí apod. Záměna očních léků může způsobit poškození zraku. Proto je nutné zvýšit pozornost při jejich aplikaci.

K podání léků do oka je potřeba si připravit zdravotnickou dokumentaci konkrétního pacienta, ordinovaný lék, roztok k výplachu oka, čtverce buničiny, emitní misku a aplikátor. Před podáním léku je vhodné pacienta uložit do polohy vsedě nebo vleže se zakloněnou hlavou. Odstraníme nečistoty a nánosy masti z předešlé aplikace výplachem oka (borovou vodou, Ophtalem). Je třeba dbát na zachování sterility léku a to i během jeho aplikace, tzn. nedotýkat se aplikátorem oka ani řas (Hůstková a Kašná, 2009).

Podávání léků do ucha probíhá formou kapek, mastí či krémů. Za účelem odstranění cizího tělesa nebo ušního mazu se provádí výplach ucha (irigace). K výplachu se používá zahřátá voda na 37°C, v případě zánětu se použije zahřátá borová voda. K odstranění přebytečného ušního mazu použijeme parafinový olej. Sestra k aplikaci léku potřebuje ordinovaný lék, čtverečky buničité vaty, štětičky, aplikátory a emitní misku. K provedení výplachu je zapotřebí zahřátý ordinovaný roztok, Janettova stříkačka, čtverce buničiny, jednorázové rukavice, emitní misky a rouška k ochraně oděvu pacienta. Abychom předešli přenosu infekce mezi pacienty, dbáme na to, aby všechny léky do ucha byly pro nemocné individualizované. K aplikaci léku požádáme

pacienta o zaujmutí polohy vleže na boku s postiženým uchem nahoru. Po aplikaci je žádoucí, aby nemocný v této poloze vyčkal alespoň 5 minut. Při výplachu podložíme ošetřované ucho emitní miskou a pokusíme se vyrovnat zvukovod k lepší aplikaci. Toho dosáhneme mírným tahem ušního boltce směrem dolů u dětí do 3 let. U dospělých suneme ušní boltec směrem nahoru a dozadu. Ordinovanou tekutinu poté aplikujeme proti klenbě do zevního zvukovodu.

Podávání léků do nosu je dle Vytejškové a kol. (2015) prováděno z důvodu léčby jeho zánětu, infekce nebo bolesti. Také ke snížení prokrvení sliznice nosu či aplikaci některých hormonálních přípravků, například Oxytocinu. Léky se aplikují ve formě polotuhé (masti) a tekuté (sprej, kapky). Pomůcky k aplikaci léků do nosu jsou ordinované léky, štětíčky, čtverečky, čtverce buničiny, emitní miska a případně papírové kapesníky. Po přípravě pomůcek pacienta požádáme o zaujmutí polohy vsedě či vleže na zádech se záklonem hlavy na opačnou stranu, než kam se bude aplikovat lék. Je třeba zkontrolovat průchodnost dutiny nosní, případně vyzvat pacienta k řádnému vysmrkání a vyčištění nosu. Dbáme na zachování antiseptických podmínek během aplikace. Nedotýkáme se kapátkem sliznice nosu při aplikaci kapek. Během každé aplikace masti používáme novou štětíčku. U aplikace spreje je žádoucí, aby měl každý pacient lék svůj, neboť tak přejdeme případnému přenosu infekce.

Poslední mimo injekční způsob podávání léků je do pochvy (per vaginam). Do pochvy se aplikují léky zaváděním pomocí aplikátoru nebo výplachem. Léky jsou ve formě tuhé (tablety), polotuhé (vaginální čípky, globule, želé, masti, krémy, pěny) a tekuté (roztoky). Tablety je vhodné těsně před aplikací navlhčit vodou (Vytejšková a kol., 2015).

Léky se do pochvy aplikují na noc nebo během dne, ale s alespoň 1 hodinovým setrváním ženy vleže na lůžku. Pokud je žena soběstačná a spolupracující, může si lék zavádět sama. Mezi pomůcky pro aplikaci léku do pochvy patří ordinovaný lék, aplikátor, jednorázové rukavice, emitní miska a vložka. Výplach pochvy se provádí při onemocnění pohlavního ústrojí ženy. K výplachu se využívá zahřátá voda na 37°C nebo roztok dle ordinace lékaře. Pomůcky, sloužící k výplachu pochvy jsou ordinovaný roztok, souprava s poševní rourkou a irigátorem, jednorázové rukavice, podložní mísa,

emitní miska a vložky. Před výkonem se žena vymočí. Poloha je gynekologická, stejně jako při aplikaci léků per vaginam. Výplach se neprovádí při silném výtoku nebo krvácení z rodidel (Hůstková a Kašná, 2009).

Mokrošová a Baštová (2009) popisují způsob podávání léků parenterální cestou, kterou definují jako podávání léků mimo trávicí systém. Parenterální aplikace probíhá nejčastěji formou injekce a infuze. U infuze se lék nachází v infuzní lahvi, kdežto u injekce je lék v injekční stříkačce. Vedle intravenózních injekcí existuje celá řada jiných způsobů aplikace.

Aplikace léčivé látky injekčně je, jak popisuje Lüllmann et al. (2012), spojena s porušením kůže, což klade určité nároky na techniku aplikace. Léčivá látka se může aplikovat bezprostředně do krevního řečiště (intravenózně či intraarteriálně), do podkoží (subkutánně) nebo nitrosvalově (intramukulárně).

Dle Zemana a Kršky (2011) se injekce mohou aplikovat i do kůže (intradermálně), do kloubů (intraartikulárně), tělních dutin (intrakavitálně) a páteřního kanálu (intramedulárně) či orgánů. Jejich aplikace musí probíhat za přísných aseptických podmínek a po řádné dezinfekci kůže. Používají se jednorázové kovové jehly různého typu spolu s injekčními stříkačkami různých velikostí.

Intravenózní aplikace (i.v.) léku probíhá formou injekce či infuze, jak je popsáno výše. Léčiva se aplikují s cílem rychlého nástupu účinku (do 1 minuty od podání). Lze takto aplikovat dobře rozpustné léky jednorázově (bolusově) či kontinuálně (infuzní terapie). Intravenózně lze nahradit příjem potravy a tekutin, takový způsob se nazývá parenterální výživa. Příprava léků pro injekční podání probíhá za přísně sterilních podmínek ve farmaceutických továrnách. Léky mají formu ampulek nebo lahviček různé velikosti (od 1 do 20 ml). Roztoky pro i.v. podání jsou ve stavu vodném, olejovém, alkoholovém nebo suspenzi (Podstatová a kol., 2007).

Pro aplikaci léků do žil jsou vhodné žíly na ruce (hřbet, předloktí a v ohbí loketní jamky). Mezi tyto žíly patří vena metacapeae, vena cephalica, vena basilica, vena mediana cephalica, vena mediana basilica, vena brachialis, vena radialis a vena mediana cubiti. Léky se podávají přes periferní či centrální venózní katétry, jen málokdy jednorázovou intravenózní injekcí. Centrální venózní katétry se zavádějí do vena

subclavia a vena jugularis. Mohou se do nich podávat infuzní roztoky parenterální výživy, vysoce koncentrované roztoky a roztoky o velkých objemech. Lékařem je ordinováno množství léčivého přípravku a doba jeho podávání. Lze využít lineárních (injekčních) dávkovačů či infuzních pump pro dodržení přesného množství a rychlosti podání léku (Sedlářová, 2008).

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, upravuje kompetence všeobecných sester při podávání intravenózních léků. Podle níž smí všeobecná sestra aplikovat nitrožilní injekce a zavádět intravenózní kanyly u dětí nad 3 roky. Jinak je tomu u dětské sestry. Ta může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře aplikovat infuzní roztoky a nitrožilní léčiva s výjimkou radiofarmak již novorozencům (ČESKO, 2011).

Weber (2012) popisuje správný postup při přípravě infuze. Pokud je již nemocnému zaveden periferní žilní katétr, připravíme si ordinovanou infuzní lahev s infuzní sadou. Z infuzní lahve odstraníme ochrannou čepičku a uzavřeme válečkovou svorku na infuzní sadě. Poté vydezinfikujeme a probodneme gumovou zátku bodcem infuzní sady. Naplníme zásobník infuzní sady kompresí elastické stěny a uvolníme válečkovou svorku pro naplnění systému hadiček. Pokud je přívodná hadička zcela naplněna a neobsahuje vzduchové bubliny, můžeme ji připojit na kanylu zavedenou do žíly. Po dobu aplikace infuze sledujeme reakci pacienta na podávaný léčivý roztok.

K přípravě injekcí je třeba si osvojit postup natažení léku ze skleněné ampule. K tomuto postupu si připravíme ordinovaný lék ve skleněné ampuli, jednorázovou stříkačku ve sterilním obalu potřebné velikosti, jednorázovou injekční jehlu ve sterilním obalu a pilníček. Skleněná ampule je opatřena krčkem, který má tenčí stěnu pro naříznutí pilníčkem. V současné době je většina ampulí označena nad krčkem tečkou pro přiložení palce a snadnější odlomení hlavičky ampule, bez použití pilníčku. Po odlomení hlavičky ampule, vyjmeme stříkačku ze sterilního obalu a zavedeme kónus do ampule pro natažení roztoku. Pokud máme potřebné množství roztoku ve stříkačce, vyjmeme jednorázovou jehlu z obalu a nasadíme ji na kónus stříkačky. Nakonec stlačením pístu odstraníme vzduch ze stříkačky (Weber, 2012).

Při přípravě léků pro intravenózní podání nesmí ve stříkačce zůstat ani malé množství vzduchu. Je dobré prostříknout i jehlu. Pomůcky potřebné k i.v. aplikaci jsou kromě ordinovaného léku, sterilní injekční jehly (nitrožilní kanyly, nitrožilní periferní katétr), Bionector, čtverečky, dezinfekci, Esmarchovo škrtidlo, emitní misky a podložka pod končetinu. Před aplikací léku provedeme důkladnou hygienu rukou a navlékneme si jednorázové ochranné rukavice pro dodržení bariérové péče (Vytejšková a kol., 2015).

Hygienické požadavky a kompletní bariérovou péči upravuje vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (MZ ČR, 2012).

Vytejšková a kol. (2015) popisuje možné komplikace způsobené nesprávnou aplikací. Může dojít k propíchnutí žíly s následným vznikem hematomu. Při paravenózní aplikaci léku dochází k otoku a zánětlivé reakci, někdy až k nekróze. U permanentních žilních katétrů hrozí vznik flebitidy či celkové sepse, pokud nejsou dodrženy zásady aseptiky. V případě, kdy vnikne do žíly vzduch, může vzniknout vzduchová embolie. K trombotizaci žíly dochází opakovaným napichováním jednoho místa. V neposlední řadě se může vyskytnout alergická reakce na podaný lék až anafylaktický šok.

Léky podávané intraarteriálně (i.a.) jsou aplikovány především do stehenní tepny (arterie femoralis) pod tříselným vazem, v poslední době se častěji využívá i arterie radialis. Intraarteriální přístup se především využívá při levostranné katetrizaci v kardiologii (Zeman a Krška, 2011).

Jak uvádí Špinar a Ludka (2013) subkutánní injekce (s.c.) jsou využívány především k aplikaci heparinů k prevenci trombotických komplikací, podávání inzulínu a anestetik v chirurgii. Pro aplikaci se používají tenké jehly s dlouze zabroušeným hrotem a stříkačky s objemem 1 ml.

Dle Vytejškové a kol. (2015) jsou nejčastějšími místy vpichu s.c. injekcí zevní strana paže (oblast musculus biceps brachii), zevní strana stehna (oblast musculus quadriceps femoralis), dorzogluteální oblast a anterolaterální strana břicha. Nástup účinku léku se liší v závislosti na místě aplikace. Na břiše a paži za 10-15 minut,

v podkoží hýždí za 20-30 minut a na stehnech za 15-20 minut od podání. Lék se neaplikuje do předloktí, míst lokálního zánětu, hematomu, exantémů a míst častých vpichů. Úhel vpichu jehly se liší dle konkrétního pacienta. U obézních pacientů volíme jehly delší s větším úhlem vpichu (90°), u štíhlého pacienta zvolíme kratší jehlu a nižší úhel vpichu (45°).

Místo vpichu s.c. injekce vydezinfikujeme, povytáhneme kožní řasu a vpich provedeme šikmo. Před aplikací léku povytáhneme píst stříkačky, což v případě peranelze, pokud se ve stříkačce neobjeví krev můžeme lék aplikovat (Bydžovský, 2011).

Vytejčková a kol. (2015) uvádí specifika při podávání antikoagulancií subkutánní cestou. Je doporučováno, aby ve stříkačce byla ponechána vzduchová bublinka (cca 0,1-0,2 ml), která po aplikaci léku naplní jehlu a zabrání tak úniku antikoagulancia při vytahování jehly. Únik antikoagulancia by mohl způsobit vznik hematomu. Další komplikace, které mohou nastat po nesprávné aplikaci léků subkutánní cestou je podání léku do kůže, svalu nebo žíly. Pokud se lék aplikuje stále do stejného místa, může dojít k hypertrofii podkožního pojiva, atrofii kůže a lipodystrofií. Nedodržením aseptických podmínek vpichu dojde k jeho infikování. Závažná je alergická reakce na podanou látku.

Intradermální injekce (intrakutánní) se používají k očkování, testování alergií nebo při ztrátě citlivosti. Aplikaci provádí obvykle lékař (Špinar a Ludka, 2013).

Dle Vytejčkové a kol. (2015) jsou nejčastějšími místy vpichu intradermálních injekcí oblast musculus deltoideus, vnitřní a vnější strana předloktí a oblast lopatek na zádech. Někdy se pro aplikaci využívá i přední oblast stehna nebo pasu. Účinek léčivé látky se dostaví za individuálně dlouhou dobu. K intradermální aplikaci používáme krátkou a úzkou jehlu se stříkačkou o objemu 1 ml (jehla může být součástí setu se stříkačkou). Před aplikací vždy provedeme hygienickou očistu rukou, identifikaci pacienta a zkontrolujeme, zda máme správný lék. Provedeme dezinfekci místa vpichu. Poté odstraníme kryt jehly, pomocí ukazováku a palce vypneme kůži v místě vpichu a aplikujeme lék pod úhlem 15°. Na místo po vpichu přiložíme dezinfekční čtvereček a podle potřeby přelepíme. Nikdy toto místo nemasírujeme, aby se lék nedostal hlouběji do tkáně. Po výkonu provedeme úklid pomůcek a opětovnou hygienu rukou. Pacienta

sledujeme alespoň 15 minut po výkonu z důvodu vzniku případné alergické reakce. Další komplikací, která může vzniknout je mírná bolest, svědění nebo pálení. Pokud je lék aplikován nesprávně, dojde například k jeho proniknutí hlouběji do tkáně nebo vytlačení přes kanálek po jehle.

Intramuskulárně (i.m.) lze aplikovat dle Podstatové a kol. (2007) větší množství léku s rychlejším nástupem účinku než při podání léků ústy (do 5-10 minut od podání).

Bydžovský (2011) uvádí, že tímto způsobem se podává celá řada léků, mezi něž patří například analgetika, adrenalin při anafylaxi atd. K aplikaci se používají jehly různých velikostí s barevným označením podle průsvitu.

Podle Špinara a Ludky (2013) se k aplikaci intramuskulární injekce používají delší a silnější jehly s dlouze zabroušeným hrotem.

Vytečková a kol. (2015) uvádí, že délka jehly má být zvolena podle velikosti tukové tkáně pacienta. U velice štíhlých pacientů nebo malých dětí se volí spíše kratší a silnější jehla. Pokud takovou jehlu nemáme k dispozici, použijeme k aplikaci pouze adekvátní část delší silnější jehly.

Jehla se musí dostat do svalové tkáně s minimálním rizikem poškození nervů a cév. Vhodným místem pro aplikaci je horní zevní kvadrant hýžd'ového svalu a svalstvo na zevní a přední straně stehna. Před aplikací léku je nutné vždy aspirovat (Špinar a Ludka, 2013).

Weber (2012) považuje za nejvhodnější místo pro aplikaci i.m. injekcí oblast ventrogluteální a oblast musculus vastus lateralis. Pro injekci do oblasti ventrogluteální si musíme pomocí ruky vyhledat místo aplikace. Ruku přiložíme tak, aby plocha dlaně byla nad oblastí, kde se nachází trochanterem major. Špička ukazováku směřuje k přednímu hornímu trnu kosti kyčelní a prostředník leží v maximálním natažení k hřebenu kosti kyčelní. Injekce se zavádí do trojúhelníkového prostoru vzniklého mezi prsty. Při aplikaci injekce do oblasti musculus vastus lateralis, uchopíme stehno oběma rukama ze strany. Metakarpální kůstky rukou by měly ležet na linii spojující trochanter a patelu, přičemž oblast vpichu je ve středu této linie. Ke sledování zevní laterální podélné rýhy stehna poslouží palce rukou natažené proti sobě. Vpich směřujeme kolmo na kůži směrem na femur.

Oblast dorzogluteální pro aplikaci i.m. injekcí je tvořena velkými sedacími svaly, kterými vede sedací nerv a větší cévy (Vytečková a kol., 2015).

Ostendorf (2010) nedoporučuje používat oblast dorzogluteální vzhledem k riziku napíchnutí sedacího nervu a s tím spojenému vzniku komplikací.

Abychom správně aplikovali intramuskulární injekci je zapotřebí si vyhmatat horní zevní kvadrant velkého sedacího svalu. Pacient by měl při aplikaci zaujmout polohu vleže na boku s vrchní končetinou položenou přes spodní nebo na břiše s nataženými končetinami. Pánev vymezuje v její horní části lopatka kosti kyčelní. Střední axilární čára, ve které se nachází kostěná opora trochanter major, nám laterálně ohraničí hýždě. Mediální ohraničení tvoří gluteální rýha a v dolní části je femorogluteální řasa. Poté velký sedací sval pomyslně rozdělíme na čtyři kvadranty a aplikujeme injekci do horního zevního kvadrantu. Před každou aplikací léku do svalu je potřeba provést hygienu rukou, identifikaci pacienta a zkontrolovat správnost léku a jeho množství. Poté požádáme pacienta o zaujmutí polohy podle zvoleného místa aplikace. Vyhmatáme místo vpichu a provedeme jeho dezinfekci. Odstraníme kryt jehly a provedeme vpich pod úhlem 90°. Pokud pacient nemá dostatečnou svalovou hmotu, provedeme vpich do široké kožní řasy, kterou vytvoříme mezi palcem a ukazovákem. Je-li to potřeba snížíme i úhel vpichu na 60°, nikdy však nesmí klesnout pod 45°. Poté aspirujeme tahem za píst dozadu, jestliže nenasajeme krev, aplikujeme pomalu lék. V případě, že nasajeme krev, výkon okamžitě ukončíme. Připravíme si novou injekci a aplikaci opakujeme do jiného místa. Po vytažení jehly na místo vpichu přiložíme dezinfekční čtvereček a podle potřeby přelepíme. Místo vpichu nikdy nemasírujeme, aby tak nedošlo k lokálnímu podráždění tkáně (Vytečková a kol., 2015).

Komplikace u i.m. injekcí mohou nastat, je-li při aplikaci jehlou napíchnuta céva, tímto způsobem vzniká hematoma. Další komplikací je bolestivost výkonu, v případě, že je lék aplikován do blízkosti nervu. U pacientů užívajících antikoagulantia není intramuskulární podávání léků doporučováno pro riziko vzniku hematoma (Podstatová a kol., 2007).

1.1.7 Likvidace léčiv

Dle České lékařské komory Brno (2009) je poskytovatel zdravotních služeb povinen zabezpečit likvidaci nepoužitelných léčiv. Likvidaci zajistí prostřednictvím právnických nebo fyzických osob, které mají oprávnění k odstraňování odpadů. Oprávnění se vydává na základě souhlasu uděleného orgánem kraje v přenesené působnosti anebo, v případě radiofarmak, Státním úřadem pro jadernou bezpečnost.

„Podle ustanovení § 89 odst. 2 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), v platném znění, je lékárna povinna převzít nepoužitelná léčiva odevzdaná fyzickými osobami. Náklady vzniklé lékárně s odevzdáním těchto nepoužitelných léčiv oprávněným osobám, kterým byl udělen souhlas s nakládáním nebezpečných odpadů a s jejich zneškodněním, hradí stát prostřednictvím krajského úřadu“ (MZ ČR, 2007).

Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech a změně některých dalších zákonů, definuje základní kategorie odpadů ze zdravotnických zařízení. Uvádí mimo léky také ostré předměty, patologický a biologicky kontaminovaný odpad, chemikálie apod. Zbytky léků nebo léky, které byly poškozeny, kontaminovány či mají prošlou záruční dobu, se řadí do farmaceutického odpadu, který spadá do specifického odpadu (Parlament ČR, 2001).

Müllerová a Aujezdská (2014) popisují jako výhradní způsob likvidace cytostatik a vyřazených léků spalování. Spalování nemocničních odpadů musí probíhat při dostatečně vysoké teplotě, aby se spolehlivě zlikvidovaly infekční agens a omezila se tvorba dioxinů. Mezi zásady správné manipulace s odpady se řadí separování specifického odpadu do oddělených, uzavíratelných a nepropustných obalů a nádob, které je nutné řádně označit (místem vzniku, barevné odlišení). Vzniklý odpad se musí shromažďovat, vhodně ukládat a denně odstraňovat. Dozor nad dodržováním hygienických požadavků při shromažďování, izolaci a zneškodňování odpadů v nemocničních zařízeních vykonávají orgány zdravotního dozoru.

1.2 Medikační pochybení

Dle National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2015) je medikační pochybení nežádoucí událostí, které se dalo zabránit a která mohla vést nebo vedla k neadekvátnímu podání medikace nebo poškození pacienta, ať už byla medikace pod kontrolou člena zdravotnického personálu nebo pacienta.

Cima a Clarke (2012) definují medikační pochybení jako „chyby, které nastanou v průběhu předepisování, přepisování, přípravě, podávání nebo sledování léku“.

WHO (2012) jej definuje jako „událost, která díky nevhodnému podání medikace může způsobit nebo může vést k poškození pacienta“.

Jak uvádí Vlček a kol. (2010) ve světě orientovaném na výkon, s mnoha možnostmi a nedostatkem času se medikační pochybení stávají aktuálním tématem. Medikační (léková) pochybení se vyskytují na všech úrovních užití farmakoterapie, ať je to ambulantní či nemocniční sféra. Nejrizikovějším se stává rozhraní, kdy je pacient předáván z jedné péče do druhé. Příkladem může být přechod z lékařské péče do ošetrovatelské, z nemocniční péče do ambulantní apod.

1.2.1 Klasifikace medikačních pochybení

Problémy spojené s podáváním léčiv (drug related problem) dle klasifikace Pharmaceutical Care Network of Europe (PCNE), mohou nastat nejen kvůli lékům. Příčinou může být i chování zdravotníků a pacientů při předepisování, podávání, dispenzarizaci, užívání a skladování léčiv. Problémy navozené léky jsou podle PCNE nežádoucí polékové reakce, nevhodná compliance, potřeba další léčby, zbytné léčivo, nevhodné léčivo, příliš nízká nebo vysoká dávka a kvalita léčiva. Možný důvod nežádoucí polékové reakce je nebezpečný nebo nevhodný lék pro pacienta, alergická reakce, léková interakce, rychlé snížení/zvýšení dávkování či náhlé vysazení léku. Důvodem nevhodné compliance je nedostupnost léku, neschopnost polknutí léku

pacientem. Pacient také nemusí porozumět instrukcím, odmítne lék užívat, má obavy z léku, zapomíná lék užívat nebo lék nadužívá. Potřeba další léčby je v případě, kdy není léčeno onemocnění, nýbrž symptom a pokud chybí profylaxe či synergická (součinnostní) terapie. U zbytného léčiva buď chybí indikace pro předepsané léčivo, lék je používán nadbytečně, rekreačně, terapie je duplicitní a změnou léčby se odstraní nežádoucí účinky léků, které jsou léčeny. Možným důvodem nevhodného léčiva je nevhodná léková forma. Připojuje se přítomná kontraindikace, podmínky nevhodné pro podávání léčiva, existující dostupnější a účinnější léčiva. S příliš nízkou dávkou léčiva souvisí špatné dávkovací schéma, tj. dávka plus dávkovací interval, vzhledem k dávkování léčiva. Opačným problémem je příliš vysoká dávka léčiva, kdy je důvodem nevhodné dávkování a léková interakce. Kvalita léčiva je ovlivněna nevhodným skladováním a aplikací. (PCNE, 2010).

Dle Marxe (2014) druhým nejčastějším případem komplikace během hospitalizace je záměna léků. Zahraniční statistiky uvádějí 12 až 18 % případů, kdy dojde k pochybení při podávání léků. Podle jeho slov se nejčastěji jedná o pochybení „která mají nízkou míru rizika, a které jsou občas odvráceny pacientem samotným. Například, že upozorní, že nebere růžové pilulky, ale modré. A nebo to není tak nebezpečná záměna. Mezi dvěma až třemi procenty se jedná o poškození pacienta. Buď o takové, které vede ke zhoršení zdravotního stavu, nebo bohužel někdy i poškození fatální. Nejčastěji se jedná o podání chloridu draselného. I v Česku jsme měli situaci, kdy byl omylem mladé dívce podán chlorid draselný. Na následky jeho požití zemřela (Marx, 2014, s.1)“.

Marx (2013) dále zařadil mezi zjišťované neshody nečitelnou, neúplnou nebo nejasnou ordinaci u hospitalizovaných pacientů, včetně používání nestandardizovaných zkrácených názvů léčiv. Problémem podle něj jsou nepřesně definované podmíněné ordinace „dle potřeby“ a ordinace s terapeutickým rozptylem. Tedy takové ordinace, kde aktuální dávka léku závisí např. na hodnotě krevního tlaku nebo glykemie. Dalším případem je generická záměna léku sestrou. Terapeutická duplicita či multiplicita může nastat především tam, kde domácí ordinace léků pacienta během hospitalizace v nemocnici pokračuje, ale není jasně specifikována. Nejčastěji je v dokumentaci

zaznamenána jako „chronická medikace pokračuje“. Neshody jsou zjišťovány i při skladování léků. Jedná se o absenci měření teplot ve skladovacích prostorách ve dnech pracovního volna nebo neznalost informací o zkrácení expirace u léků opakovaně užívaných po otevření balení (například oční kapky).

1.2.2 Příčiny vzniku medikačního pochybení

Medikační pochybení mohou vzniknout pro nedokonalost systémů (například špatná organizace práce, nedostatek času na odbornou práci, nedostatek informací o pacientovi, nevhodné prostředí nebo pomůcky). Pochybení ovlivňuje i způsob balení a označení léčiv výrobcem. K pochybení ve zdravotní péči může dojít z více důvodů. Mohou to být špatně nastavené procesy, nevhodné technologie nebo selhání interakce lidí. Velkou roli zde hraje lidský faktor, který svým selháním obvykle zapříčiní poškození pacienta. Důvodem může být použití nestandardních nebo závadných produktů. Zahrnují obsahové látky léčivého přípravku, informace o něm a o způsob balení a označení přípravku. Při interakci léku s lékem, léku s potravou, léku se životním stylem pacienta a léku s nemocí, může dojít k nežádoucím účinkům léčiv. K poškození pacienta dochází i pro špatně nastavené procedury, používání nevhodných zdravotnických prostředků k aplikaci léčivých přípravků a monitorování jejich účinků. Pro velké zahlcení trhu s léčivy vzniká riziko duplikace léčiv. Léky jsou uváděny pod podobnými jmény, popřípadě velmi rozdílnými názvy účinných látek z jedné skupiny nebo analogickými baleními pro přípravky různé síly (Vlček a kol., 2010).

WHO (2012) uvádí, že velkou roli při vzniku pochybení u zdravotnického personálu hraje únava a fyzická námaha. Přidává se stres, psychické problémy, pracovní prostředí a komunikace. Existují přesvědčivé vědecké důkazy, které přičítají nedostatek spánku a únavu ke špatnému klinickému výkonu. Studie ukázaly, že nedostatek spánku může mít příznaky podobné těm z alkoholového opojení. Únava vede k menší pozornosti a pracovník tak nemůže fungovat jako obvykle při různých psychomotorických úkolech. Únava byla spojena se zvýšeným rizikem chyby. Výkon je také ovlivněn stresem. Ke stresu a vzniku deprese spíše než počet odpracovaných hodin přispívá nedostatek spánku. Dalšími stresory mohou být finanční stav, nedostatečné

vzdělání, emocionální tlak způsobený nedostatkem času a chudým společenským životem. Některé faktory a lhůty, jako je práce na směny, přesčasy, změny směn, služby v noci a o víkendech, jsou spojeny se zvýšeným počtem chyb. Poskytovatelé zdravotních služeb by měli být zvláště ostražití. Pro předejití selhání zdravotníků by měli poskytnout odpovídající instrukce a dostatečnou dobu zpracování pro nového zaměstnance. Komunikace v oblasti zdravotní péče mezi zdravotníky, jako jsou všeobecné sestry, porodní asistentky, lékaři, zubaři, lékárníci, radiologové a další, musí být patřičně zaznamenána. Dobrá komunikace hraje důležitou roli v poskytování kvalitní zdravotní péče. Například chyby způsobené nedorozuměním, chybějící nebo nedostatečnou komunikací, probíhají denně ve všech zdravotnických nastaveních. Kontrolní seznamy, protokoly a plány péče jsou způsoby, jak lépe komunikovat.

1.3 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Curran a Totten (2011) definují kvalitu jako míru, v jaké jsou zdravotní služby pro jednotlivce a populaci poskytovány. Veličina má sledovat, zda požadované zdravotní výsledky jsou v souladu s aktuálními odbornými znalosti.

„Bezpečí pacientů můžeme definovat jako stav absence poškození nebo potenciální možnosti poškození pacienta v souvislosti se zdravotní (léčebnou a ošetrovatelskou) péčí“ (Vytejková a kol., 2011, s.31).

Problematice bezpečí pacientů se v rámci Evropské unie (EU) věnují všechny členské státy. Jejich spolupráce je nutná pro zlepšování kvality péče o pacienty ve vlastních zemích i cizince, vyhledávající pomoc v jiném státě EU (Vytejková a kol., 2011).

Ministerstvo zdravotnictví ČR, ve smyslu ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zveřejnilo minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (ČESKO, 2011).

„Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle předem stanovených lokálních standardů. Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, kterým poskytovatel posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni. Podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.“ (MZ ČR, 2015, s.2).

Ministerstvo zdravotnictví dále vydalo vyhlášku č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Dle níž se ve zdravotnických zařízeních posuzují procesy řízení kvality a bezpečí, kvality péče o pacienty, řízení lidských zdrojů. A v neposlední řadě bezpečnost prostředí jak pro pacienty, tak pro zaměstnance poskytující lůžkovou zdravotní péči. Vyhláška je součástí zákona č. 372/2011 Sb., který stanovuje proces řízení externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Kdy externí proces hodnocení kvality a bezpečí není pro poskytovatele zdravotních služeb povinný. Jedná se tedy o proces dobrovolný. Externí hodnocení bude provedeno pouze tehdy, pokud o něj poskytovatel zdravotních služeb požádá a to osobou k tomuto hodnocení oprávněnou (MZ ČR, 2013).

Rada EU detailně formulovala požadavky pro zajištění kvalitního a bezpečného poskytování zdravotních služeb. Požadavky uvedla v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, WHO (World Health Organization) / Aliance pro bezpečí pacientů. Na mezinárodní úrovni se hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá společnost ISQua (International Society for Quality in Healthcare) neboli Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Ta definuje mezinárodní akreditační principy, které stanovují plnění několika požadavků. Mezi tyto požadavky patří zaměření na pacienta a respektování jeho práv. Dále odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu poskytované péče, monitorování a kontinuální zlepšování péče, včetně optimálního využití zdrojů. V neposlední řadě také definuje proces jasného řízení v organizaci a řízení rizik. Do požadavků je zahrnut i kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v určitém

regionu. Hodnoceno je také strategické plánování, ve kterém jsou zahrnuty všechny činnosti. (MZ ČR, 2013).

Kultura bezpečnosti farmakoterapie znamená organizaci procesů tak, aby bylo možno učit se z chyb a hledat jejich příčiny. Zahrnuje v sobě systematický sběr informací, systém hlášení jako součást managementu kvality, zpracování dat, hledání příčin a využití epidemiologických poznatků k edukaci a zlepšování systému. Zabývá se strukturou a jejím zlepšováním, procesy, výsledkem a zhodnocením, zda jsou vyhovující. Pro správnou funkci systému, musí být vyvinuté indikátory kvality péče podle pravidel kultury bezpečnosti. Rozlišujeme tak tři základní typy indikátorů kvality. Zahrnují strukturální, procesní a indikátory výsledků. Příkladem strukturálních indikátorů je organizace oběhu léčiv a informací o nich v nemocnici. Následuje vymezení profesí, které jsou do tohoto systému zapojeny apod. Příkladem procesních indikátorů může být způsob provádění sběru lékových pochybení a hlášení podezření na nežádoucí účinek léku. Do indikátorů výsledku patří počet lékových pochybení při provedeném auditu (Vlček a kol., 2010).

Lékové pochybení je rizikem, kdy se jedná většinou o odchylku od standardu nebo neúmyslné opomenutí. Medication error reporting system (MERS) je systém, jehož cílem je reportovat léková pochybení napříč Evropou, analyzovat hlášení nežádoucích účinků a optimalizovat způsob jejich monitorování. Chce rozvíjet iniciativu v oblasti snižování rizik medikační terapie a implementovat výsledky systému MERS do vzdělávání zdravotnických pracovníků. Avšak v rozvoji MERS stojí bariéry jako strach z kritiky, z nedodržení anonymity pracovníků kolem MERS a mediálního zneužití informací. Jsou zde nevyřešené problémy ohledně postupů v případě, kdy identifikovaný problém nemá podporu ze strany zdravotnického managementu. Ten může význam problému недоceňovat. Pro úspěšné fungování MERS je potřeba jasných doporučení postupů a kritérií. Tím by mělo dojít k zachycení problémů. Důležité je vytvoření standardizované formy hlášení, taxonomie a vytvoření stimulačních prostředků pro hlášení problémů spojenými s podáváním léčiv (Essential Medicines and Health Products Information Portal, 2009).

1.3.1 Vymezení resortních bezpečnostních cílů

Nezávislá, nezisková organizace zabývající se zlepšením kvality a bezpečnosti péče na mezinárodní úrovni se nazývá The Joint Commission International. International Council of Nurses / Mezinárodní rada sester je pobočkou Joint Commission Resources přidružené k Joint Commission (JC), jejíž vizí je poskytnout všem lidem bezpečnou zdravotní péči nejvyšší kvality. IC, jako největší instituce udělující akreditace poskytovatelům zdravotních služeb, stanovila pro udělení akreditace nemocnicím v roce 2016 efektivní cíle národní bezpečnosti pacientů (National Patient Safety Goals Effective). Cíle zahrnují zlepšení přesnosti identifikace pacientů, zlepšení účinnosti komunikace mezi zdravotníky a zlepšení bezpečnosti používání léčiv aj. (National Patient Safety Goals, 2015).

Marx a kol. (2013) charakterizovali resortní bezpečnostní cíle. Mezi cíle týkající se podávání léků patří bezpečná identifikace pacientů, bezpečnost při používání rizikových léků. Dále pak zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a bezpečná komunikace. Do bezpečné identifikace pacientů se řadí předpis pro postup identifikace včetně neobvyklých situací. Identifikace je prováděna podle minimálně dvou jedinečných identifikačních údajů. Je důležitá u všech zdravotnických výkonů (například před podáním léků, odběrem biologického materiálu apod.). Identifikační údaje pacienta musí být vždy porovnány s údaji ve zdravotnické dokumentaci. S ohledem na stav pacienta je vhodná jeho spoluúčast na identifikaci.

Do resortního cíle bezpečnost při používání rizikových léků patří předpis definující rizikové léky. Mezi rizikové léky patří injekční roztoky KCl o minimální koncentraci 7,45 % a vyšší, dále inzuliny a neředěné hepariny. Součástí předpisu je postup pro objednávání, ukládání a podávání léků s vyšší mírou rizika. Nebrání-li tomu klinický důvod, je dobré umístit léky s vyšší mírou rizika mimo pracoviště. Do rizikových léků se řadí také LASA léky (Look-Alike, Sound-Alike medication names), které mají podobné adjustace nebo podobně znějící názvy. Je důležité si uvědomit, že logické postupy vždy zabraňují záměně. Resortní cíl zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče je upraven vnitřními předpisy poskytovatelů zdravotních služeb. Tyto předpisy jsou schváleny orgánem ochrany veřejného zdraví.

Stanovují postupy pro mytí a desinfekci rukou, bariérovou ošetrovatelskou péči, používání desinfekčních prostředků atd. Nemocnice organizují pravidelná školení na téma „Mytí rukou“ jako prevenci a vede program prevence a kontroly infekcí, který je součástí Programu zvyšování kvality a bezpečí pacientů. Poskytovatel zdravotních služeb provádí kvalitní sběr a analýzu dat s cílem prevence. Dalším resortním cílem je bezpečná komunikace. Předpis musí obsahovat jasný postup pro ústní či telefonické ordinace. Základem je úplná identifikace pacienta a ordinace léku. Adresát ordinace získané informace zpětně přečte autorovi (lékaři) a poté provede úplný písemný záznam hlášených údajů do zdravotnické dokumentace s opětovnou kontrolou hlásící osoby (lékařem). Lékař, který ústně/telefonicky ordinoval léky, musí potvrdit správnost přečtených údajů (Marx a kol., 2013).

1.3.2 Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních

Smejkal a Rais (2013, s.115) definují řízení rizik jako „proces, při němž se subjekt řízení snaží zamezit působení již existujících i budoucích faktorů a navrhuje řešení, které pomáhá eliminovat účinek nežádoucích vlivů a naopak umožňují využít příležitosti působení pozitivních vlivů.“

Škrla a Škrlová (2008) popisují řízení rizik ve zdravotnické organizaci. Podle nich se jedná o proces, během něhož se manažer rizik snaží cíleně zamezit ohrožení zdraví pacientů, ohrožení majetku a také pověsti poskytovatele zdravotních služeb následkem aktuálních či potenciálních rizik. Manažer rizik navrhuje řešení, která snižují či eliminují účinek nežádoucích vlivů ve zdravotnickém zařízení.

Jako nástroje pro řízení rizik ve zdravotnických organizacích slouží standardy a audity. Standardy se zabývají kvalitou a bezpečností poskytované péče. Audity sledují, zda je dosahováno požadavků ze strany standardů v praxi a zda výstupy procesů splňují očekávání organizace a jejích klientů (Škrla a Škrlová, 2008).

Dle Dückerse (2009) se bezpečnost pacienta stala předmětem zájmu pracovníků ve zdravotnictví, vládě a vědců po celém světě. Během posledních deseti let bylo provedeno mnoho studií. Obsahovaly posouzení výskytu, závažnosti a příčiny velkého

množství různých typů nežádoucích událostí v nemocnicích, jako i efektivitu různých přístupů ke zvýšení bezpečnosti.

Myers (2011) ve své publikaci uvádí, že výzkum ohledně bezpečnosti pacientů se stává složitějším. Proto zdravotnictví spolupracuje i s obory mimo zdravotní péči, které jim napomáhají v určování nových způsobů přístupu k řešení problémů. Posouzení rizik a nástrojů používaných manažery rizik, se vyvíjely v průběhu času a zahrnují i reaktivní a proaktivní opatření. Příkladem je nové myšlení, strategie, nástroje a postupy, které mají manažeři rizik přijmout jako závazné ke snížení rizik v oblasti poskytování zdravotní péče.

Různé techniky používané v průmyslu a letectví pro provádění proaktivní analýzy rizik se v poslední době staly uznávané i ve zdravotní péči, kde mají prokazatelný význam. Nejznámější nástroj, který zahrnuje metody pro určování druhů poruch a jejich příčin, používaný v leteckém průmyslu od poloviny 1960, se nazývá Failure Mode and Effect Analysis / Analýza možností vzniku vad a jejich následků (FMEA). Aplikace FMEA na zdravotní péči, jakožto nástroje pro zachování bezpečnosti pacientů, poskytuje manažerům rizik příležitost získat náskok a příznivě ovlivnit péči o pacienta a jeho prostředí. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/ Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (JCAHO) je přední hnací silou za použití FMEA. Od roku 2001 JCAHO zahrnuje ve svých akreditačních standardech požadavek, aby poskytovatelé zdravotních služeb prováděli alespoň jednou ročně aktivní posouzení výšky možných rizik (Myers, 2011).

WHO (2012) popisuje klinické řízení rizik jako relevantní pro bezpečnost pacientů. Uznává, že klinická péče a léčba jsou rizikové a tudíž se mohou vyskytnout negativní události. Efektivní řízení rizik zahrnuje všechny úrovně zdravotního systému. Je nezbytné, aby všichni poskytovatelé zdravotních služeb pochopili řízení rizik a jeho význam na pracovišti. Poskytovatelé zdravotních služeb mají za povinnost přijmout nápravná opatření pro eliminaci nebezpečných situací. Zdravotní péče je sama o sobě ze své podstaty riskantní. Není možné vymýt všechna rizika. Existuje však mnoho aktivit a akcí, které mohou být zavedeny, aby se minimalizovaly příležitosti pro chyby. Poskytovatelé zdravotních služeb mají za úkol plnit zásady pro hlášení incidentů, ale

hlášení těchto incidentů je často ojedinělé. Dnešní většina programů řízení rizik mají za cíl zlepšit bezpečnost a kvalitu péče s minimalizací rizik soudních sporů a ostatních ztrát poskytovatelům zdravotních služeb.

1.3.3 Hlášení nežádoucích událostí

Filka (2010) klasifikoval nežádoucí události do čtyř skupin. „1. Naprosto žádné následky (např. pád bez příznaků bolesti nebo omezení pohybových funkcí). 2. Zdánlivě žádné následky, ale charakter incidentu vyžaduje monitorování (např. pád s úderem do hlavy vyžadující neurologické vyšetření nebo poranění vyžadující pouze jednoduchou první pomoc). 3. Nežádoucí klinický nálezn vyžadující zákrok (léčbu), který je úspěšný (např. pád se zlomeninou s úspěšnou léčbou a rehabilitací). 4. Ireverzibilní komplikace nebo smrt“ (Filka, 2010, s.125).

Dle WHO (2012) zaujímá medikační pochybení (např. opomenutí, předávkování, špatné cesty podání, špatný lék) v celosvětovém měřítku možných incidentů až 12%. WHO definuje incident, jako událost nebo okolnost, která by mohla vést k nezamýšlenému nebo zbytečnému poškození osoby. Hlavní přínos sledování incidentů spočívá ve shromažďování informací užitečných pro prevenci podobné události v budoucnu. Klíčem k efektivnímu systému podávání zpráv je pro zaměstnance pravidelné hlášení incidentů. To je efektivní za předpokladu, že zaměstnanci důvěřují organizaci, která získané informace využívá pro zlepšení péče nikoli k vinění osob.

Hlášení nežádoucích událostí (Event Reporting) se dle ÚZIS (2015) řídí následujícími principy. Poskytovatel zdravotních služeb zajišťuje nesankční přístup při hlášení nežádoucích událostí. Dále ustanovuje hlášení nežádoucích událostí jako povinné pro každého pracovníka ve zdravotnickém zařízení, který událost zjistí. Povinnost hlášení se nevztahuje pouze na sestry a klinické pracovníky, ale také na pracovníky dodavatelských institucí zajišťujících pro zařízení některé služby. Dalším principem je edukace pracovníků poskytovatelem zdravotních služeb o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí. Pracovníkům zdravotnického zařízení je umožněno anonymní hlášení nežádoucích událostí. Hlášení je snadné, obsah se soustředí na textový popis

nežádoucích událostí a nevyžaduje podpis vedoucím pracovníkem. Hlášení nežádoucí události je předáno přímo osobám, které se zpracováním hlášení zabývají. Požadavek na podpis vedoucím pracovníkem neovlivňuje oddělený proces okamžité reakce na případnou změnu zdravotního stavu. Tu je potřeba zaznamenat do zdravotnické dokumentace a může vyžadovat podpis nadřízeného pracovníka nebo ošetřujícího lékaře.

1.4 Příčiny a prevence vzniku nežádoucích událostí

ÚZIS (2015) definuje procesy, během kterých se mohou vyskytnout nežádoucí události. Prvním takovým procesem je předepisování léků. Nesprávný předpis lékařem, příkladem je záměna léku na předpisu nebo nerespektování alergie. Dále se jedná o přípravu léků. Problém při přípravě léčiva se může vyskytnout na pracovišti či v lékárně. Při procesu balení léčiv může být porušený obal léčivého přípravku, například prasklý vak s cytostatikem nebo změna konzistence infuzního roztoku. Další jsou situace spojené s dodáním léčiva. Příkladem je příjem cytostatik bez druhého obalu nebo dodání léčivého přípravku s jinou teplotou než která byla objednána lékařem. Při podání léků se mohou vyskytnout chyby v předpisu medikace, například nesprávné množství, čas apod. U objednávání léčiv, může nastat nesprávné nahlášení množství potřebného léčivého přípravku lékárně, nesprávná síla léku apod. Léčivo může být skladováno v nevhodných prostorách při nevhodné teplotě. V případě neprovedení kontroly po podání léků, existuje riziko komplikací stavu pacienta. Toto riziko je i v případě, pokud není provedeno zhodnocení vitálních funkcí po podání léčiv ovlivňujících tyto funkce (například u antihypertenziv nezměření TK). Příkladem situace spojené s likvidací léčiv je nesprávná likvidace léčiva či obalu (nesprávné odstranění prázdného vaku s cytostatikem) nebo nesprávná likvidace pomůcek pro podání léčiva (vyhození infuzního setu do běžného odpadu).

ÚZIS (2015) také popsala problémy (nežádoucí události) spojené s medikací. Jedná se o záměnu pacienta, kdy není provedena řádná identifikace pacienta u lůžka (jméno,

příjmení, rok narození). Dále jde o záměnu léčiva zahrnující jak záměnu léčiva v rámci stejné ATC skupiny (Anatomicko-terapeuticko-chemické skupiny) tak i jiné skupiny. ATC skupina znamená administrativní označení léčivé látky, kdy každá léčivá látka má svůj ATC kód. Souhra událostí může vést k chybnému podání dávky, síly a frekvence léku. Příkladem je špatné nastavení infuzní pumpy pro aplikaci infuze, které vede k dvojnásobně rychlejší či pomalejší aplikaci léku do organismu pacienta. Jiným problémem je záměna formy léčivého přípravku, kdy může být místo roztoku pacientovi podána suspenze. Zaměněna může být i cesta podání léku, například místo podání léku per os za i.v. cestu. Riziko hrozí i u množství podávaného léčiva, jako je záměna objemu infuzní terapie (místo Mannitol 250ml podán Mannitol 500ml). Problém nastane v případě nepřesné či nekompletní instrukce k podání léku. Tím je nedostatek informací pro aplikaci studijního léku v rámci klinického hodnocení nebo nepodání informace o užití léku na lačno. Často nejsou hlídány kontraindikace podání léčiv (alergie, celkový stav, komorbidity aj.). Může být také vynechána dávka nebo lék z důvodu přehlédnutí ordinace lékaře ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebo nedostupnosti léku. Nežádoucí události jsou spojené i s dobou použitelnosti léčivého přípravku. Například podání léčivého přípravku bez kontroly expirace léčiva. Posledním uvedeným problémem je neočekávaný účinek předepsaného léku. Ten by mohl vyvolat u pacienta alergie, anafylaktický šok, změny v chování apod.

Škrála a Škrlová (2008) uvádějí, že nežádoucí události se hlásí a doplňují do patřičného formuláře. Následně se zpracovávají do statistických údajů. Většinou není k dispozici kvalitní dokumentace provedených analýz skutečných příčin nežádoucích událostí. Souvisí s návrhy strategických opatření, které by mohly v budoucnosti podobným událostem předejít. Málokde správně funguje kontrolní systém zdravotnického zařízení, který by efektivitu nápravných zařízení vyhodnotil. Z procesu řešení nežádoucích událostí vyplývají následující nápravná opatření. Patří mezi ně následná edukace pracovníků, změna příslušného standardu nebo postupu, vytvoření nové směrnice a technické řešení (zlepšení monitorování, změna procesu aj.)

1.4.1 Zdravotnický tým

Dle Vytejkové (2011) se zdravotnický tým skládá ze zdravotnických pracovníků s různě dosaženým odborným vzděláním a kvalifikací. Jedná se o tým multidisciplinární. Součástí jsou lékaři, sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, psychologové, sanitáři a další.

Plevová a kol. (2013) uvádí, že nepostradatelnou součástí multidisciplinárního týmu jsou pacienti s jejich rodinnými příslušníky a jinými blízkými osobami. Společně se podílejí na plánování a realizaci intervencí vedoucích k navrácení zdraví pacienta.

Do zdravotnického týmu řadí Slowik a kol. (2011) tým ošetrovatelský, jehož kompetence a získávání kvalifikace pro jednotlivé ošetrovatelské profese jsou popsány v novele zákona č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonům činností, souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (MZ ČR, 2011). Dále je uveden ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka vymezuje zákon na výkon povolání bez odborného dohledu, výkon povolání pod odborným dohledem a výkon povolání pod přímým vedením (ČESKO, 2011).

Ve zdravotnickém týmu podle Dolanové (2012) platí odpovědnost každého člena za jím vykonané intervence v rámci jeho kompetencí, ale také odpovědnost kolektivní. Celý tým je odpovědný za realizaci holistické péče o pacienta. Kritériem pro dělbu práce mezi lékařem a sestrou je především odborná kvalifikace, výcvik a zkušenosti. Aby sestra mohla samostatně provádět ošetrovatelské výkony, za které je i sama odpovědná, musí být k jejich provedení teoreticky a prakticky vycvičena. Lékař odpovídá nejen za výkony, ke kterým je oprávněn, ale také za řízení práce sestry, popřípadě za výběr na ni přeneseného úkonu.

V souvislosti s odpovědností členů zdravotnického týmu během ošetrovatelského výkonu podávání léků, objasníme následující druhy právní odpovědnosti. Jedná se o trestní odpovědnost, pracovněprávní, správní a funkční odpovědnost (Mach a Máca, 2013).

Trestní odpovědnost, jak uvádí Mach (2010), má fyzická osoba za spáchání trestného činu. Trestný čin je podle Macha (2011) například usmrcení z nedbalosti, ublížení na zdraví z nedbalosti, neposkytnutí pomoci nebo kombinace těchto trestných činů. Trestné činy podle závažnosti Mach (2010) dělí na přečiny a zločiny. Přečiny jsou trestné činy nedbalostní a úmyslné, při jejichž spáchání trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí sazby do pěti let. Jako zločiny jsou považovány všechny trestné činy, které nejsou označovány za přečiny. Trestní řízení je vedeno orgány činnými v trestním řízení tj. Policie ČR, státní zastupitelství a soud. Pouze státní zástupce může podat obžalobu pro trestný čin. Jedině v rámci trestní odpovědnosti může být udělen trest odnětí svobody, podmíněný či nepodmíněný. Dále pak zákaz výkonu povolání, úplný nebo částečný. Může být udělen i peněžní trest. Proti rozsudku v trestním řízení lze podat odvolání k soudu vyššího stupně.

Pracovně právní odpovědnosti rozumí Štefan a Hladík (2012), jako nejjednodušší formě odpovědnosti, pokud porušením povinností nedojde k poškození pacienta nebo k porušení jiného chráněného zájmu společnosti. Postih pracovníka spočívá v opatřeních dle zákoníku práce, například postih ve mzdové oblasti nebo rozvázání pracovního poměru. Dále může být postih pracovníka v odpovědnosti organizaci za škodu podle příslušných předpisů, jestliže byla způsobena.

Správní odpovědnost podle Krejčíkové (2015), je odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb vůči orgánům státní správy za dodržení právních předpisů v oblasti státní správy. Správní odpovědnost se týká například ochrany veřejného zdraví, ochrany osobních údajů aj. U tohoto druhu odpovědnosti mohou být uděleny pokuty za správní delikty a přestupky.

Při poskytování zdravotní péče uvádí Holubová (2008) tyto příklady správní odpovědnosti. Jsou to přestupky týkající se nedodržování hygienických předpisů, předpisů o zacházení s omamnými a psychotropními látkami či látkami škodlivými zdraví.

Funkční odpovědnost bývá odvozována z postavení zaměstnance v systému poskytování zdravotní péče. Za chod oddělení ve zdravotnickém zařízení odpovídá primář oddělení. Za ošetrovatelskou péči na oddělení pak odpovídá vrchní sestra a na

ošetřovatelskou péčí na stanici dohlíží staniční sestra. Všeobecná sestra je odpovědná za konkrétní výkon poskytované ošetřovatelské péče, který provádí v rámci svých kompetencí (Holubová, 2008).

1.4.2 Pacient jako partner

V současnosti se mění role pacienta, jakožto pasivního příjemce ošetřovatelské péče na aktivního účastníka v zajištění bezpečné ošetřovatelské péče. Pacienti se raději zapojí do péče, pokud je o to zdravotnický personál požádá. Instruování a motivování pacienti budou pozorní a zdravotnický personál snadněji upozorní na možné chyby, které se dle jejich názoru staly nebo mohly stát. K tomuto účelu slouží povzbuzování pacientů. Všeobecná sestra vybízí pacienty, aby kladli otázky o lécích, které jim jsou podávány, aby se ujistovali, že všemu porozuměli a nebrali léky, dokud jim není jasný jejich účel (Brabcová a kol, 2014).

Významné je v tomto ohledu respektování principu autonomie pacienta. Být autonomní znamená řídit se vlastními pravidly, jejímž základem je svoboda a schopnost jednání. Schopnost pacienta svobodně jednat a rozhodovat může ovlivnit onemocnění, kulturní orientace, vůle apod. (Halmo, 2014).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 sb., zahrnuje rovnou dostupnost zdravotní péče, svobodný a informovaný souhlas, ochranou osob neschopných dát souhlas apod. Mimo jiné pojednává i o autonomii pacientů (MZV,2001).

„Splnění respektu k autonomii vyžaduje, abychom jim pomohli v překonání jejich závislosti na druhých. V medicínském kontextu se setkáváme s mnoha problémy autonomie, většinou pro pacientův závislý stav a autoritativní pozici lékaře. Princip autonomie v sobě zahrnuje právo volit, a ne závaznou povinnost volit. Lékaři a sestry by se měli ptát svých pacientů, zda si přejí dostat informace a činit rozhodnutí“ (Halmo, 2014, s.22-23).

Deklarace práv pacientů uvádí, že pacient má právo léčbu přijmout či odmítnout poté, co dostal adekvátní informace o svém zdravotním stavu, medicínských poznatcích,

navrhované léčbě a s ní spojených rizicích, dále alternativních postupech léčby nebo důsledcích neléčení (Smejkal a kol., 2011).

Ve vztahu lékař-pacient není lékař pacientovi nadřazen, nýbrž mají právně rovnocenné postavení. I když má lékař díky svým zkušenostem a znalostem nad pacientem jakožto laikem převahu, musí s ním jednat jako s partnerem. Lékař si musí uvědomit, že diagnóza není víc než právo (Eliáš a kol., 2014).

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování má totiž pacient nárok na náležitou odbornou péči, úctu a důstojné zacházení. Dále má právo vyslovit s plánovanou léčbou svobodný a informovaný souhlas (ČESKO, 2011).

Aby pacient mohl vyřknout stanovisko o průběhu léčby, musí mu být řádně podáno vysvětlení. Jeho rozsah je zpracován zákonem č. 89/2012 Sb., novým občanským zákoníkem platným od 1.1.2014, v § 2639 takto „lze-li rozumně předpokládat, že ošetřovaný pochopil svůj zdravotní stav, způsob, účel a nezbytnost péče o zdraví včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu i případný jiný způsob péče o zdraví“ (Parlament ČR, 2012).

1.4.3 Dokumentace a její náležitosti

Zdravotnická dokumentace, jak uvádí Mazánek (2014), slouží nejen jako pracovní nástroj při léčbě pacienta, ale také jako doklad či důkaz v případě forezního projednávání postupu lékaře během léčby. Zákon č. 372/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 260/2001 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, uzákoňuje všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci. Vymezuje pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Veškeré údaje zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci jsou chráněny zákonem a stanovenou povinnou mlčenlivostí (ČESKO, 2011).

Dle Marxe a Vlčka (2014) se ve zdravotnické dokumentaci každého pacienta uvádí, jaká léčiva dostává. Včetně jejich dávkování, způsobu podání a frekvence. Ta se liší u léčiv podávaných podmíněně (např. „při bolesti“, „při dušnosti“).

Součástí zdravotnické dokumentace pacienta je dle Mazánka (2015) ambulantní zdravotní karta a chorobopis lůžkového zařízení. Obsahuje všechna laboratorní vyšetření, záznamy vyšetření konziliárních lékařů, ostatní materiály obsahující osobní údaje pacienta a údaje o jeho zdravotním stavu. V souladu se zákonem musí být každý list chorobopisu, ambulantní zdravotní karty, ale i každá žádanka, výsledek apod. opatřen příjmením, jménem a rodným číslem nebo jiným jednoznačným identifikačním znakem pacienta. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden čitelně, průkazně a pravdivě, musí být také opatřen údajem o dni záznamu a osobě, která záznam provedla. Zdravotnická dokumentace může mít formu textovou, grafickou či audiovizuální. Otázkou je uchování zdravotnické dokumentace, kdy v současné době neexistuje platný právní předpis, který by vymezoval dobu archivace či podmínky její skartace.

Podle vyhlášky č. 236/2013 Sb., o zdravotnické dokumentaci, má dokumentace obsahovat záznam o předepsání léčivých přípravků pro zvláštní lékařské účely. Součástí předpisu je dávkování a počet předepsaných balení nebo zdravotnických prostředků. Následně musí být proveden do dokumentace zápis o podání léčivých přípravků včetně podaného množství. Pokud je pacient vybaven léčivými přípravky, zaznamená se lék spolu s množstvím taktéž do zdravotnické dokumentace (ČESKO, 2013).

Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace je podle Komise pro tvorbu standardů (2011) ošetrovatelská dokumentace. Jedná se o přehledné vedení záznamu veškerých informací individuálně o každém pacientovi v průběhu diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu. Aby byla plnohodnotným dokladem o poskytnuté léčebné a ošetrovatelské péči, je třeba ji vést spolu s lékařskou dokumentací.

Obsahem ošetrovatelské dokumentace je dle Vytejkové (2011) ošetrovatelská anamnéza, plán ošetrovatelské péče, záznam realizace provedených ošetrovatelských výkonů. Další je též formulář péče o chronické rány, záznam o bolesti, edukační záznam, překladová a propouštěcí ošetrovatelská zpráva a další. Vedení ošetrovatelské dokumentace má několik hlavních cílů. Prvním je zachování kontinuity péče u konkrétního pacienta, dalším pak přesný popis plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Podstatná je informovanost jednotlivých členů zdravotnického týmu, možnost

kontroly poskytované péče. Dále pak právní ochrana pacienta, ale i zdravotnického zařízení a využití záznamů pro účel ošetrovatelského výzkumu či výuky.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, zda sestry znají doporučený ošetrovatelský postup podávání léků pacientům.

Cíl 2. Zjistit, jaká jsou nejčastější pochybení během podávání léků sestrou.

Cíl 3. Identifikovat nejčastější příčiny medikačních pochybení.

Cíl 4. Popsat preventivní mechanismy snižující riziko medikačního pochybení.

Cíl 5. Zjistit způsob zapojení pacientů do procesu bezpečného podávání léků.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké mají sestry znalosti o správném postupu podání léků pacientům?
2. Jaká jsou nejčastější pochybení v procesu podávání léků?
3. Jaké jsou nejčastější příčiny medikačních pochybení?
4. Jakými preventivními mechanismy je snižováno riziko medikačního pochybení?
5. Jakým způsobem jsou pacienti zapojeni do procesu bezpečného podávání léků.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Ke zpracování diplomové práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Zvolena byla metoda dotazování, spolu s technikou hloubkového rozhovoru.

Hloubkové rozhovory byly provedeny v Nemocnici České Budějovice a.s. Výzkum probíhal v období od 17.2.2016 do 26.2.2016 na Chirurgickém oddělení. Výzkumné šetření bylo realizováno za základě svolení Mgr. Moniky Kyselové, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice a.s. spolu se souhlasem staniční sestry oddělení a respondentů (viz příloha 1). Rozhovory byly vedeny se sestrami, které pracují na Chirurgickém oddělení (viz příloha 2) a pacienty hospitalizovanými minimálně po dobu tří dnů na Chirurgickém oddělení téže nemocnice (viz příloha 3). Záznam byl nahrán na diktafon a následně zpracován do písemné formy. Respondenti a jednotlivé rozhovory s nimi byly očíslovány, například S1 (sestra 1). Kvalitativní data byla kódována metodou papír a tužka a významově uspořádána do kategorizačních skupin spolu se schématy.

Kategorizační skupiny tvoří kategorie s podkategoriemi a jimi pojmy nadřazené. V rozhovorech se sestrami byly vyhledávány nejčastější odpovědi respondentek k jednotlivým podkategoriím, které byly následně barevně označeny pro lepší přehlednost. Podkategorie byly v textu očíslovány například jako S1/2. To znamená, že se první sestra na druhém řádku zmiňuje o určité podkategorii, která může být doplněna i přímou citací. Číslování rozhovorů probíhalo kontinuálně od první po poslední sestru (viz příloha 4).

Rozhovory s klienty byly zpracovány stejně jako u sester, tedy přiřazováním nejčastějších odpovědí pacientů k jednotlivým podkategoriím. Podkategorie jsou v textu značeny například jako K1/6. Zkratka znamená, že se první klient na 6. řádce vyjadřuje ke konkrétní podkategorii. Rozhovory byly kontinuálně číslovány od prvního po posledního klienta (viz příloha 5).

Cílem bylo zjistit, jaké mají sestry znalosti o správném postupu podání léků pacientům. Zajímalo nás, zda jsou respondentky orientované nejen v samotném postupu podání léčiv, ale také s ním souvisejícím uskladňováním, předepisováním, objednávaním a likvidací léčiv. Dalším cílem bylo posoudit, jaké mají sestry znalosti o medikačním pochybení a jak se mu snaží předcházet. Nedílnou součástí jsou v tomto procesu pacienti. Snažili jsme se proto zjistit, v jaké míře jsou zapojováni do preventivního procesu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Vzhledem k tomu, že jsme se setkaly s neochotou a obavami zdravotnického personálu spolupracovat na výzkumném šetření, není výzkumný vzorek širší.

První výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících na chirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. Podrobná charakteristika výzkumného souboru sester je uvedena v tabulce 1 výsledková část. Druhý výzkumný soubor tvořilo šest klientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Podrobnější popis výzkumného souboru pacientů je uveden v tabulce 2 výsledkové části.

Výběr respondentů byl záměrný, daný jejich ochotou na výzkumném šetření participovat. Vzorkování bylo ukončeno v okamžiku teoretického nasycení dat.

Tabulka 1: Identifikační údaje oslovených sester

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Věk		30	24	46	34	43
Vzdělání	SS	VOS-Dis.	VS-Bc.	SS	SS	SS
Pracovní zařazení	sestra	sestra	sestra	sestra	sestra	sestra
Délka praxe	30 let	8 let	2 roky	18 let	5 let	10 let

Vysvětlivky: SS = střední škola s maturitou, VS = vysoká škola, Bc. = bakalářský titul, VOS = vyšší odborná škola, Dis. = diplomovaná sestra.

Výzkum proběhl se všeobecnými sestrami ve věku od 24 do 56 let. Průměrný věk respondentek je 38 let. Respondentka 3 má vysokoškolské vzdělání s bakalářským

titulem. Respondentka 2 má vysokoškolské vzdělání diplomovaný specialista. Ostatní respondentky mají středoškolské vzdělání zakončené maturitou. Délka praxe respondentek se pohybuje v rozmezí 2 až 30ti let. Průměrná délka praxe respondentek je 12 let.

Tabulka 2: Identifikační údaje oslovených klientů

Klient	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Věk	56	61	42	68	74	52
Počet hospitalizací	2	2	4	2	1	2
Délka hospitalizace	21 dnů	3 dny	7 dní	14 dní	7 dní	5 dní

Byli osloveni čtyři ženy a dva muži ve věku 42 – 74 let. Průměrný věk respondentů bylo v době výzkumu 58 let. Minimální doba hospitalizace oslovených klientů byly tři dny.

4 VÝSLEDKY

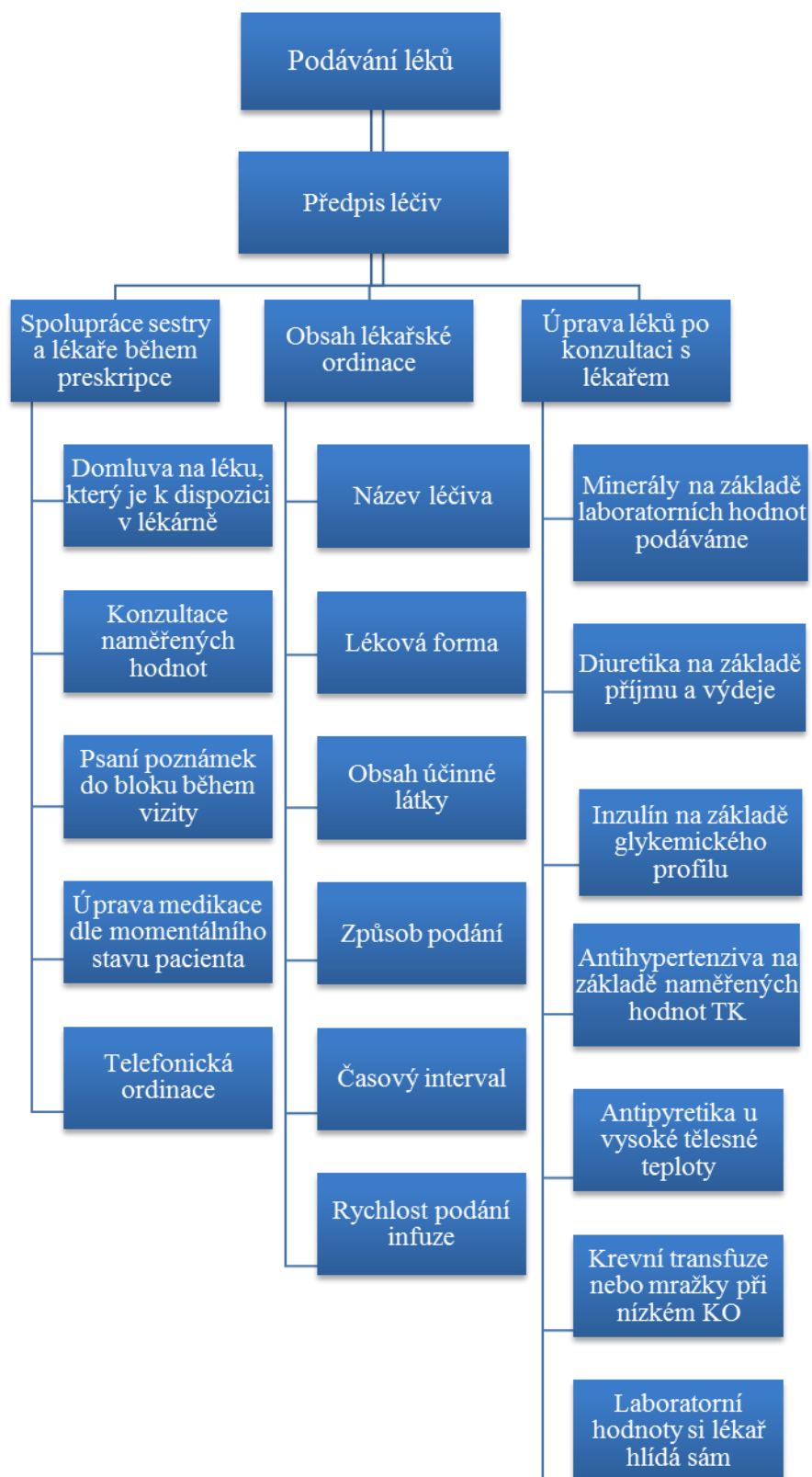
4.1 Kategorizace hloubkových rozhovorů se sestrami do schémat

Kategorizační skupiny jsou rozděleny do kategorií: „Podávání léků“ a „Medikační pochybení“.

4.1.1 Kategorie „Podávání léků“

Kategorie podávání léků obsahuje šest podkategorií: „Předpis léčiv“, „Objednávání léčiv“, „Uložení léků na ošetrovatelské jednotce“, „Bezpečná identifikace pacienta“, „Podání a aplikace léku“ a „Likvidace léčiv“. Kategorie je zaměřena na znalosti sester o podávání léků a dalších náležitostech, které k tomuto výkonu neoddělitelně patří. V rozhovorech byly vyhledávány rizikové faktory směřující k medikačnímu pochybení. K němuž může dojít již během preskripce. Sestra může špatně přečíst ordinaci či špatně pochopit význam použité zkratky apod. Bylo zjišťováno, kdo na oddělení provádí objednávání léků a jak funguje spolupráce s lékaři. Zda se sester ptají na dostupné léky na oddělení nebo vypíší léky pouze dle vlastního uvážení. Na prevenci medikačního pochybení má vliv i uložení léků a jejich řádné označení. Častou chybou bývá nedostatečně provedená identifikace pacienta, na kterou byl během pokládání otázek také kladen důraz. Nejrizikovějším se zdá být podání a aplikace léku. Příkladem může být záměna léku nebo zvolením špatné cesty podání apod. Likvidace léčiv hraje v prevenci medikačního pochybení také neodmyslitelnou roli. Rozhovory se sestrami byly podrobeny analýze dat a na jejich základě vznikla kategorie podávání léků.

Schéma 1: „Předpis léčiv“

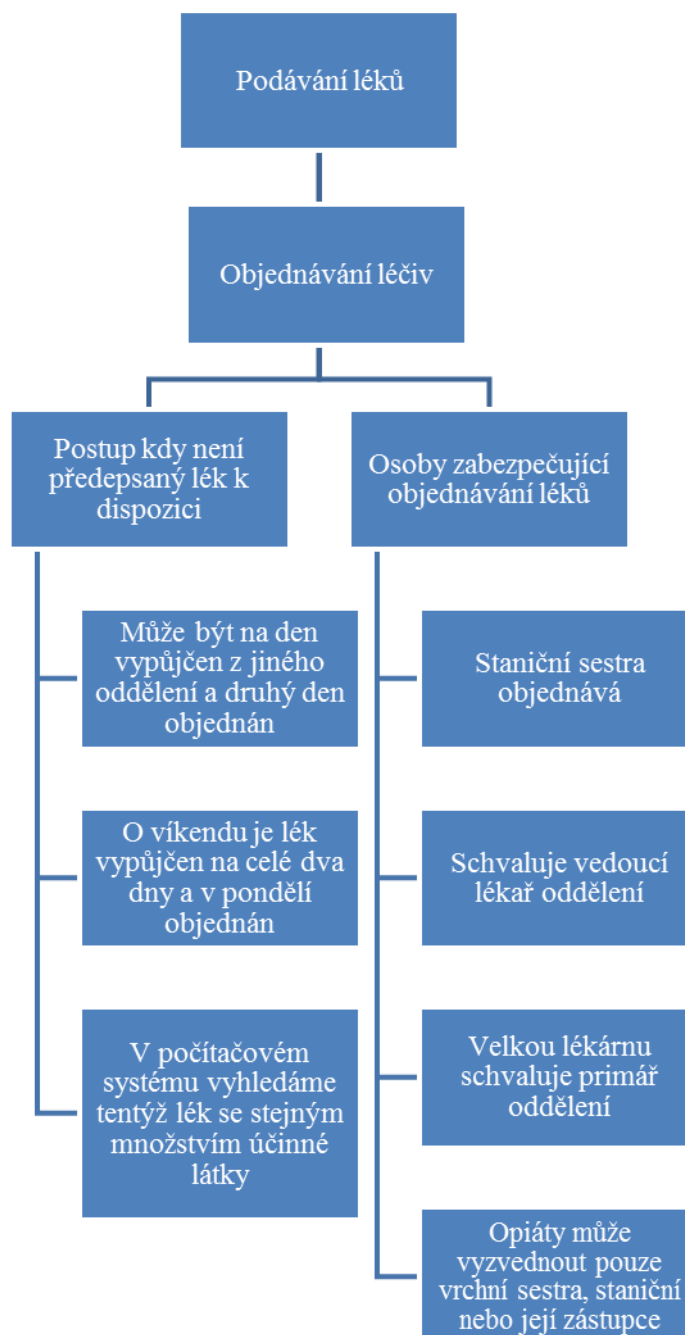


V podkategorii „**Předpis léčiv**“ byly sestry dotazovány na rozsah jejich spolupráce s lékaři během předepisování léků. S1 odpověděla: „Některý lékař se s námi domluví během předepisování léčiv, jaký lék máme k dispozici v lékárně, aby nám ušetřil práci se sháněním jiného léku se stejným účinkem, který má pouze jiný název“. S2, S3 a S5 se shodly, že s lékařem konzultují: „Naměřené hodnoty například glykemie, podle nichž upravujeme dávku inzulínu. Hodnoty minerálů a krvinek podle laboratoře, na jejichž základě nám sdělí jakou infuzi nebo lék máme podat. To zapíše“. S4 řekla „Během vizity píšeme lékaři do bloku poznámky u jednotlivých pacientů, například připsat Ondasetron, změnit analgetika, připsat lék na spaní. Lékař tyto záznamy vepíše do dekurzu“. S3, S4 a S5 poznamenaly, že pokud se náhle změní stav pacienta a lékař není přítomen na oddělení, pak postupují následovně. „Zavoláme mu a on nám po telefonu naordinuje co máme podat, to poté dojde zapsat“. S5 a S6 uvedly, že lékař s nimi spolupracuje tehdy: „Když potřebuje upravit medikaci dle momentálního stavu pacienta“. Neboť jak se vyjádřila S5: „My máme o pacientech přece jenom větší přehled než on a spíše si na bolest či nevolnost postěžují nám než lékaři“.

Dále bylo zjišťováno, zda respondentky vědí, co má lékařská ordinace správně obsahovat. Většina dotazovaných správně odpověděla, že by měla obsahovat: „Název léčiva, lékovou formu, obsah účinné látky, způsob podání a časový interval“. Pouze S4 a S5 zapoměly uvést obsah účinné látky. S3 a S4 dodaly, že lékaři nevypisují jednotlivé časy, ale časová rozmezí „á 6 hod.“ S1 a S6 vidí jako podstatné uvádět u infuze rychlost podání. Což podle S6 ne každý lékař vypisuje.

V otázce u kterých léků po konzultaci s lékařem, sestry upravují množství účinné látky v závislosti se získanými hodnotami, většina respondentek odpověděla: „Na základě laboratorních hodnot podáváme minerály“. Dále se shodly na podávání inzulínu na základě glykemického profilu. S1, S4 a S6 dále po konzultaci upravují: „Diuretika na základě příjmu a výdeje“. S1, S3 a S5 jmenovaly: „Antihypertenziva na základě naměřených hodnot krevního tlaku“. Jediná S3 poznamenala, že: „U naměřené vysoké tělesné teploty se dohodneme, zda podáme antipyretikum, nabereme hemokultivaci“. S4 dodala: „Dle nízkého krevního obrazu podáváme třeba krevní transfuze nebo mračky“. Avšak podle S3 si laboratorní hodnoty lékař hlídá sám.

Schéma 2: „Objednávání léčiv“

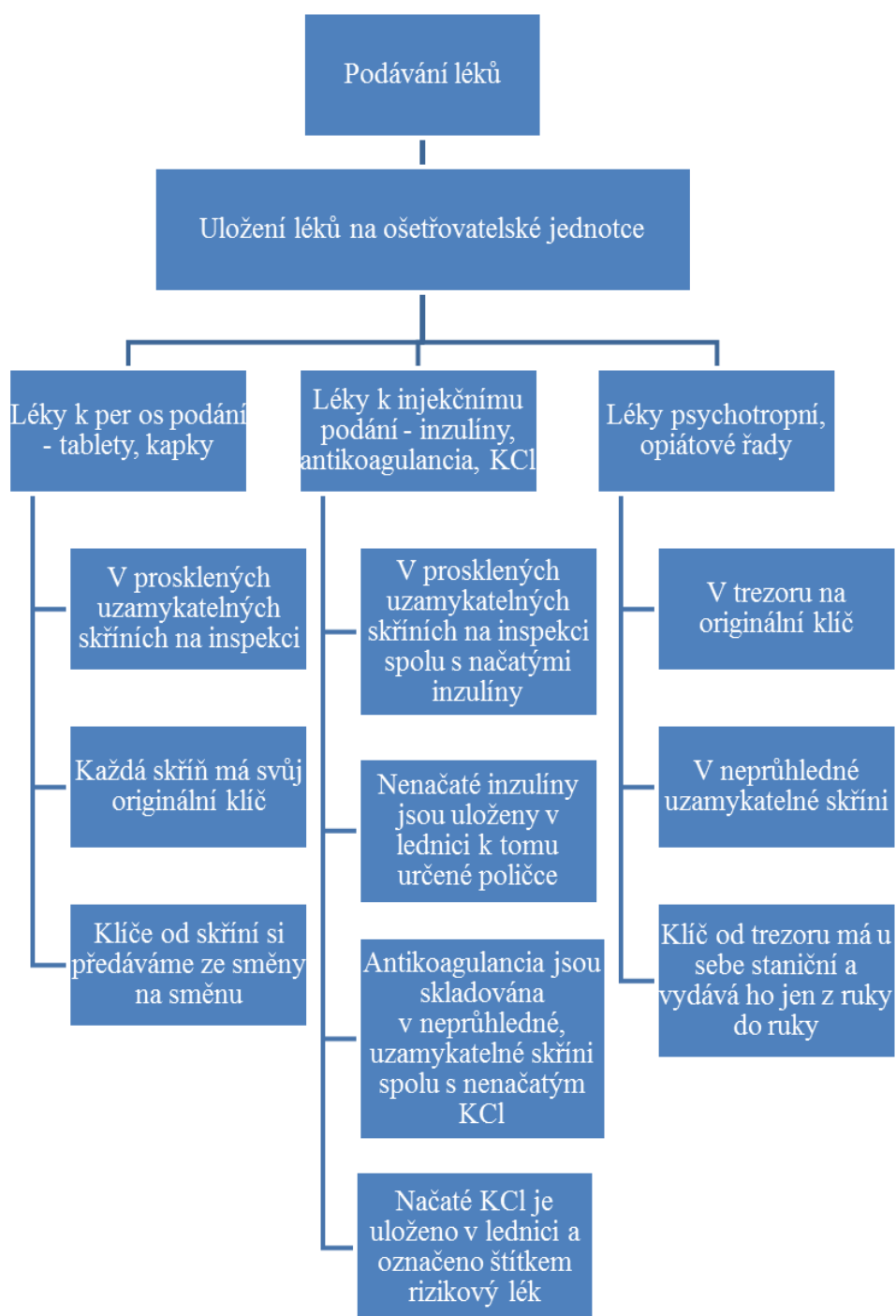


V podkategorii „**Objednávání léčiv**“ nás zajímalo, jak si respondentky počínají v případě, kdy předepsaný lék není k dispozici na oddělení. Valná většina respondentek shodně odpověděla, že pokud není lék na oddělení k dispozici, mohou si jej na jeden den vypůjčit z jiného oddělení. Druhý den musí být lék objednán staniční sestrou a

vrácen na oddělení, ze kterého byl vypůjčen. Jinak je tomu v případě, kdy není lék k dispozici o víkendu a na oddělení není přítomna staniční sestra. Tuto situaci vysvětlily S1 a S6. Podle nich si mohou lék vypůjčit na celý víkend a v pondělí následující týden jej objedná staniční sestra. Pokud je o víkendu na oddělení nedostatek antibiotik a není možnost je vypůjčit z jiného oddělení. Mohou sestry dojít na infekční oddělení, kde je vždy zásoba antibiotik. Dle S1 si mohou vypůjčit jakékoli množství, ale následující týden musí být vráceno na infekční oddělení. S3 se prořekla: „Pokud lék není na jiném oddělení, tak si v počítačovém systému vyhledáme tentýž lék se stejným množstvím účinné látky avšak jiným názvem“.

Poslední dotaz na respondentky byl na osobu či osoby, které zabezpečují objednávání léků na oddělení. S3, S4 a S5 jmenovaly staniční sestru, která je podle nich za objednávku léčiv zodpovědná. S1, S2 a S6 vypověděly, že před objednáním léčiv, musí být objednávka schválena vedoucím lékařem oddělení. S1 a S6 ještě doplnily, že pokud jde o větší množství léčiv, tedy velkou lékárnou, je zapotřebí schválení primáře oddělení. Dle výpovědi S1 mohou léky opiátové řady vyzvednout pouze tři osoby. Jedná se o vrchní sestru, staniční sestru a jejího zástupce. Tyto osoby totiž mají podpisový vzor v opiátové knize.

Schéma 3: „Uložení léků na ošetrovatelské jednotce“

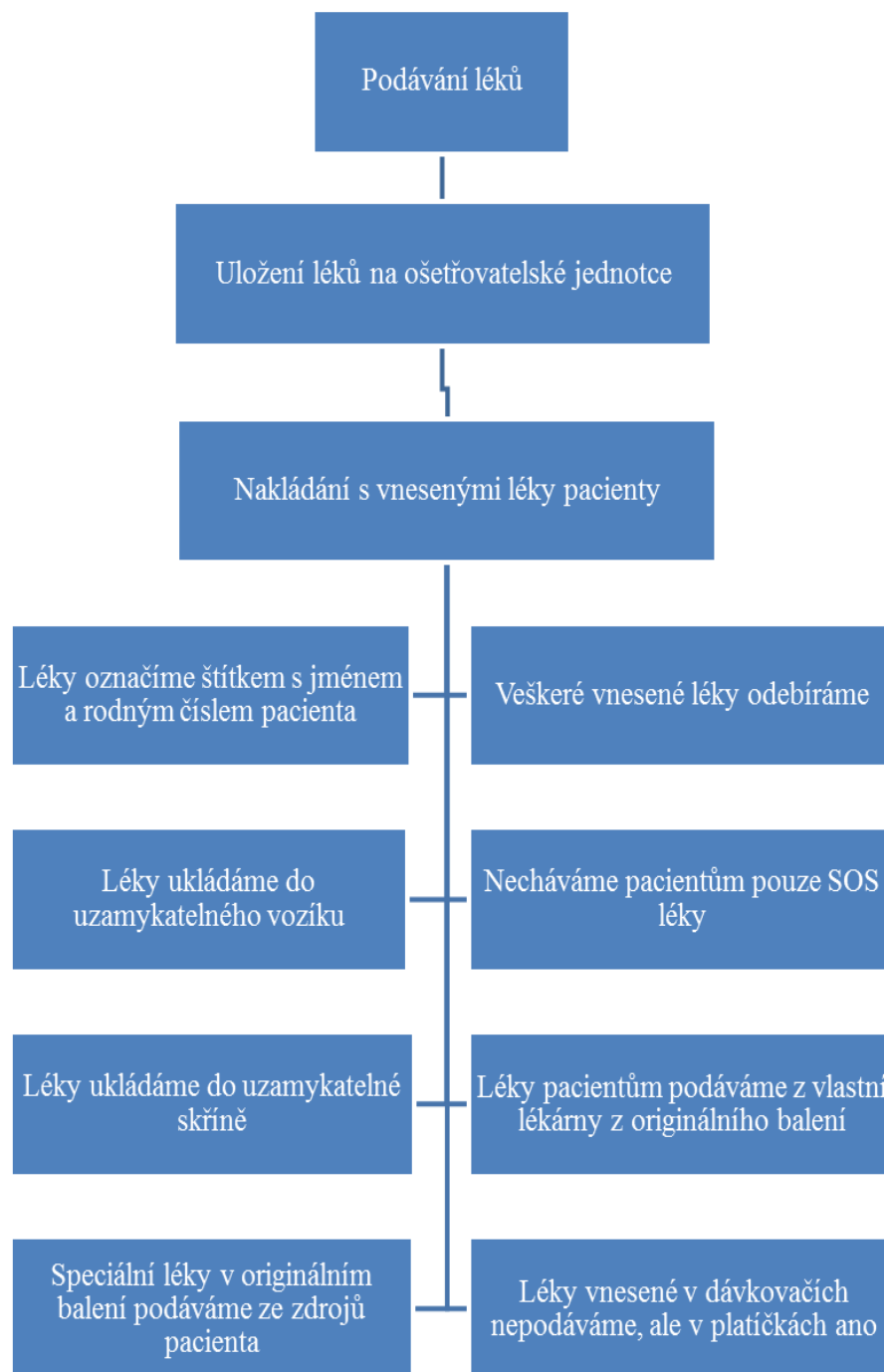


Další podkategorií je „Uložení léků na ošetrovatelské jednotce“. Bylo zřejmé, že respondentky mají přehled nad uchováváním léčiv. Shodně odpověděly, že tablety a

kapky jsou ukládány v prosklených uzamykatelných skříních na inspekci. S4 doplnila: „Každá skříň s léky má svůj originální klíč, klíče si předáváme ze směny na směnu“. Respondentky ukládají léky k injekčnímu podání do prosklených, uzamykatelných skříních na inspekci spolu s načatými inzulíny. Jen S3 uvedla, že tak skladují i nenačaté inzulíny, antikoagulancia a KCl. Což popřely ostatní sestry. Podle nichž jsou nenačaté inzulíny uloženy v lednici na určené polici. Také doplnily, že antikoagulancia jsou skladována v neprůhledné, uzamykatelné skříně spolu s nenačatým KCl. Tedy v případě, kdy je KCl načato, se ukládá do lednice a označuje se štítkem rizikový lék.

Sestry byly dotazovány, jak ukládají léky psychotropní a opiátové řady. Bylo nám odpovězeno, že léky psychotropní a opiátové řady jsou uloženy v trezoru, který má originální klíč a ještě v neprůhledné skříně na další zámek. S1 a S6 dodaly: „Klíč od trezoru má u sebe staniční a předává ho jen z ruky do ruky“. S2 uvedla, že skladují opiáty a psychotropní látky odděleně. A to takto: „Opiáty jsou uloženy v trezoru a psychotropní látky jsou v neprůhledné skříně. Skříň je opatřena samostatným klíčem, stejně jako trezor“. S3 stručně odpověděla: „Léky psychotropní a opiátové řady skladujeme v trezoru“.

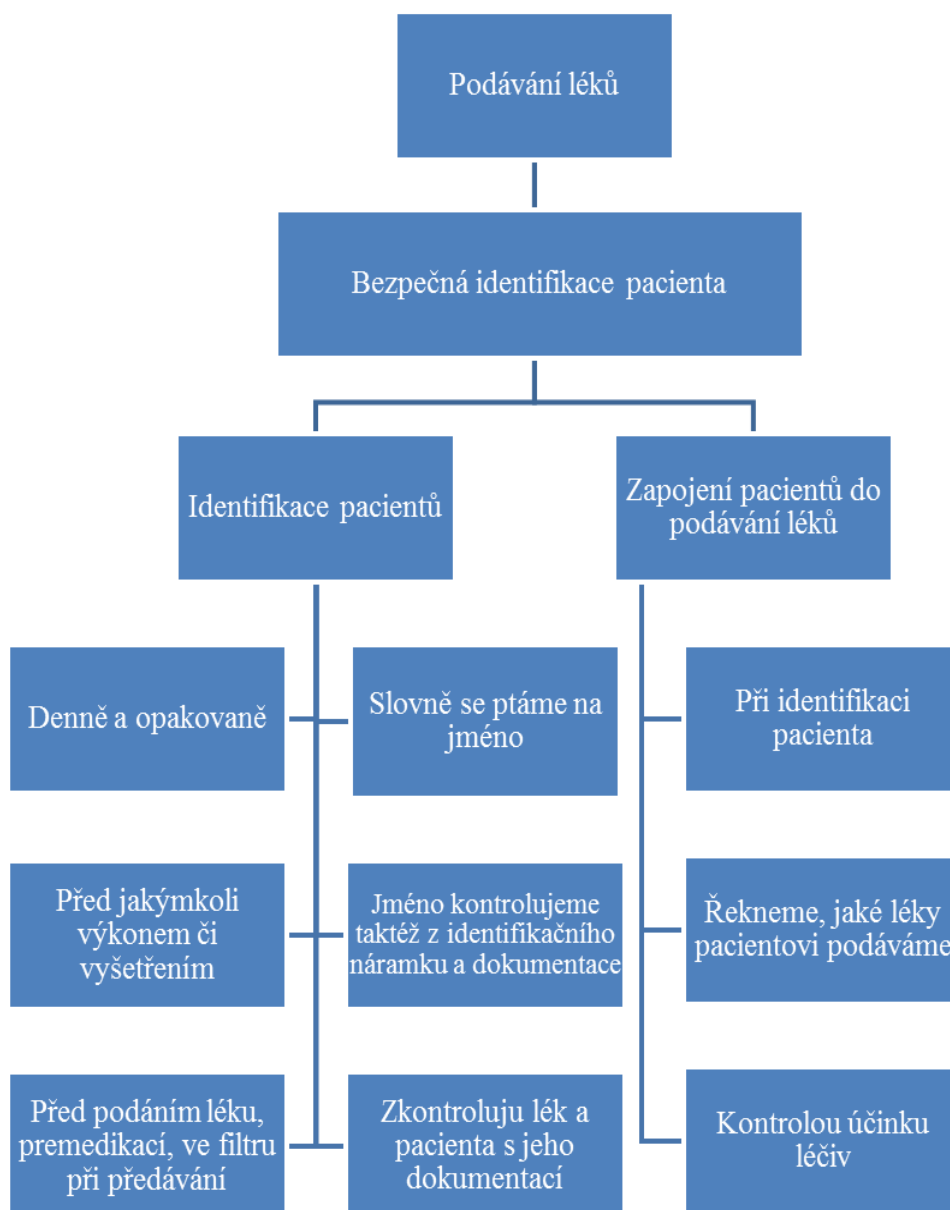
Schéma 4: „Uložení léků na ošetrovatelské jednotce“



Další otázka byla směřována na způsob nakládání s léky vnesenými pacienty. S4 stručně uvedla: „Vnesené léky pacientem označíme a uložíme do uzamykatelného pojízdného vozíku ze kterého rozdáváme léky“. S1, S5 a S6 nechávají pacientům pouze

SOS léky, užívané při potřebě. Zbytek léků ukládají do uzamykatelného vozíku. Před uložením léky označí štítkem pacienta. Na štítku je uvedeno jméno pacienta a jeho rodné číslo. Toto označení zabrání případnému zaměnění léku osob se stejným jménem. S2 a S3 vnesené léky neukládají do vozíku, nýbrž do uzamykatelné skříně. Dotazovali jsme se respondentek, zda pacientům podávají medikaci z vnesených léčiv či z nemocniční lékárny. S1, S2 a S6 odpověděly, že léky pacientům podávají z vlastní lékárny. Neboť tak mají kontrolu, že podávají léky přímo z originálního balení. S3 doplnila: „Léky pacientům vydáváme z naší lékárny a pokud mají nějaké speciální léky, tak ty jim dáváme z jejich zdrojů. Pokud jsou v originálním balení“. S4 uvedla: „Léky v dávkovačích pacientům nepodáváme“. Ale následně dodala: „Léky vnesené pacientem v platíčkách podáváme“.

Schéma 5: „Bezpeční identifikace pacienta“

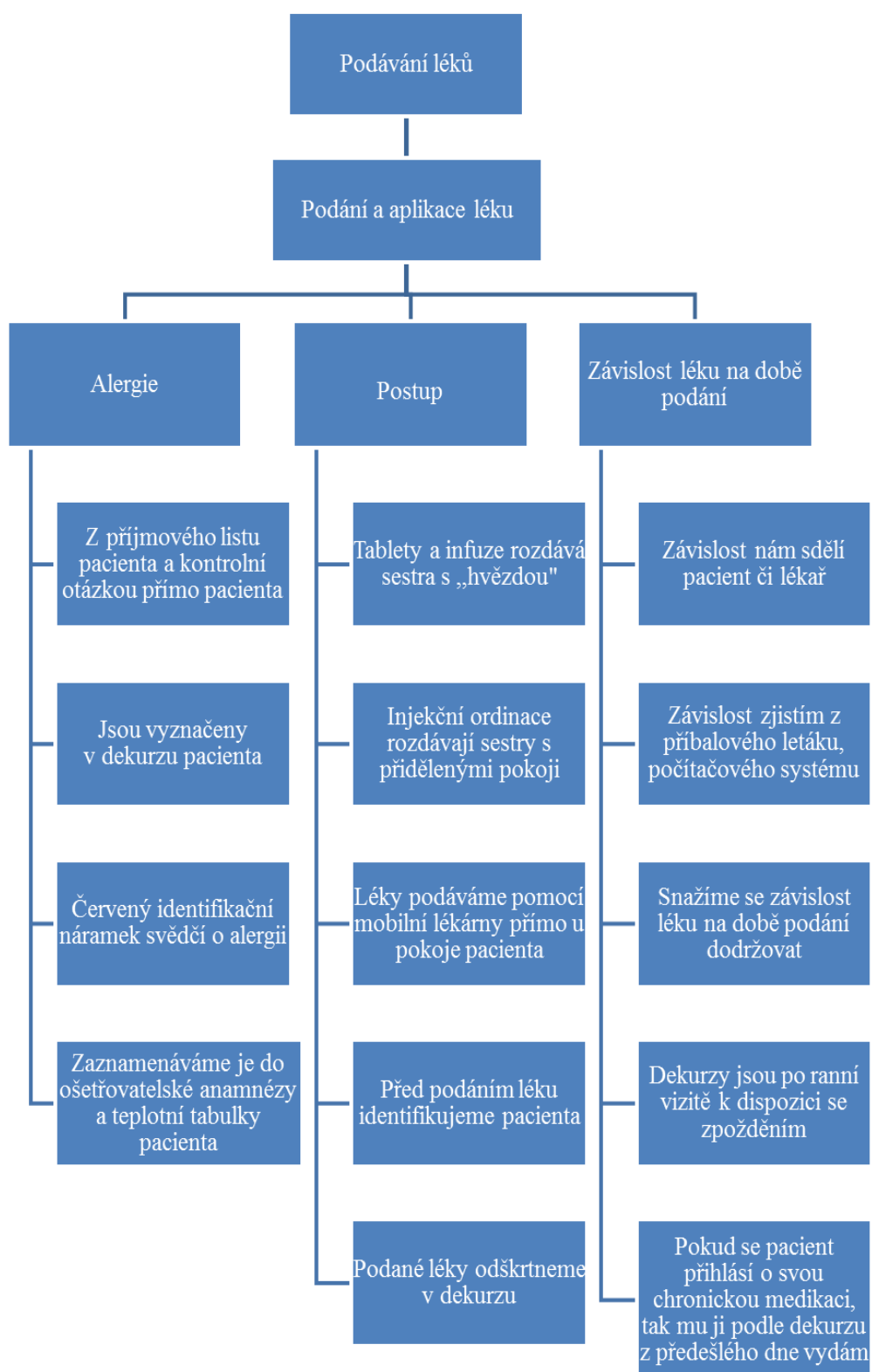


Důležitým krokem v procesu podávání léku sestrou je „**Bezpečná identifikace pacientů**“. Oslovené sestry byly dotazovány, kdy a jakým způsobem identifikují pacienta. Většina respondentek na tuto otázku odpověděla, že identifikaci pacienta provádí denně a opakovaně. Například pokud provádí nějaký výkon. S1 identifikaci pacienta provádí v průběhu dne před jakýmkoli výkonem či vyšetřením. S4 tak činí například před podáním léků, před premedikací a ve filtru, kdy předává pacienta na sál. Další

otázkou bylo jakým způsobem respondentky identifikaci pacienta provádějí. Převážná část dotazovaných uvedla: „Slovně se ptáme na jméno, jméno kontrolujeme taktéž z identifikačního náramku a dokumentace“. S2 se pacienta zeptá: „Na jméno, zkontroluju lék a pacienta s jeho dokumentací, zda jsou ve shodě“. S3 se zeptá na jméno pacienta a zkontroluje identifikační náramek.

Sestry byly dotazovány, jak zapojují pacienty do podávání léků. S1 uvedla: „Pacienty zapojujeme u podávání léků tím, že řekneme, jaké léky mu podáváme“. Dále S1 spolu s S6 dodaly, že u léků s poznámkou „p.p.“, tedy podle potřeby, se ptají, jak se pacient cítí a posléze lék podají či nikoli. S2 zapojuje klienty již při identifikaci. Také je pro ni důležité jak se pacient cítí, zda má bolesti, na jejich základě případně podává analgetika. S3 se ptá na bolest, nevolnost apod. S4 zapojí pacienta při identifikaci a následně při kontrole účinku léčiv. S5 také uvedla identifikaci a zeptá se, zda je vše v pořádku.

Schéma 6: „Podání a aplikace léku“



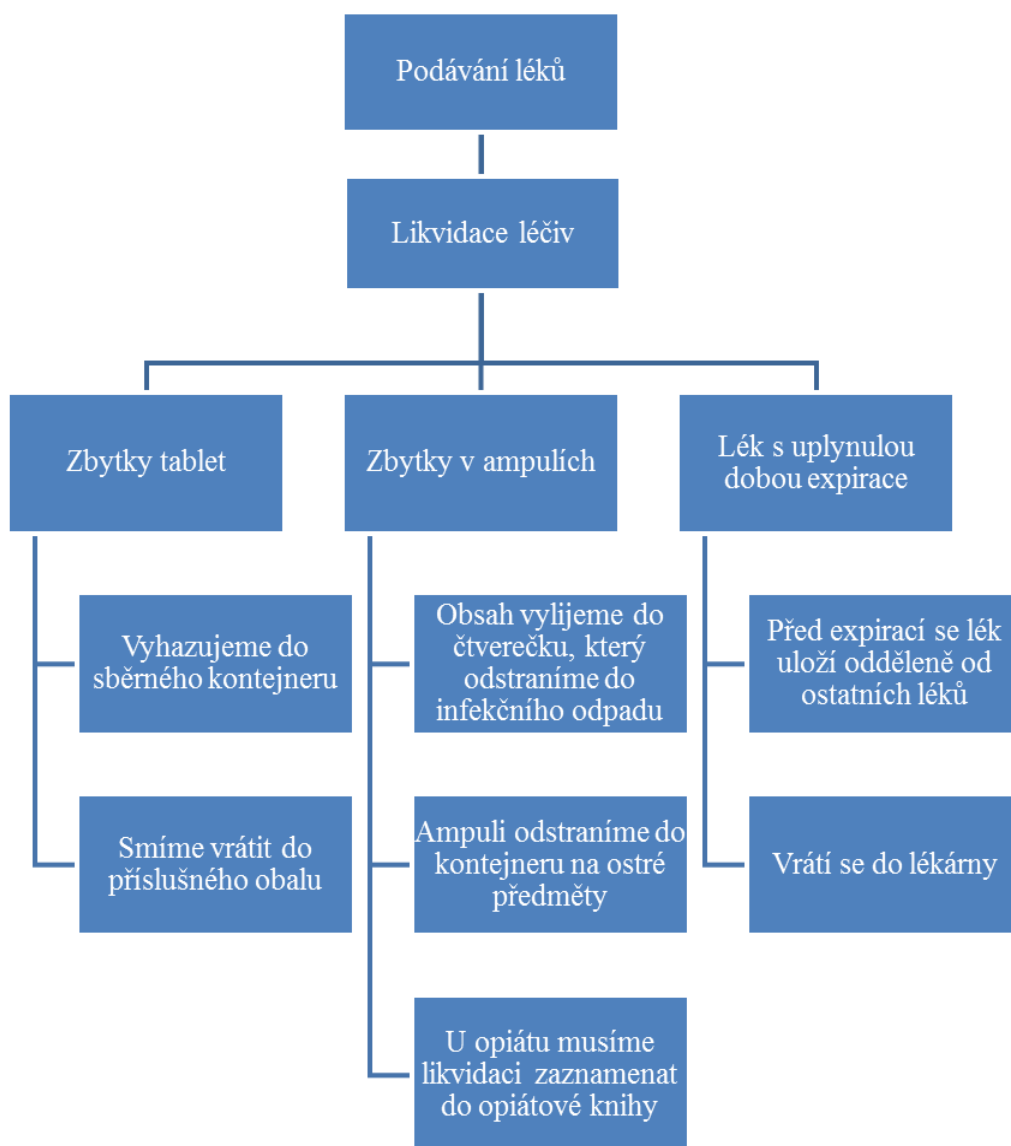
V podkategorii „**Podání a aplikace léku**“ nás zajímalo jakým způsobem respondentky zjišťují u pacienta alergie na určitá léčiva a kam je zaznamenávají. S1 spolu s S4 a S6 alergie zjišťují z příjmového listu pacienta, který je sepsán na ambulanci a také kontrolní otázkou na pacienta. S3 uvedla, že jsou alergie vyznačené v dekurzu. Spolu s S4 doplnila, že je lze zjistit také dle červeného identifikačního náramku na ruce pacienta. Všechny respondentky alergie následně zaznamenávají do ošetřovatelské anamnézy a teplotní tabulky, která je u lůžka pacienta. S1 a S6 je značí velkým červeným písmem.

Dále byl po sestřích požadován popis postupu podávání léků. S1 a S6 odpověděly: „Léky rozdává sestra, která má v konkrétní den „hvězdu“. S2 a S5 popsaly, že sestra s „hvězdou“ rozdává po celý den tablety a infuze. Sestru s „hvězdou“ definovala S1: „Nemá na starosti pokoje s pacienty, ale stará se o operanty, rozváží lékárnu, zajišťuje sterilizaci nástrojů a provádí příjem nových pacientů na oddělení“. S2 a S5 dodaly: „I.v. léky si připravují a podávají sestry, které mají přidělené pokoje“. Respondentky uvedly, že se léky podávají pomocí mobilní lékárny u každého z pokojů. S3, S4 a S5 doplnily: „Léky se nahazují do umělohmotných lékovek“. R4 přidala: „Lékovky dáváme na umytí sanitárce“. S3 popsala: „Po příchodu na pokoj oslovím konkrétního pacienta a podám mu léky, zeptám se na jeho stav“. S5 před podáním léku pacienta znovu identifikuje, i když jej zná. S3 dále uvedla: „Podané léky odškrtnu v dekurzu, aby bylo jasné, že byly podány“. Také S3 dodala, že u léků proti bolesti se značí intenzita bolesti do VAS škály a zaznamenává se čas podání léku. S1 a S2 upozornily na problém, kdy ráno nemají včas zdravotnickou dokumentaci od lékaře. S1 uvedla: „Mnohdy lékař vypíše dekurzy až v dopoledních hodinách, takže rozdáváme léky na etapy, podle toho, který pokoj je zrovna zpracován lékařem“. I když dochází k těmto nepříjemnostem, tak S1 a S3 řekly, že se snaží závislost léku na době podání dodržovat.

Náš zájem byl zacílen, jak respondentky zjišťují závislost léku na době podání a zda ji dodržují. S1 odpověděla, že závislost jí sdělí pacient nebo si to zjistí v systému v počítači. S3 závislost zjistí z příbalového letáku nebo od pacienta. S2 odpověděla, že je nikdo na tuto skutečnost neupozorní, ale spoustu léků už znají sestry samy. Dále S2 dodala, že: „Pokud se pacient sám o lék přihlásí a jedná se o jeho chronickou medikaci,

tak mu jej podle dekurzu z předešlého dne vydám“. Pokud je S4 a S5 upozorněna lékařem nebo pacientem na závislost léku na době podání, tak se snaží dodržet. S6 závislost léku na době podání zjistí od pacienta, z příbalového letáku nebo počítače.

Schéma 7: „Likvidace léčiv“



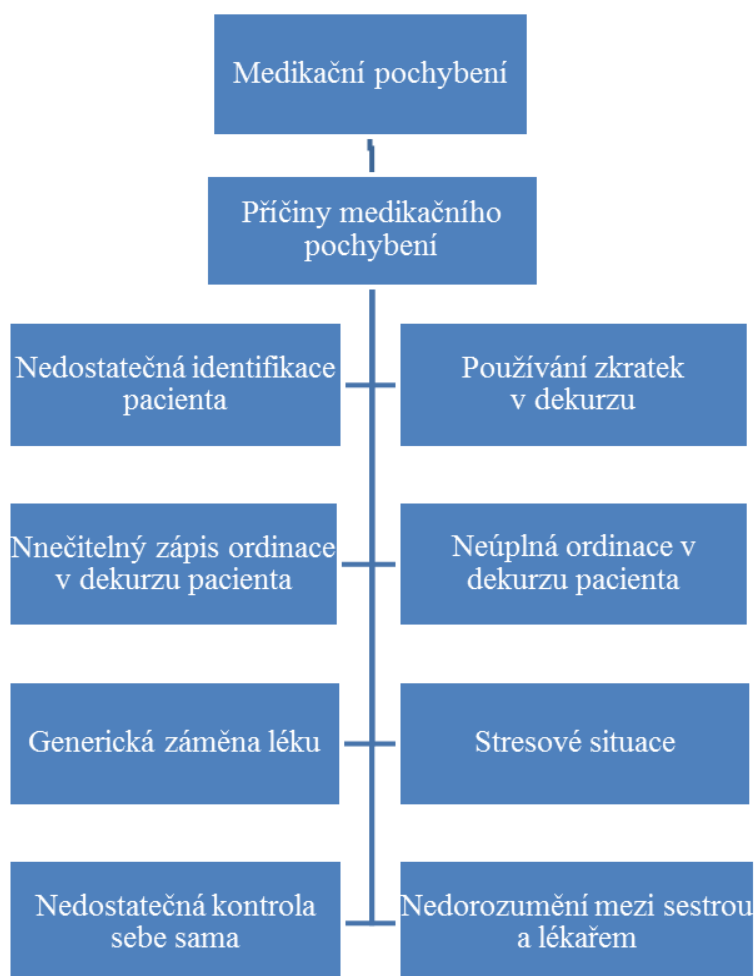
Oslovené sestry byly dotazovány jakým způsobem **likvidují léčiva**, tedy jak nakládají se zbytky léčiv ve formě tablet či v tekuté formě v ampulích. Většina respondentek odpověděla, že zbylé půlky tablet ukládají do sběrného kontejneru k tomu

určenému. S1, S5 a S6 podotkly: „Zbylé půlky tablet můžeme zpátky vrátit do příslušného obalu“. U zbytků léčiv v ampulích se všechny respondentky shodly, že obsah ampule vyprázdní do čtverečku, který odloží do infekčního odpadu a ampuli odstraní do kontejneru na ostré předměty. S3 doplnila: „Pokud je lék v ampuli opiát, tam musím likvidaci zaznamenat i do opiátové knihy, kdy se červeně poznamená do závorčky kolik se zlikvidovalo a podepíši se spolu se svědkem“. S1 spolu s S6 dodaly, že ještě než lék projde, označí jej červenou fixou a dají na tácek, aby byl v lékárně oddělen od ostatních léků. Snaží se spolu s S4 lék spotřebovat než projde jeho expirační doba. Všechny respondentky se závěrem shodly na tom, že pokud uplyne doba použitelnosti, lék se vrátí do lékárny.

4.1.2 Kategorie „Medikační pochybení“

Kategorii medikační pochybení tvoří pět podkategorií: „Příčiny medikačního pochybení“, „Prevence medikačního pochybení“, „Zkušenosti s medikačním pochybením“, „Indikátory kvality“, „Systém hlášení nežádoucích událostí“. Kategorie je zaměřena na znalosti sester o medikačním pochybení, jaká jsou úskalí podávání léků a na co sestry dávají pozor. Zajímalo nás, jak respondentky chápou systém hlášení nežádoucích událostí (NU) a jaké indikátory kvality ve vazbě na podávání léků sledují. Znalosti respondentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla vytvořena kategorie medikační pochybení.

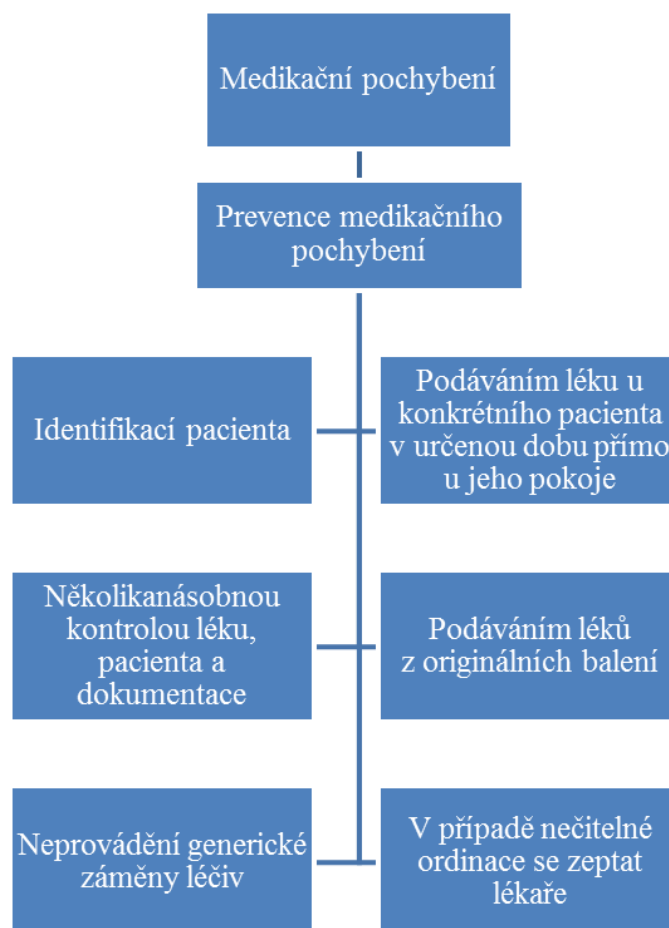
Schéma 8: „Příčiny medikačního pochybení“



První podkategorií jsou „**Příčiny medikačního pochybení**“. Po respondentkách bylo požadováno, aby vyjmenovaly možné příčiny vzniku medikačního pochybení. S1 s S6 uvedly nedostatečnou identifikaci pacienta. S1, S2 a S6 vidí jako riziko nečitelný zápis ordinace v dekurzu. S2 vadí používání zkratk v dekurzu a když lékař nenapíše u infuze rychlost podání. S3 zmínila: „Nedostupnost léku na oddělení a podání jiného v domnění, že je to ten se samým účinkem“. Dále vidí problém v ordinaci lékařem, kdy: „Nám neustále píše do dekurzů Tralgit, když máme Tramal nebo Amoksiklav, když vždy podáváme Augmentin“. S4 upozornila na stresové situace, v jejichž důsledku nemají sestry čas si po sobě věci překontrolovat. S4 ukázala na lékaře, kteří nepřepíší do dekurzu léky, které sestře sdělili pouze ústně. S5 uvedla: „Nedorozumění mezi

lékařem a sestrou“. Podle S6 je to nedostatečná kontrola sebe sama či neúplná ordinace v dekurzu.

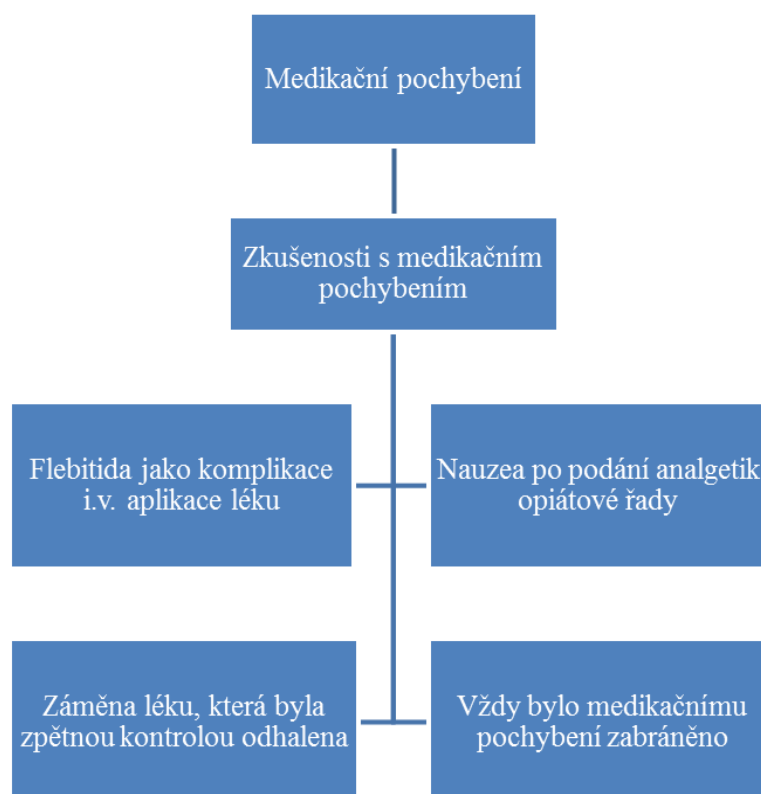
Schéma 9: „Prevence medikačního pochybení“



V podkategorii „**Prevence medikačního pochybení**“ jsme dotazem na respondentky chtěli zjistit, jakým způsobem se snaží předcházet vzniku medikačního pochybení. Respondentky se shodly, že především identifikací pacienta. S1 a S6 se snaží o několikanásobnou kontrolou léku, který podávají. S1 podává lék u konkrétního pacienta v určenou dobu přímo u jeho pokoje. S2 doplnila, že podává léky z originálních balení. S3 odpověděla, že pokud to jde, tak dává přesně ty léky vypsane v dekurzu a nevyhledává generika. Také uvedla, že v případě, kdy ordinaci nelze přečíst, se zeptá lékaře i za předpokladu, že na ni bude nepříjemný. S4 se přesvědčí

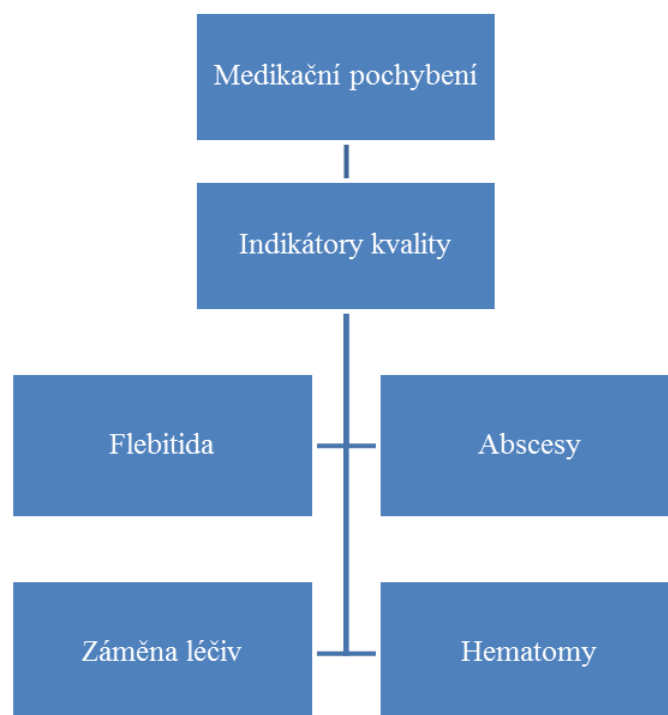
několikanásobnou kontrolou léku, pacienta a znovu dekurzu, zda skutečně podává ten správný lék.

Schéma 10: „Zkušenosti s medikačním pochybením“



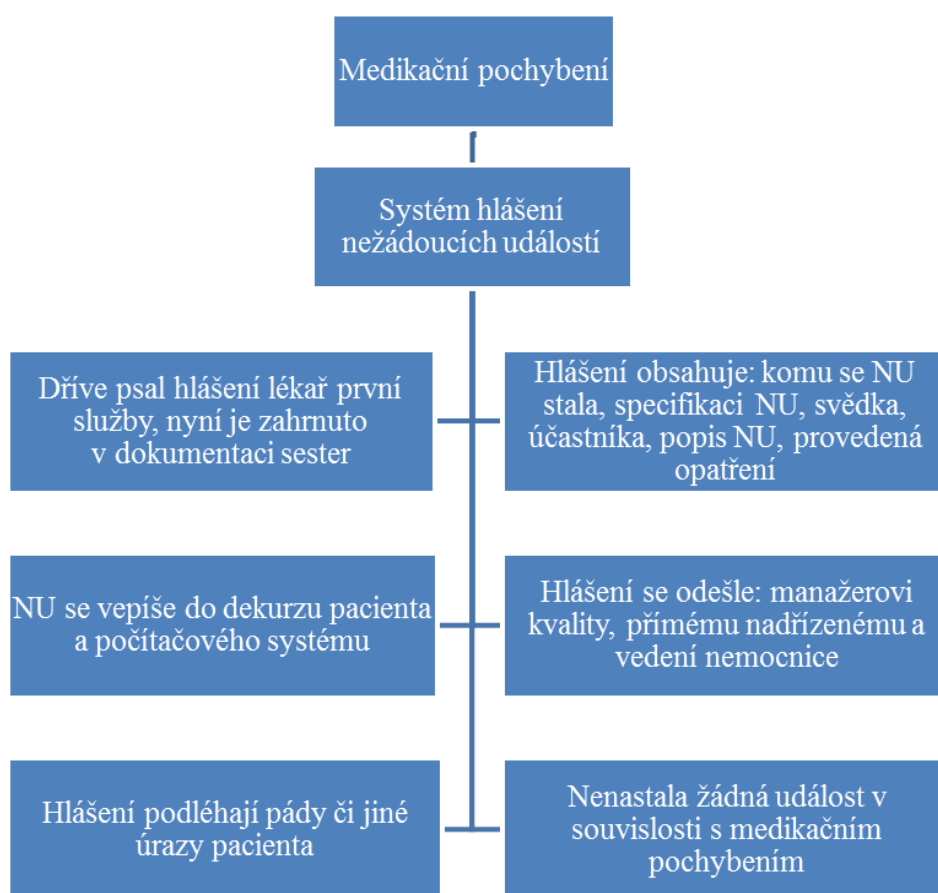
Cílem podkategorie „**Zkušenosti s medikačním pochybením**“ bylo vyhledat respondentky, které s medikačním pochybením již mají zkušenost. V okamžiku položení otázky, týkající se medikačního pochybení, sestry znervózněly. Vesměs všechny uvedly, že se s pochybením nesetkaly. Pouze S1 zmínila výskyt komplikace u i.v. aplikace, kdy se vyskytla flebitida. S5 přidala zkušenost s výskytem nauzey po podání některých analgetik opiátové řady, ale také hned podotkla, že to nebylo ničí vinnou. S6 otevřeně odpověděla: „Vždy pokud vím, bylo medikačnímu pochybení zabráněno. Stalo se mi, že jsem třeba nahodila jiný lék, ale zpětnou kontrolou jsem to zjistila a opravila se“.

Schéma 11: „Indikátory kvality“



V podkategorii „**Indikátory kvality**“. Byly sestry dotazovány, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče ve vazbě na podávání léků sledují. Respondentky uvedly flebitidu, jakožto komplikaci i.v. aplikace léčiv přes permanentní žilní katetr. S1, S5 a S6 dále sledují abscesy z důvodu podávání Veralu nebo Almiralu. S1 poznamenala, že může být také sledována záměna tablet nebo i.v. léků a hematomy. S3 sleduje pouze pády pacientů.

Schéma 12: „Systém hlášení nežádoucích událostí“



Zásadním prvkem v prevenci medikačních pochybení představuje hlášení nežádoucích událostí. Sestry byly dotazovány, v jakém rozsahu jsou se systémem seznámeny a jaké s ním mají zkušenosti. Bohužel bylo zjištěno, že sestry nemají dostatek informací o tom, co vše je bráno jako nežádoucí událost. Zahrnují do systému hlášení NU převážně pády či jiné úrazy pacienta. S1 s S6 poznamenaly, že dříve psal hlášení lékař první služby, nyní je zahrnuto v dokumentaci sester. Což je podle respondentek jen přidělování práce sestrám a ubírání povinností lékaři. S4 uvedla, že celé hlášení probíhá elektronicky přes počítač. S5 systém hlášení nežádoucích událostí viděla, ale prohlásila, že by ho měl provádět lékař první služby. S1 s S6 popsaly postup hlášení nežádoucí události takto: „V počítači si musíme přes konkrétního pacienta, u kterého se nežádoucí událost vyskytla, otevřít hlášení kde se vyplňuje: specifikace NU,

svědek, účastník, popis NU, opatření, které bylo na základě této události provedeno“. S2 systém hlášení nežádoucích událostí ještě nikdy nepoužila, ale ví, že se událost vepíše do dekurzu nemocného a do systému v počítači. S2 sice neví, co vše hlášení obsahuje, ale systém je má podle jejích slov navést. S3 do systému hlášení nežádoucích událostí zatím jen nahlédla. Dále S3 k systému uvedla, že se do něj zapisují pády pacientů. S4 hlášení vyplňovala spolu s lékařem v situaci, kdy si pacientka rozřízla prst. Do hlášení uvedla: „Co se událo, celou situaci jsem popsala, doplnila jsem svědka, jaká opatření jsem s lékařem provedla“. S1 vyplněné hlášení odešle: „Manažerovi kvality, přímému nadřízenému, tj. vrchní, staniční a primáři“. S4 s S6 hlášení odešle i vedení nemocnice. Dle S6 se přímý nadřízený k celé věci vyjádří. Podle S1 má vedoucí oddělení po nahlášení nežádoucí události udělat nápravné opatření. Také doplnila, že zatím neměli žádnou událost v souvislosti s medikačním pochybením, pouze pád pacienta.

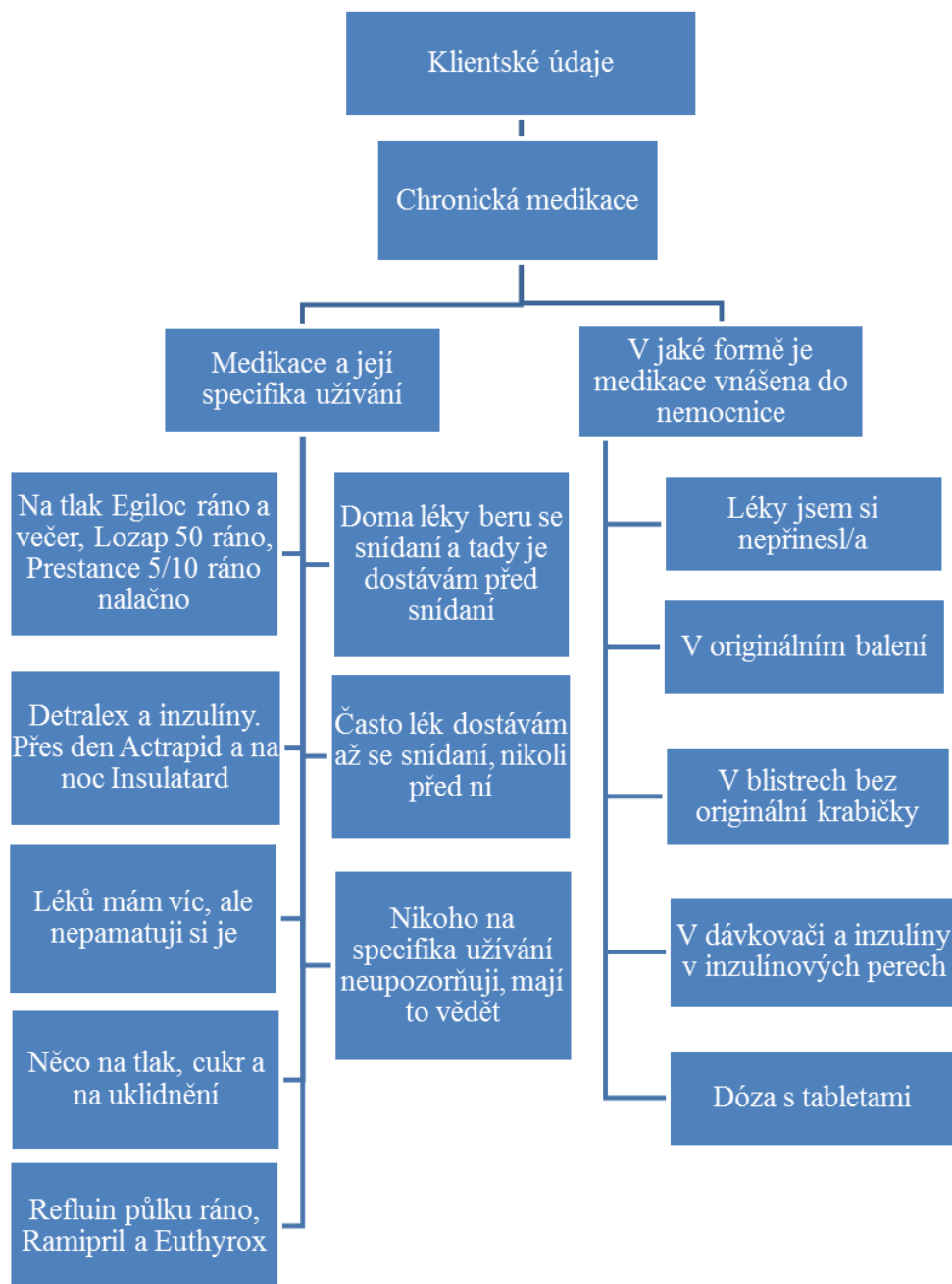
4.2 Kategorizace hloubkových rozhovorů s pacienty do schémat

Kategorizační skupiny jsou rozděleny do kategorií: „Klientské údaje“, „Podávání léků“ a „Medikační pochybení“.

4.2.1 Kategorie „Klientské údaje“

V kategorii chronická medikace byly vytvořeny dvě podkategorie: „Chronická medikace“ a „Alergie“. Cílem kategorie je zjistit, jak se pacienti orientují ve vlastní chronické medikaci. Dále pak jaké mají alergie na léčiva a zda na tuto skutečnost upozorňují zdravotnický personál. Odpovědi klientů byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla vytvořena kategorie patientské údaje.

Schéma 13: „Chronická medikace“

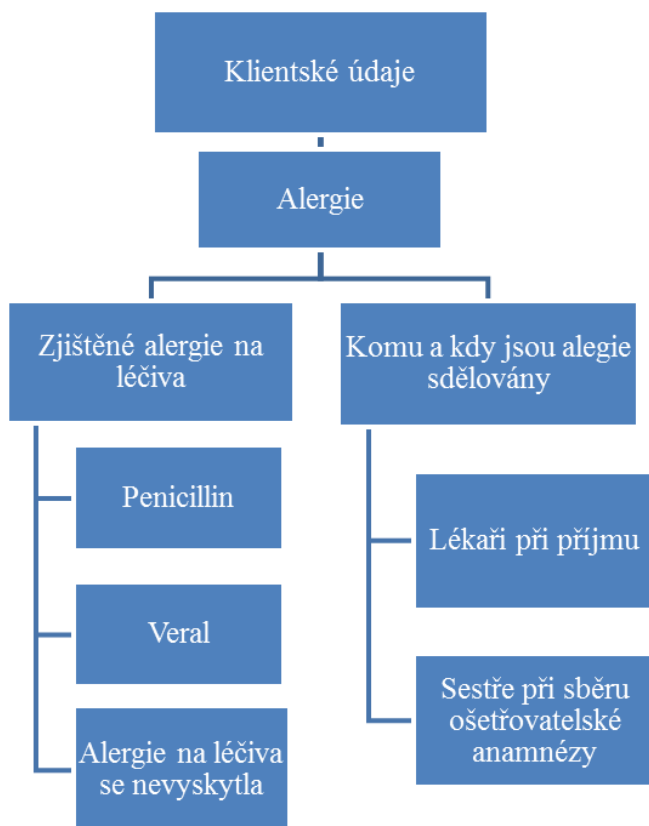


Cílem podkategorie „**Chronická medikace**“ bylo zjistit, jaký mají pacienti přehled nad svou chronickou medikací, jejím dávkováním a specifiky užívání. Většina klientů se ve své medikaci dobře orientuje. Ovšem čím více léků klienti užívají, tím nad nimi přehled ztrácejí. K1 uvedl, že užívá: „Na tlak Egiloc ráno a večer“. Dále se zmínila o léku na žaludek. K2 bere: „Na tlak Lozap 50 ráno“. K3 si názvy léků nepamatuje, má je

vypsány na papírku, který nosí v peněžence. Ví jen, že má nějaké léky: „Na tlak, na cukr a na uklidnění“. K4 užívá: „Rhefluin půlku ráno, Ramipril a Euthyrox“. K5 požívá: „Detralex a inzulíny. Přes den Actrapid a na noc Insulatard. Taky beru něco na tlak, léků mám víc, ale nepamatuju si je“. K6 užívá: „Na tlak Prestance 5/10 ráno nalačno“. Zajímalo nás, jaké bylo stanovené dávkování u chronické medikace. K1 odvětila: „Asi lék na žaludek co beru, by se měl brát před jídlem“. K2 uvedla: „Doma léky beru se snídaní a tady je dostávám před snídaní“. K3 užívá tablety na diabetes mellitus vždy před jídlem. K4 požívá Euthyrox ráno nalačno. Následně však poznamenala: „I když jsem na to sestřičky upozorňovala, tak mi lék nosí často až se snídaní“. K5 uvedl: „Na cukr se musí brát před jídlem, ale nikoho na to neupozorňuju, to mají vědět“. K6 odvětil, že by měl léky užívat ráno nalačno, ale někdy se stane, stejně jako u K4, že je dostane až se snídaní.

Klienti byli dotazováni v jakém množství a balení vnesli chronickou medikaci do nemocnice na plánovanou hospitalizaci. K1 si léky nepřinesla. K2 s K6 si sebou vzali dózu s tabletami. K3 si přinesla jen některé léky a to v blistrech bez originální krabičky. V originálním balení je sebou do nemocnice vnesla K4. K5 si léky donesl v dávkovači a inzulíny v inzulínových perech. K1, K2 a K3 dodali: „Sestřičky mi dávají léky z vlastních zásob“. Tudíž není potřeba sebou léky vnášet do nemocnice.

Schéma 14: „Alergie“

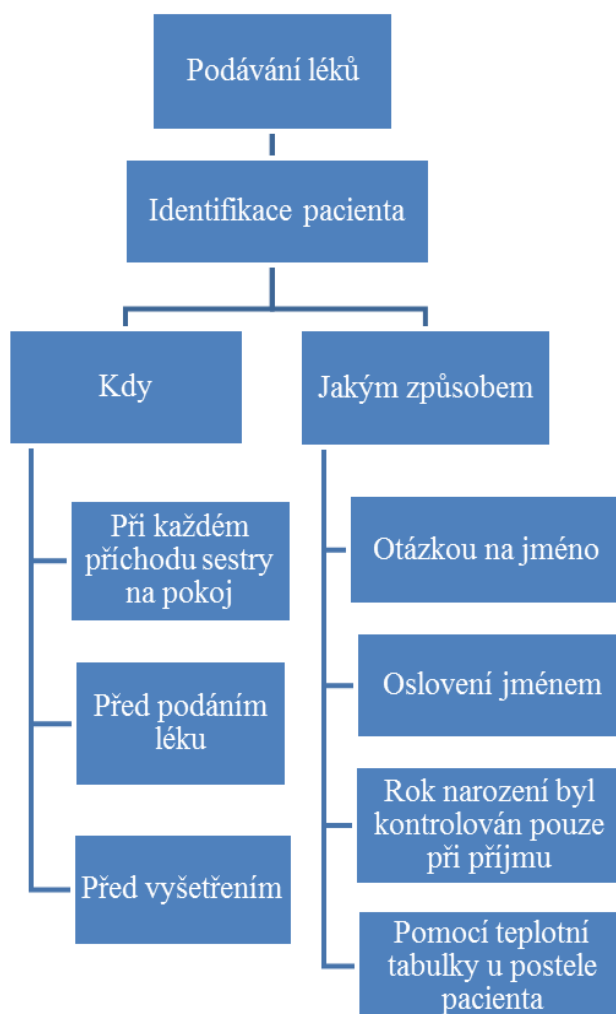


Podkategorie „**Alergie**“ zahrnuje zjištěné alergie u pacientů. Většina klientů odpověděla, že se u nich alergie na léčiva neprojevila. Pouze K1 uvedla alergii na Penicillin a K3 na Veral, po kterém otéká. Klienti sdělují alergie lékařům při příjmu a poté sestřím při vyplňování ošetrovatelské anamnézy.

4.2.2 Kategorie „Podávání léků“

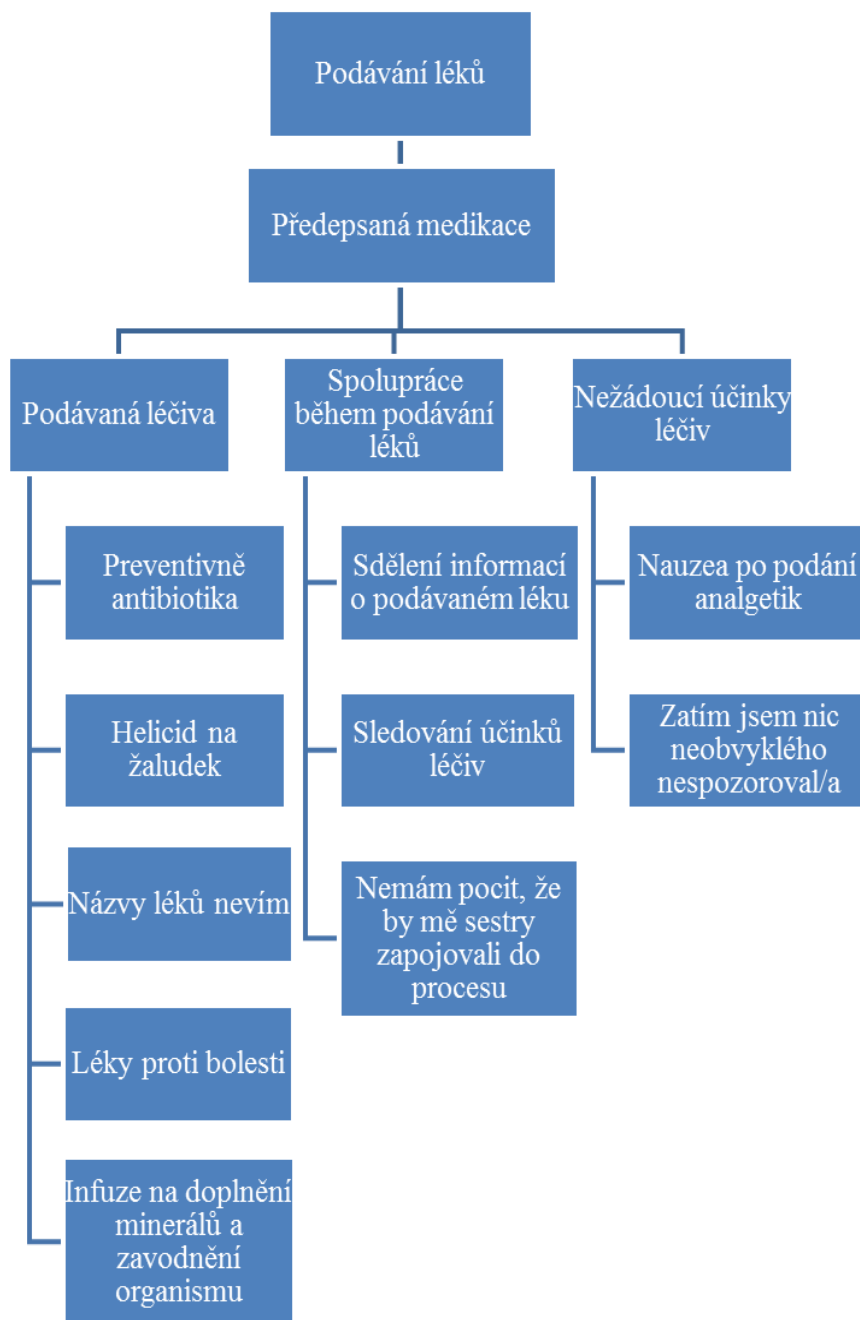
Kategorii podávání léků tvoří dvě podkategorie: „Identifikace pacienta“ a „Předepsaná medikace“. Ve kterých jsme se dotazovali pacientů, kdy a jakým způsobem u nich sestry provádí identifikaci. Dále jak jsou pacienti zapojováni po podávání léků. Zda se zajímají o medikaci ordinovanou na oddělení během hospitalizace a jak se v ní orientují. Odpovědi klientů byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla vytvořena kategorie podávání léků.

Schéma 15: „Identifikace pacienta“



K podkategorii „**Identifikace pacienta**“ většina klientů odpověděla, že u nich sestry provádějí identifikaci vždy, když jim rozdávají léky. K3 a K5 doplnili, že i v případě, kdy jedou na vyšetření. K2, K4 a K6 uvedli, že byli identifikováni při příjmu a poté při každém příchodu sestry na pokoj. U K4 byl kontrolován rok narození pouze při příjmu. Jediné K1 se sestry zeptaly na jméno. Ostatní klienty sestry oslovují jménem. K2 spolu s K6 doplnili, že se sestry při identifikaci také dívají na kartičku u postele. K4 dodala, že na kartičce je uvedené jméno s rokem narození.

Schéma 16: „Předepsaná medikace“



V podkategorii „**Předepsaná medikace**“ bylo zjišťováno, jakým způsobem klienty sestry zapojují do podávání léků. K1 a K2 uvedli, že jsou zapojováni do výkonu tím, že je jim sděleno, jaký lék dostávají. Také je sledována reakce pacienta na podaný lék. K3, K4 a K5 se sestry ptají, zda nemá bolest a jak se cítí. K4 dodal: „Přinesou léky a

řeknou, že to jsou ty moje co беру i doma nebo že mi nesou něco navíc“. U K5 sestry měří glykemický profil, na jehož základě mu následně podávají inzulín. Dále zjišťují, co klient po podání inzulínu snědl a jak se cítí. K6 odpověděl: „Nemám pocit, že by mě zapojovali, dají mi co mají a odejdou“.

Na otázku jaké léky klienti užívají v nemocnici mimo svou chronickou medikaci K1 odpověděla: „Léky na žaludek Helicid“. Také uvedla spolu s K2 a K6, že po operaci dostávali preventivně antibiotika. K1 požívá léky proti bolesti ve formě čípků nebo tablet, ale název léků neví. Byly jí podávány taktéž infuze na doplnění minerálů a zavodnění organismu. K2 během rozhovoru ukázala na infuzi, která jí v tu chvíli kapala, že se jedná o nějakou výživu. Intravenózně jí je podáván i lék proti bolesti. K3 dostává lék na odkašlávání a spolu s K4 sirup proti zácpě. K4 jako jediná uvedla název léku proti bolesti, který v nemocnici užívá a to Tramal. K5 dostával infuze kvůli nedostatečné výživě v pooperačním období, nyní jí plnohodnotnou stravu tudíž je bez parenterální podpory. K6 jsou podávány infuze s minerály, injekce proti bolesti a večer injekce na ředění krve jako prevence srážení krve.

Dávkování léčiv, které se u pacientů upravuje dle naměřených fyziologických či laboratorních hodnot jsou podle K1 léky na vysoký krevní tlak. Ty sestry klientce podávají podle zjištěné hodnoty krevního tlaku. Stejně tak je tomu u K2, která dle naměřených hodnot dostává Lozap. Krevní tlak se sledován i u K4. Ta dále uvedla, že již skoro nepocítuje bolest, tudíž pomalu vysazuje léky proti ní. K3 a K5 sestry měří glykemický profil na jehož základě aplikují inzulín. Podle K6 se žádná z podávané medikace nijak neupravuje.

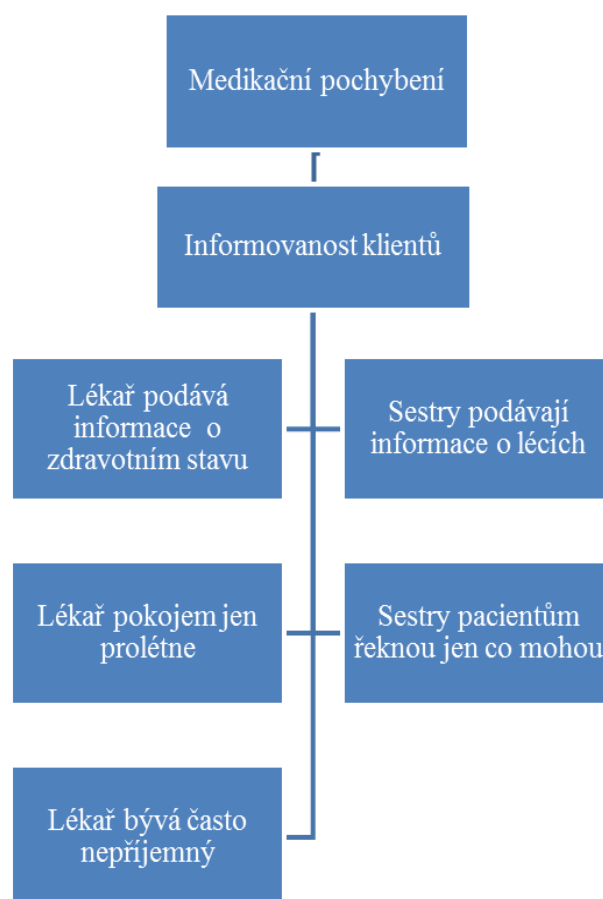
Nežádoucí účinky se u dotazovaných klientů nevyskytly, jen K4 uvedla: „Po operaci jsem dostala nějakou injekci proti bolesti a bylo mi po ní na zvracení“.

4.2.3 Kategorie „Medikační pochybení“

V kategorii medikační pochybení byly vytvořeny dvě podkategorie: „Informovanost klientů“ a „Kontrola podávané medikace“. Klientů jsme se ptali, kdo jim poskytuje informace o zdravotním stavu a ordinovaných léčivech. Také zda jsou schopni upozornit zdravotnický personál na možné pochybení během podávání léků.

Odpovědi klientů byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla vytvořena kategorie medikační pochybení.

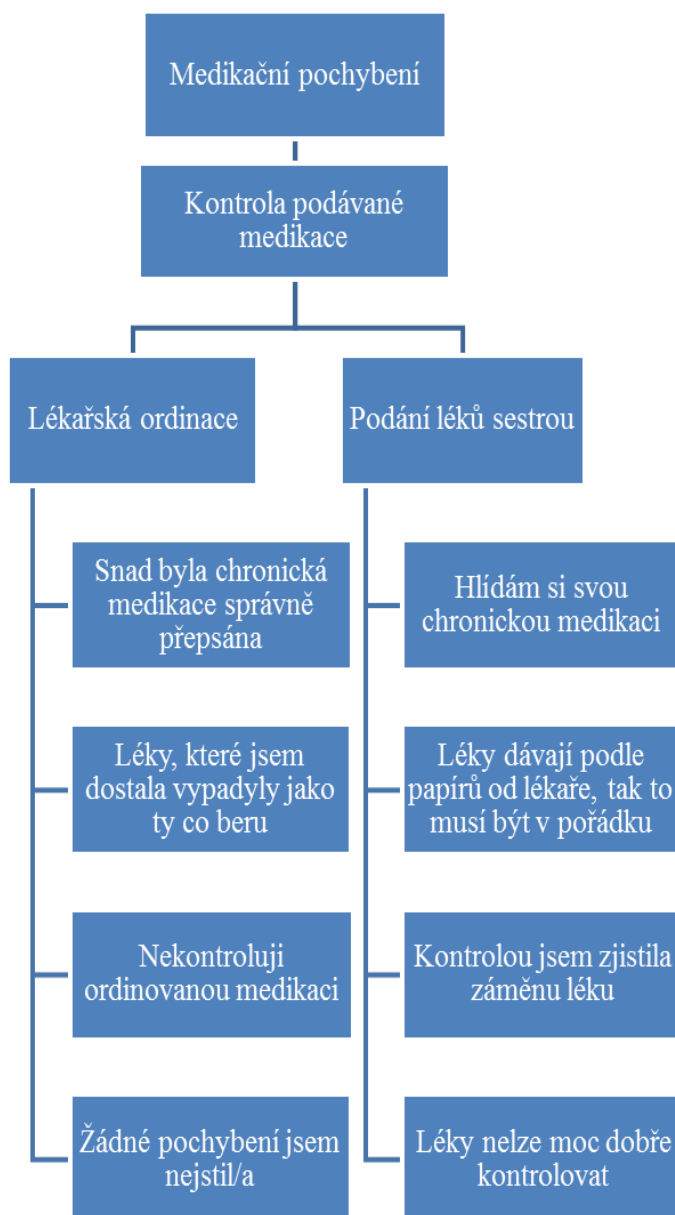
Schéma 17: „Informovanost klientů“



Podkategorie „**Informovanost klientů**“ značí nedostatečné podávání informací o ordinované medikaci ošetřujícím lékařem. Dle výpovědí dotazovaných klientů je o lécích instruují spíše sestry. K1 poznamenala: „Doktor by nám to měl říct, ale on tady vždycky jen prolétne a sestřičky ty nám řeknou jen co můžou“. Oproti tomu s K2 lékař vždy konzultuje aktuální zdravotní stav a upravuje medikaci. K3 uvedla: „Něco mi lékař vždycky řekne, chodí sem docela často. Sestry mi řeknou o lécích“. K4 se na potřebné informace ptá lékaře, i když ten bývá podle jejích slov často dosti nepříjemný. Stejný pocit z ošetřujícího lékaře má i K6, ale jak dodává: „O stavu mě informuje a léky

spíš řeším se sestrami“. K5 řekla: „Doktor mě informuje o mém stavu, co se se mnou bude dít dál a podává informace i mé rodině. Léky se mnou moc neřeší, jen jestli má třeba připsat něco proti bolesti“.

Schéma 18: „Kontrola podávané medikace“



Podkategorie „**Kontrola podávané medikace**“ zahrnuje kontrolu ordinované medikace ošetřujícím lékařem a postupu podání léku sestrou. K1 pozná svou chronickou medikaci podle tablet. U ostatních léků spoléhá na důslednost sestry, která klientce vždy sdělí o jaké léky se jedná. Stejně je tomu u K2, která plně věří sestřím. K3 podávanou medikaci nekontroluje, nýbrž jak uvedla: „Nemyslím si, že by mě chtěli otrávit nebo tak. Dávají to podle papírů od lékaře, tak to musí být v pořádku“. K4 odpověděla, že léky nelze moc dobře kontrolovat. Podle jejích slov si hlavně hlídá: „Abych dostala to co беру už dlouhodobě“. K5 se ptá: „Kolik mám cukru a kolik mi píchají jednotek, ale jinak se neptám, většinou mi řeknou co mi dávají“. K6 má naučené intervaly podávání antibiotik, které si důsledně hlídá. Ráno dostává Prestance a podle potřeby injekci proti bolesti. Když se mu lék nezdá, tak se zeptá sestry.

Klienti uvádějí, že **lékaře nekontrolují**. Dotázaná K2 odpověděla: „Já jsem lékařovi nahlásila co беру a když mi přinesli léky, tak vypadaly jako ty co беру“. K3 odevzdala při příjmu papír s užívanou chronickou medikací a jak dodala, doufá, že byla správně přepsána do chorobopisu. K4 žádné pochybení ze strany lékaře zatím nezjistila. K5 přiznal, že si nepamatuje svou chronickou medikaci, tudíž nekontroluje ani ordinovaná léčiva během hospitalizace. K6 dodává, že pochybení lékaře by zjistil stejně až tehdy, kdyby mu špatně podala medikaci sestra. V tom případě by upozornil na chybu ji.

Možného pochybení ze strany sester během podávání léků si nebyl žádný z klientů vědom. Na dotaz ohledně kontroly podávání léků sestrou K1 reagovala podrážděně: „Sestřičky jsou moc hodné, to je jako bych na ně měla házet špínu“. K2 s K6 uvedli, že v případě kdyby lék vypadal jinak než obvykle, tak by se zeptali o jaký lék se jedná. K3 by taktéž upozornila na možné pochybení, ale jak doplnila, příliš nekontroluje to, co dostává, z důvodu velkého množství užívaných léčiv. K4 podávanou medikaci sleduje: „Takto jsem třeba zjistila, že mi dávají jiné léky než беру, ale prý účinkují stejně“.

5 DISKUZE

Ke zpracování diplomové práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Zvolena byla metoda dotazování, spolu s technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly vedeny se sestrami, které pracují na Chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a pacienty, hospitalizovanými minimálně po dobu tří dnů na tomto oddělení téže nemocnice.

Pro vypracování diplomové práce bylo stanoveno pět cílů. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry znají doporučený ošetrovatelský postup podávání léků pacientům. Druhým cílem bylo zjistit, jaká jsou nejčastější pochybení během podávání léků sestrou. Třetím cílem bylo identifikovat nejčastější příčiny medikačních pochybení. Čtvrtým cílem bylo popsat preventivní mechanismy snižující riziko medikačního pochybení. Posledním pátým cílem bylo zjistit způsob zapojení pacientů do procesu bezpečného podávání léků.

5.1 Diskuze - rozhovory se sestrami

Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry znají doporučený ošetrovatelský postup podávání léků pacientům. Zajímalo nás, jaké mají sestry znalosti o správném postupu. Spojená akreditační komise (2014) popisuje pravidla pro bezpečné podávání léků pacientům. Základním pravidlem je podávat léky z originálního balení, které si sestra přinese až k lůžku pacienta. Využije vozík nebo podnos. Léky pacientovi podává pouze jedna sestra, která je za pacienta odpovědná. Léčiva jsou podávána podle ordinace v aktuálním dekurzu. Ordinance léku má přesně daná pravidla. Obsahuje název, dávku, formu, cestu podání, čas nebo interval. Pokud toto ordinance nesplňuje, sestra lék nepodá.

Výsledky výzkumu ukazují, že sestry znají postup podávání léků, ale nedodržují všechny jeho náležitosti. Léky rozdávají pomocí mobilní lékárny. Nejezdí však až k lůžku pacienta, nýbrž k pokoji a léky pacientovi přinesou již připravené. Léky

nepodává pouze jedna sestra, ale výkon je rozdělen mezi více pracovníků. Podávání tablet a infuzí všem pacientům na oddělení podle všeho zabezpečuje sestra, která ten den nemá přiřazené pacienty. Zbylé léky, tj. léky pro i.v. aplikaci podávají sestry s přiřazenými pokoji (viz schéma 6: „Podání a aplikace léku“). Otázkou je, zda je tento způsob dělení práce zajistí bezpečnost pacientům. Dle Spojené akreditační komise (2014) před podáním léku sestra ověří totožnost pacienta, tj. identifikační náramek a jméno s příjmením (dotazem "Jak se jmenujete?"). Respondentky identifikaci provádějí dle jejich slov opakovaně během dne a to před každým výkonem či vyšetřením. Ptají se pacienta na jméno, kontrolují jeho identifikační náramek a dokumentaci (viz schéma 5: „Bezpečná identifikace pacienta“). Spojená akreditační komise popisuje dvojí kontrolu správnosti léku, při vyndání z originálního balení a při vracení zpět. Vnitřní předpis Nemocnice České Budějovice, a.s. definuje třístupňovou kontrolu léku, tj. převzetí léku do rukou při přípravě z originálního balení, kontrolu léku při vracení balení do vozíku a odškrtnutí jeho podání v dokumentaci pacienta (Filka, 2015). Dotazované sestry vypověděly, že před podáním léku jej znovu kontrolují s dokumentací pacienta. Nepopisují však ani jednu z výše uvedených kontrol léku. Podání léku následně odškrtnávají v dokumentaci a sledují pacientovu reakci na podané léčivo (viz schéma 6: „Podání a aplikace léku“). Léky pacientům sestry vydávají z lékárny, ale i z pacienty vnesených léčiv z domova. Dokonce jedna respondentka přiznala, že podává léky, i když nejsou zabaleny v originálním balení, postačí jí, že jsou zabaleny v blistru (viz schéma 4: „Uložení léků na ošetrovatelské jednotce“). Sestra zřejmě není plně seznámena s vnitřními předpisy nemocnice. Tímto jednáním porušuje standard ošetrovatelské péče o Podávání léků a vnitřní předpis o Objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv vydanými Nemocnicí České Budějovice, a.s. Standard Podávání léků jasně říká, že léky podáváme pouze z originálního balení (Komise pro tvorbu standardů, 2010). Vnitřní předpis Objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv upravuje podmínky nakládání s léky přinesenými pacienty z domova. Vzhledem k tomu, že není u těchto léčiv známý původ, podmínky skladování v domácím prostředí ani doklad o nabytí, lze je podat pouze výjimečně a to u vzácných a nákladných léčiv (Filka, 2015). Problém se vyskytl při výpovědi respondentek o

dodržování závislosti léku na době podání. Závislost zjistí od pacienta, z příbalového letáku či počítačového systému. Jen dvě respondentky uvedly také lékaře. Obtížné je podle všeho dodržovat dobu podání. Respondentky poukazují na lékaře, který po ranní vizitě dlouho zpracovává zdravotnickou dokumentaci. Respondentky tak často rozdávají léky až v dopoledních hodinách. Což jednak nabourává harmonogram oddělení a poškozuje pacienty, kteří jsou závislí na době podání léku. Jedna z respondentek dodala, že pokud se jedná o chronickou medikaci a pacient se o lék přihlásí, tak mu jej vydá podle dekurzu z předešlého dne (viz schéma 6: „Podání a aplikace léku“). Z rozhovorů je patrný narušený interpersonální vztah mezi lékařem a sestrami. Bártlová (2010) zdůrazňuje spolupráci lékaře a sestry, která by měla být na úrovni partnerského vztahu. Rozporům při vzájemné komunikaci je třeba předcházet. Obě strany vztahu by měli znát a respektovat svoje práva i povinnosti, a to ještě dříve než budou zdravotní péči poskytovat. Z výzkumu, který Bártlová vedla je zřejmé, že nejsou ve zdravotnických zařízeních příliš organizována setkání k problematice interpersonálních vztahů a setkání k problematice společné komunikace mezi lékaři a sestrami.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, jaká jsou nejčastější pochybení během podávání léků sestrou. Zajímalo nás, jaká jsou nejčastější pochybení v procesu podávání léků na Chirurgickém oddělení. Výsledky statistického šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2015) ukazují, že nejčastějším pochybením v souvislosti s podáváním léčiv na chirurgickém oddělení je záměna léčiva. Vyskytuje se nejvíce u žen nad 65 let, a to ve 46%. Nejčastěji dochází k fyzickému poškození pacienta ve 26% s následným monitorováním stavu. Marx (2014) uvádí, že záměna léku je druhým nejčastějším případem komplikace během hospitalizace pacienta. V provedených rozhovorech sestry nechtěly uvést své zkušenosti s medikačním pochybením. Byla na nich patrná nervozita a obavy z přiznání nepříjemné zkušenosti. Jedna respondentka přiznala, že se skoro dopustila medikačního pochybení a to záměny léku, ale zpětnou kontrolou mu zabránila. Jiná se setkala s nežádoucím účinkem po podání analgetik a vznikem flebitidy po intravenózní aplikaci léku (viz schéma 10: „Zkušenosti s medikačním pochybením“). Přestože respondentky úmyslně neuvedly příklad medikačního pochybení, tak v jejich výpovědích byly shledány rizikové oblasti,

vedoucí k medikačnímu pochybení. Těmi se zabýváme v následujícím cíle o identifikaci nejčastějších příčin medikačních pochybení.

Třetím naším cílem bylo identifikovat nejčastější příčiny medikačních pochybení. Dotazovali jsme se, jaké jsou nejčastější příčiny medikačních pochybení na Chirurgickém oddělení. Kašková (2012) jmenuje nadměrné pracovní zatížení sester. Karlecová (2011) se na základě výzkumu domnívá, že nejčastějšími příčinami medikačních pochybení jsou nečitelné a nejasné ordinace, stres a únava. Marx (2013) s touto autorkou souhlasí. Dále do příčin zařadil generickou záměnu léku sestrou. Námi dotazované sestry uvedly jako nejčastější příčinu medikačního pochybení nečitelný zápis lékařské ordinace v dekurzu. Také jmenovaly neúplnou ordinaci lékařem, kdy například nevypíše u infuze rychlost podání nebo nespecifikuje časy podání léku. Dále se jedná o používání zkratk v dekurzu, nedostupnost léku na oddělení s následnou záměnou léku nebo nedostatečnou identifikaci pacienta. Stěžejním faktorem jsou též stresové situace nebo nedorozumění mezi sestrou a lékařem. Respondentky poukázaly i na situaci, kdy lékař opomene provést zápis do zdravotnické dokumentace pacienta o podání léku po předešlé telefonické ordinaci. V neposlední řadě také uvedly nedostatečnou kontrolu sebe sama (viz schéma 8: „Příčiny medikačního pochybení“). Vysoce rizikovým je také případ, kdy sestry nemají k dispozici ordinovaný lék na oddělení. Pokud si lék nemohou vypůjčit z jiného oddělení, tak vyhledají generikum. To lze podle všeho dohledat v počítačovém systému. Je však k uvážení, zda je tento systém neomylný a dá se na něj stoprocentně spolehnout. Vnitřní předpisy nemocnice ani tuto možnost využití systému pro vyhledávání generik neupravují. Dostáváme se opět k špatné spolupráci zdravotnického týmu. Lékař by se měl správně orientovat v rozšířeném systému objednávání léků. Při elektronickém objednávání léků by měl vidět na monitoru, který lék je v danou chvíli v lékárně na skladě, jaká jsou jeho generika a zdali jsou v nemocniční lékárně k dispozici či ne. Plevová a kol. (2013) uvádí, že předcházení nežádoucím událostem spočívá hlavně v efektivní týmové spolupráci. Dle Duchoňa a Šafránkové (2008) je k řešení problémů potřebný komplexní a součinný přístup týmu. V týmové spolupráci je zapotřebí naslouchat druhým, kooperativní odezva na názory ostatních, vyjádření pochybností ve prospěch plnění

úkolů, pomoc jednotlivým členům týmu, kteří to potřebují. Dle Marxe a Vlčka (2014) musí být upraveno vnitřním předpisem nemocnice několik oblastí pro zvýšení bezpečnosti hospitalizovaných pacientů. První oblastí je definování minimálních náležitostí ordinace a minimální rozsah údajů potřebných k identifikaci pacientů. Další oblastí je proces při provádění generické záměny léků, které jsou ordinovány na lůžkovém pracovišti. Zaznamenává se i postup při podmíněné ordinaci léků, značený jako „podle potřeby“ a ordinace s terapeutickým rozptylem. Filka (2015) vymezuje vnitřním předpisem Nemocnice České Budějovice, a.s. náležitosti preskripce. Zdůrazňuje, že lékaři předepisují léčiva čitelně, minimálně název léku tiskacím písmem. Jasně vyznačí lékovou formu, koncentraci, dávkování, čas a způsob podání. Léčiva lékaři předepisují rozepsanou formou tak, aby podle předpisu bylo možno léčiva přímo podávat. V preskripci vždy uvede nezkrácený čitelný název léčiva. Dále dokument říká, že záměna je možná pouze se schválením ordinujícího, ošetřujícího nebo službu vykonávajícího lékaře. Ten tuto skutečnost musí vyznačit v preskripci s přesnou ordinací genericky totožného léku, přičemž původní lék musí vysadit. Zápis opatří svým podpisem a jmenovkou. Podmíněná ordinace lékařem musí být přesně definována, tj. vyznačena a určena maximální frekvence a minimální časové rozpětí mezi jednotlivými dávkami.

Čtvrtým cílem bylo popsat preventivní mechanismy snižující riziko medikačního pochybení. Dotazovali jsme se na preventivní mechanismy, kterými je snižováno riziko medikačního pochybení na Chirurgickém oddělení. Vlček a kol. (2010) zdůrazňuje využití systému hlášení nežádoucích událostí (NU), jakož systematického sběru dat, hledání příčin a jejich využití k zvýšení bezpečnosti farmakoterapie. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2015) podotýká, že hlášení NU mohou být pro zdravotnická zařízení cennou informací týkající se efektivity jejich systému hlášení nežádoucích událostí a indikátorem stavu jejich kultury bezpečí. Bez dobře zavedeného systému hlášení nelze v daném zdravotnickém zařízení účinně předcházet jejich opětovnému výskytu. Dle našeho výzkumu se však sestry nezdají dostatečně motivovány k hlášení nežádoucích událostí. Systém berou spíše jako stěžení a přidávání práce. Poukazují na lékaře, který měl dříve za povinnost hlášení psát a dnes

je hlášení NU kompetencí sestry. Jedna z respondentek uvedla, že hlášení vyplňovala za spolupráce lékaře. Proto by dle našeho názoru každé takové hlášení NU měl lékař se sestrou vyplňovat společně, aby nevznikaly zbytečné konflikty. Dále se domníváme, že sestry nemají dostatek informací o tom, co vše je bráno jako nežádoucí událost. Hlášení podle většiny z nich podléhají pouze pády či jiné úrazy pacienta (viz schéma 12: „Systém hlášení nežádoucích událostí“). Filka (2010) ve směrnici pro Nemocnici České Budějovice, a.s. definuje nežádoucí událost, jako jakoukoliv událost vzniklou v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, vedoucí k poškození nebo riziku poškození pacienta, zaměstnance nebo jiné osoby. Sledovány jsou v nemocnici mimo jiné právě medikační incidenty. Patří sem pochybení při podání léčiv či infuzí. Do něj se řadí chybně předepsaná či podaná dávka léčiva/infuze, záměna léčiva/infuze, záměna pacienta, nevhodná léková forma nebo způsob podání. Sleduje se také nežádoucí účinek léčiva. K našemu uspokojení až polovina dotazovaných sester správně uvedla, co má hlášení obsahovat. Patří do něj specifikace NU, svědek, účastník, popis NU a opatření, které bylo na základě této události provedeno. Nejsou si však jisté ve výběru osob, kterým hlášení NU mají zaslat. Tuto informaci jim však může sdělit staniční sestra, která se má na hlášení podílet. Druhá polovina dotazovaných sester systém hlášení NU viděla, ale ještě jej nepoužila (viz schéma 12: „Systém hlášení nežádoucích událostí“). Mezi indikátory kvality, které jsou na Chirurgickém oddělení sledovány ve vazbě na podávání léků, sestry řadí pouze výskyt flebitidy a abscesu. Jedna z dotazovaných uvedla, že může být sledována i záměna tablet nebo i.v. léků a hematomy. Nezmínila však, zda to opravdu provádějí (viz schéma 11: „Indikátory kvality“). Všeobecně sestry předcházejí medikačnímu pochybení opakovanou identifikací pacienta, kontrolou léku a dokumentace. Léky podávají ve stanovenou dobu pomocí mobilních lékáren přímo u pokoje pacienta. Mimo jedné respondentky, ostatní uvádějí, že podávají léky pouze z originálního balení (viz. kategorie podávání léků). Pokud je to možné, neprovádějí generickou záměnu léku. Opakovaně se ujistí, že lékařské ordinaci porozuměly (viz schéma 9: „Prevence medikačního pochybení“).

Pátým cílem bylo zjistit způsob zapojení pacientů do procesu bezpečného podávání léků. Zajímali jsme se, jakým způsobem jsou pacienti zapojeni do procesu

bezpečného podávání léků. V současnosti se mění role pacienta, jakožto pasivního příjemce ošetrovatelské péče, na aktivního účastníka v zajištění bezpečné ošetrovatelské péče. Pacienti se raději zapojí do péče, pokud je o to zdravotnický personál požádá (Brabcová a kol, 2014). Pacienti by měli znát název léku, který jim je předepsán, jak tento lék vypadá a z jakého důvodu je ordinován. Jakým způsobem se lék užívá, v jaké frekvenci a dávce. Pacient by měl být obeznámen i s výskytem možných vedlejších účinků (Involving Patients in Improving Safety, 2013). Námi dotazované sestry, dle svých slov, zapojují pacienta do podávání léků identifikací, dotazem na aktuální stav, informováním o podávaném léku a následnou kontrolou účinků léku. Sestry blíže neuvádějí, jaké informace o léčivech pacientům podávají. Podle jejich výpovědí se jedná pouze o udání důvodu, proč má být lék užit. Aktivně pacienta do bezpečného podávání medikace nezapojují, spíše ho berou jako pasivního příjemce ošetrovatelské péče (viz schéma 5: „Bezpeční identifikace pacienta“). Dle Brabcové a kol. (2015) by však měli být pacienti vybízeni ke spolupráci. Jejich pozornost a upozornění na chyby, které se dle jejich názoru během léčebného procesu staly nebo mohly stát, mohou být přínosem nejen pro ně samotné, ale i pro zdravotnický personál.

5.2 Diskuze - rozhovory s klienty

Zde jsme se zaměřili na **znalosti klientů o své chronické medikaci**. Jaký mají přehled nad svou chronickou medikací, jejím dávkováním a specifiky užívání. Klienti se orientují ve své medikaci v případě, mají-li jen několik léků. Čím více léků užívají, tím nad nimi ztrácí přehled. Většina klientů dokázala vyjmenovat názvy léků, jejich indikaci i dávkování. Jen malý počet z dotazovaných si však vzpomněl na množství účinné látky. Problém klienti mají při určení specifik užívání léčiv. Většina klientů nezná **závislost léku na době podání**. Buď na ni nejsou upozorněni lékařem, lékárníkem nebo si ji nepřečtou v příbalovém letáku. Ti, kteří znají specifika užívání léků, předem upozorní zdravotnický personál. Avšak jeden z dotazovaných podotkl, že specifika užívání má zdravotnický personál vědět a tudíž jim je nesděluje. Dva klienti uvedli, že sestře sdělili závislost léku na době podání, a to ráno nalačno, ale toto specifikum nebylo dodrženo.

V tomto případě se sestry obhajovaly tím, že nemají ráno včas k dispozici zdravotnickou dokumentaci pacientů (viz schéma 13: „Chronická medikace“).

Chronickou medikaci pacienti do nemocnice nevnášejí, a když tak v dávkovačích nebo v neoriginálních baleních. Léky jsou od nich ihned při příjmu odebrány a podávány jsou léky z lékárny na oddělení. Pouze v případě speciálních léků, sestry léky neobjednávají, ale podávají je z přinesených léčiv pacienty z domova (viz schéma 13: „Chronická medikace“).

Alergie na léčiva se vyskytla u dvou klientů a to alergie na Penicilin a Veral, po kterém trpí otoky. Klienti alergie sdělují lékaři při příjmu a sestřám při vyplňování ošetrovatelské anamnézy (viz schéma 14: „Alergie“). Sestry zjištěné alergie zaznamenávají nejen do ošetrovatelské anamnézy, ale také do teplotní tabulky, která je u lůžka pacienta. Alergie se značí velkým červeným písmem (viz schéma 6: „Podání a aplikace léku“).

Dále bylo od klientů zjišťováno, **kdy a jakým způsobem u nich sestry provádějí identifikaci**. Identifikace u klientů probíhá vždy při příchodu sestry na pokoj, při podávání léků nebo před vyšetřením. Avšak se neshodují s výpovědí sester ve způsobu provádění identifikace. Klienti vypověděli, že jsou oslovováni jménem. Jen jedné dotazované klientky se sestry zeptaly na jméno. Rok narození u klientů podle všeho zdravotnický personál kontroloval pouze při příjmu. Identifikace je také prováděna podle teplotní tabulky připevněné k lůžku každého pacienta. Což je dle vnitřního předpisu nemocnice nepřípustné (viz. identifikace pacienta).

Nad **léky ordinovanými ve zdravotnickém zařízení** klienti zpravidla nemají přehled. Alespoň většina dotazovaných dokázala říci, z jakého důvodu jsou jim léčiva podávána a v jaké formě. Z výsledků však vyplývá, že klienti věří v neomylnost lékaře i sestry. Podle nich se mají zdravotníci kontrolovat navzájem. Jeden klient dokonce uvedl, že sestra přece podává léky podle ordinace lékařem, tudíž nemůže nastat chyba.

Zapojování jsou klienti do procesu podávání léků spíše pasivně. Sestry jim sdělí, jaké léky přinášejí a následně kontrolují účinky léčiv, ale nevybízejí pacienta k aktivní kontrole. Dotazovaní klienti vypověděli, že si všimají hlavně chronických léků, které dobře znají a zeptají se sestry v případě, pokud se jim přinesený lék nezdá. Dva

z dotazovaných vypověděli, že jim sestra přinesla jiný lék, než obvykle užívají. Bylo jim odpovězeno, že není k dispozici tentýž lék, nýbrž jiný se stejným účinkem. Dochází tedy ke generické záměně léků ze strany sester, což může klienty zmást a jejich kontrola nemůže být efektivní. Další klientka odpověděla, že nemá pocit, že by ji někdo ze zdravotnického personálu chtěl otrávit, tak proč by je kontrolovala. To, že klienti neznají názvy léčiv, by se dalo vzhledem k dostávanému množství léků pochopit. Neměli by se však spokojit s informací, že dostávají intravenózně „nějakou výživu“ nebo „doplnění minerálů“. Měli by se více zajímat, o jakou výživu a minerály se jedná a z jakého důvodu jsou jim aplikovány.

Dále byli klienti dotazováni na **osoby, které jim poskytují informace o zdravotním stavu a ordinovaných léčivech**. Také zda upozorní zdravotnický personál v případě podezření na možné pochybení během podávání léků. Dle získaných dat z rozhovorů, jsou klienti o svém zdravotním stavu informováni od svého ošetřujícího lékaře, ale informace o ordinovaných léčivech se spíše dozvídají od sester. Někteří klienti si stěžovali na chování lékaře, který je podle výpovědí často nepříjemný, tudíž se raději zeptají v případě nejasností sestry. Lékař se na oddělení podle všeho vyskytuje často, ale na pokoji u klientů se zdržuje jen nezbytně nutnou dobu a klienti nemají čas na dotazy. Není zde zřejmý posun od paternalistického vztahu lékař-pacient na úroveň partnerského vztahu. V zájmu úspěšnosti léčby má lékař usilovat o aktivní zapojení klienta do procesu léčby (Bártlová, 2015). Studie Davise et al. (2011) zaměřená na roli pacienta v programu bezpečné péče při hospitalizaci, poukazuje na nutnou změnu z pasivního přístupu pacienta k poskytované péči na aktivní roli. Pacient by měl být partnerem lékaře a sestry při poskytování bezpečné péče o jeho osobu. K stejným výsledkům dospěla studie Schwappacha et al. (2013), která apeluje na aktivní zapojení pacientů do jistění bezpečnosti poskytované péče a tím ke snížení rizika pochybení zdravotníků. Ze studie Mira et al. (2012) vyplývá neochota lékařů a sester zapojovat pacienta do procesu poskytované péče. Kontrola poskytované péče ze strany pacientů je chápána ze strany zdravotnického personálu spíše jako nedůvěra v jejich schopnosti.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá prevencí pochybení během podávání léků sestrou. Ke zpracování tohoto tématu bylo stanoveno pět cílů, které byly naplňovány pomocí kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru. Cílem bylo zjistit, jaké mají sestry znalosti o správném medikačním postupu s ním souvisejícím uskladňováním, předepisováním, objednáváním a likvidací léčiv. Dalším cílem bylo posoudit, jaké mají sestry zkušenosti s medikačním pochybením a jak se mu snaží předcházet. Nedílnou součástí jsou v tomto procesu pacienti. Proto dalším cílem výzkumné studie bylo vyhodnotit, v jaké míře jsou pacienti zapojováni do prevence medikačního pochybení.

Z výsledků kvalitativního šetření výpovědí sester je patrné, že sice mají vědomosti o medikačním procesu, ale nedodržují všechna jeho pravidla. Největším problémem je generická záměna léčiv, kterou provádějí. Tento problém vyplývá ze špatné komunikace s lékaři, kteří v preskripci uvádějí léčiva, která nejsou k dispozici na oddělení. Jako nejčastější příčinu medikačního pochybení sestry uvedly neúplný nebo nečitelný zápis lékařské ordinace v dekurzu. Dále používání zkratk v dekurzu, záměnu léku nebo nedostatečnou identifikaci pacienta. Respondentky také jmenovaly stresové situace nebo nedorozumění mezi sestrou a lékařem. Sestry předcházejí medikačnímu pochybení opakovanou identifikací pacienta, kontrolou léku a dokumentace. Léky podávají ve stanovenou dobu pomocí mobilních lékáren přímo u pokoje pacienta. Mimo jedné respondentky ostatní uvádějí, že podávají léky pouze z originálního balení. Pokud je to možné, neprovádějí generickou záměnu léku. Opakovaně se ujistí, že lékařské ordinaci porozuměly. Sestry nechtěly uvést své zkušenosti s medikačním pochybením. Jedna z respondentek přiznala, že se skoro dopustila medikačního pochybení a to záměny léku, ale zpětnou kontrolou mu zabránila. Ostatní sestry se setkaly pouze s nežádoucím účinkem léčiva. Indikátory kvality, které sestry sledují ve vazbě na podávání léků jsou pouze výskyt flebitidy a abscesu. Jedna z dotazovaných uvedla, že může být i sledována záměna tablet nebo i.v. léků a hematomy. Nezmínila však, zda to

opravdu provádějí. Sestry se nezdají dostatečně motivovány k hlášení nežádoucích událostí. Systém berou spíše jako ztížení a přidávání práce. Domníváme se, že sestry nemají dostatek informací o tom, co vše je považováno za jako nežádoucí událost. Hlášení podle většiny z nich podléhají pouze pády či jiné úrazy pacienta. Zkušenosti se systémem hlášení NU má jen několik dotazovaných sester a to pouze v souvislosti s pádem či úrazem pacienta.

Z výsledků kvalitativního šetření výpovědí klientů vyplývá, že mají základní informace o své chronické medikaci, tj. název léku, jeho účinek a frekvenci užívání. Nezajímají se však dostatečně o ostatní medikaci podávanou na oddělení během hospitalizace. Většina z pacientů uvedla, že si všímají hlavně chronické medikace. Ostatní podávané léky nesledují z důvodu jejich množství. Díky výpovědi klientů bylo odhaleno, že sestry nedodržují zásady bezpečné identifikace pacienta. Otázku na identifikační údaje pacienta sestry pokládají sugestivně, nikoliv tak, aby pacient aktivně sdělil požadované údaje. Identifikaci sestry provádějí také dle teplotních tabulek, což je nepřijatelné. Problém se vyskytl v podávání ranní medikace sestrou. Klienti si stěžují, že i když sestry upozorní na užívání ranních léků nalačno, tak je mnohdy dostávají až se snídaní. Sestry se obhajují tím, že tuto skutečnost nemohou ovlivnit, neboť jsou závislé na zpracování ranní vity lékařem.

6.1 Doporučení pro praxi

Tato diplomová práce poukazuje na problematiku medikačního pochybení jakožto na celosvětový problém, kterému lze předcházet. Důležité je identifikovat rizikové oblasti procesu podávání léků a tato rizika minimalizovat. Práce může sloužit jako informační materiál pro sestry, které chtějí rozšířit své znalosti. Praktickým výstupem je překlad informační brožury pro pacienty „Help Prevent Errors in Your Care“/„Pomáhejte předcházet chybám ve Vaší péči“ (The Joint Commission, 2015). Souhlas s překladem do českého jazyka byl udělen editorkou Joint Commission Resources Ahearn J. K. (viz příloha 6). Originál brožury je přiložen do příloh (viz příloha 7). Překlad brožury obsahuje rady pro pacienty, kteří se podle ní mohou zapojit do bezpečného podávání léků (viz příloha 8).

7 LITERATURA

2016 National Patient Safety Goals, 2015. In: *The Joint Commission* [online]. USA: The Joint Commission [cit. 2015-12-17]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf.

ANDERSON P. and T. TOWNSEND, 2010. Medication errors: Don't let them happen to you. *American Nurse Today*. 5(3): 23-28. ISSN 1930-5583.

BUCHINI, S. and R. QUATTRIN, 2012. Avoidable interruptions during drug administration in an intensive rehabilitation ward: improvement project. *Journal of Nursing Management*. 20(3): 326-334. ISSN 0966-0429.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2010. Týmová spolupráce z pohledu lékařů. *Zdravotnictví v České republice*. 1(13): 127. ISSN 1213-6050.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2015. Pacient v programu bezpečné péče. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, s.r.o. ISBN 978-80-7422-402-7.

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestry - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.

BRABCOVÁ, Iva, 2015. Nejčastější chyby a omyly v ošetrovatelské praxi. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, s.r.o. ISBN 978-80-7422-402-7.

BRABCOVÁ, Iva a kol., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, s.r.o. ISBN 978-80-7422-402-7.

BRABCOVÁ, Iva a kol., 2014. Možnosti zapojení pacienta do prevence medikačního pochybení. *Kontakt*. 16(2): 81-87. ISSN 1212-4117.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2011. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2334-1.

CIMA, L. and S. CLARKE, 2012. The Nurse's Role in Medication Safety. *Medication Errors: Risk Management*. USA: Joint Commission Resources. ISBN: 978-1-59940-618-3.

CURRAN, C. R. and M. K. TOTTEN, 2011. Governing for Improved Quality and Patient Safety. *Nursing economic*. USA: Best On Board, 29(01): 38-41. ISSN 0746-1739.

Česká lékařská komora Brno, 2009. Kontroly SÚKL - Práva a povinnosti kontrolujících a kontrolovaných osob [online]. Praha: Syntex. [cit. 2015-11-12]. Dostupné z: http://www.clkbrno.cz/index.php?&desktop_back=hledani&action_back=&id_back=&desktop=clanky&action=view&id=327.

ČESKO, 1998. Zákon č. 167 ze dne 11. června 1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 57, s. 6770-6800. ISSN 1211-1244.

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

ČESKO, 2013. Vyhláška č. 236 ze dne 25. července 2013 Sb., kterou se mění vyhláška 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 92, s. 2218. ISSN 1211-1244.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

DAVIS R. E., N. SEVDALIS and C. A. VINCENT, 2011. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Quality Safety*. 20(1): 108-114. ISSN 2044-5423.

DOLANOVÁ, Dana, 2012. *Management v ošetrovatelství: Tým*. Praha: Grada. ISBN 9788024782416.

DOSTÁLOVÁ, V., J. MORAVOVÁ a J. ADAMEC, 2007. Směrnice ředitele č. 20. Objednávání, skladování, předepisování (ordinace) a podávání léčiv a používání zdravotnických prostředků [online]. In: *Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace* [cit. 2015-11-12]. Dostupné z: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/s202007.pdf.

DUCHOŇ, Bedřich a ŠAFRÁNKOVÁ, Jana, 2008. *Management: integrace tvrdých a měkkých prvků řízení*. Praha: C. H. Beck. ISBN: 978-80-7400-003-4.

DÜCKERS Michel et al., 2009. *Safety and risk management in hospitals*. London: Health Foundation. ISBN 9781906461133.

ELIÁŠ, Karel a kol., 2014. *Občanské právo pro každého: pohledem (nejen) tvůrců nového občanského zákoníku*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-493-4.

Essential Medicines and Health Products Information Portal, 2009. *Guideline on Medication Error Reporting* [online]. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17803en/s17803en.pdf>.

FILKA, Josef, 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice: Jihočeský Inzert Expres, s.r.o., 4(2): 125-128. ISSN 1801-0261.

FILKA, Josef, 2015. Objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv. *Řízená dokumentace*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s.

FILKA Jozef, 2010. Hlášení nežádoucích událostí a bezpečnostních incidentů. *Řízená dokumentace*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HÄRKÄNEN, Marja et al., 2015. "Detecting medication errors: Analysis based on a hospital's incident reports." *International journal of nursing practice*. 21(2): 141-146.

HEGER, Leoš, 2012. Věstník MZ ČR: Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. *Ministerstvo zdravotnictví*. Roč.2012, částka 5.

HOLUBOVÁ, Adéla, 2008. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. 9(1): 10-11. ISSN 1210-0404.

HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ, 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2853-7.

Involving Patients in Improving Safety, 2013. In: *The Health Foundation: London (UK)*. [online] [cit. 2016-05-02]. Dostupné z: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf>.

JELÍNKOVÁ, Ilona, 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5093-4.

KARLECOVÁ, Markéta, 2011. Ředění a podávání léčiv intravenózní cestou - výsledky diplomové práce. In: *Braunoviny* [online]. [cit. 2016-05-02]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/redeni-a-podavani-leciv-intravenozni-cestou-vysledky-diplomove-prace>.

KAŠKOVÁ, Petra, 2012. Medikační pochybení zdravotní sestry v porovnání České republiky a Norska. In: *Univerzita Karlova v Praze*. Praha: Ústav ošetřovatelství. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/119476/>.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2009. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6.

Komise pro tvorbu standardů, 2011. Ošetřovatelská dokumentace. *Standard ošetřovatelské péče č.052*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Komise pro tvorbu standardů, 2010. Podávání léků. *Standard ošetřovatelské péče č.015*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s.

KREJČÍKOVÁ, Helena, 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. *Právní aspekty perinatální péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Lutz HEIN, 2012. *Barevný atlas farmakologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3908-3.

MACH, Jan, 2010. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9.

MACH, Jan, 2011. Etika a komunikace v medicíně: Právní souvislosti. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

MACH, Jan a Miloš MÁČA, 2013. *Univerzita medicínského práva: právní odpovědnost v medicíně- trestní, občanskoprávní, pracovněprávní, správní, smluvní. Právní ochrana lékařů a dalších zdravotníků.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.

MARX, David, 2013. *Lékový management z pohledu Spojené akreditační komise. Remedia.* Praha: MEDICAL TRIBUNE. 14(6): 422-423. ISSN 0862-8947.

MARX David, 2014. Záměna léků jako v nemocnici v Orlové? Stává se to často, připouští expert. *Spojená akreditační komise* [online]. Praha: SAKCR [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2014/zamena-leku-jako-v-nemocnici-v-orlove-stava-se-to-casto-pripousti-expert-.693/>.

MARX, David a František VLČEK, 2013. *AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE.* Praha: TIGIS, spol. s. r. o. ISBN 978-80-87323-04-05.

MARX, David a František VLČEK, 2014. *AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NÁSLEDNOU PÉČI.* Praha: TIGIS, spol. s. r. o. ISBN 978-80-905886-0-8.

MARX, David, FRANKOVÁ, Gabriela a VLČEK František, 2013. Nové vydání akreditačních standardů SAK pro nemocnice. In: *Spojená akreditační komise* [online]. Praha: SAKCR [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-sta/>.

MAZÁNEK, Jiří. 2014. *Zubní lékařství: propedeutika: Zdravotnická dokumentace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3534-4.

MAZÁNEK, Jiří. 2015. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentárky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4865-8.

MIRA J. J., et al., 2012. Barriers for an effective communication around clinical decision-making: an analysis of the gabs between doctors and patients point of view. *Health Expectation*. 17(6): 826-839. ISSN: 1369-7625.

MOKROŠOVÁ, Ivana a Lucie BAŠTOVÁ, 2009. *Němčina pro lékaře: manuál pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2127-9.

MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ, 2014. *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

MYERS, Sharon A., 2011. *Patient safety and hospital accreditation: a model for ensuring success*. New York: Springer Publishing company. ISBN 978-0-8261-0640-7.

MZ ČR, 2007. Zákon č. 378 ze dne 6. prosince 2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech) [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 5342 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=378~2F2007&rpp=15#seznam>.

MZ ČR, 2006. Zákon č. 123 ze dne 31. března 2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 1410 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=62376&nr=123~2F2006&rpp=15#local-content>.

Ministerstvo zahraničních věcí, 2001. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a

biomedicině [online]. In: *Česká lékařská komora*. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/mezinarodni-smlouvy-a-umluvy-432.html>.

MZ ČR, 2008. Vyhláška č. 54 ze dne 6. února 2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 829 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=66711&nr=54~2F2008&rpp=15#local-content>.

MZ ČR, 2015. Český lékopis 2009- Doplněk 2015. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2994-7.

MZ ČR, 2013. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZ [cit. 2016-01-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html.

MZ ČR, 2015. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 16, s.2. [online] [cit. 2013-05-27] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 2015. What is a medication error? *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3422-4.

OSTENDORF, Wendy, 2010. *Parenteral medication*. In *PERRY, Anne Griffin a Patricia Ann POTTER. Clinical nursing skills & techniques*. St. Louis: Mosby Elsevier. ISBN 978-0-323-05289-4.

Parlament České republiky, 1995. Zákon č. 40 ze dne 9. února 1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 467 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=42721&nr=40~2F1995&rpp=15#local-content>.

Parlament České republiky, 2001. Zákon č. 185 ze dne 15. května 2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 4074 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=51365&nr=185~2F2001&rpp=15#local-content>.

Parlament České republiky, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb., novým občanským zákoníkem platným od 1.1.2014 [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 1026 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=74907&nr=89~2F2012&rpp=15#local-content>.

Parlament České republiky, 2011. Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. In: *Portál veřejné správy*. Částka 1053 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=74154&nr=105~2F2011&rpp=15#local-content>.

PETR, Tomáš a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

Pharmaceutical Care Network of Europe, 2010. Classification for Drug related problems [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: http://www.pcne.org/upload/files/11_PCNE_classification_V6-2.pdf.

PLEVOVÁ I., D. DOLANOVÁ a K. ADAMICOVÁ, 2013. Týmová spolupráce v procesu analýzy medikačního pochybení. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 6(1). ISSN: 1337-6896.

PODSTATOVÁ, R., E. SOVOVÁ a J. ŘEHOŘOVÁ, 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1997-9.

ŘEHULA, Milan, 2013. *Návody k základním praktickým cvičením z farmaceutické technologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2378-8.

SAK, o.p.s., 2014. V Nemocnici Na Homolce jsou léky podávány bezpečně. In: *Spojená akreditační komise* [online]. [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2014/v-nemocnici-na-homolce-jsou-leky-podavany-bezpecne-695/>.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHWAPPACH D. L., O. FRANK and R. E. DAVIS, 2013. A vignette study to examine health care professionals attitudes towards patient involvement in error prevention. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 19(5): 840-848. ISSN 1365-2753.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

SLOWIK, R., E. JANÍKOVÁ a I. PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I: Současné ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

SMEJKAL, Vladimír a Hana SCHELOVÁ BACHRACHOVÁ, 2011. *Velký lexikon společenského chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3650-1.

SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS, 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4644-9.

SÚKL, 2013. Požadavky pro skladování a přepravu léčiv a způsob jejich naplňování [online]. In: *Státní úřad pro kontrolu léčiv*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/leciva/dis-15-verze-3?highlightWords=SKLADOV%C3%81N%C3%8D+L%C3%89%C4%8CIV>.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK, 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3594-8.

The Joint Commission, 2015. Help Prevent Errors in Your Care. In: Joint Commission. [online] [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup_bhc.pdf.

ÚZIS, 2015. Resortní bezpečnostní cíl MZ - riziková léčiva. Národní systém hlášení nežádoucích událostí [online]. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Praha: Odbor analýz, publikací a externí spolupráce [cit. 2015-11-20].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/dokumenty/Benchmarking%20NU%202015%20Q1%20%20Resortn%C3%AD%20bezpe%C4%8Dnostn%C3%AD%20c%C3%A9%20MZ%20-%20rizikov%C3%A1%20l%C3%A9%20l%C3%A9%20l%C3%A9.pdf>.

ÚZIS, 2015. Taxonomický - definiční slovník pro Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU) [online]. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky Praha: ÚZIS. [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty>.

VLČEK, Jiří a kol., 2010. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada. ISBN 9788024731698.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

WEBER, Thomas, 2012. *Memorix zubního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3519-1.

WHO, 2012. Topic Priority Setting for research on patient safety. Operational Definitions [online]. In: World Health Organization. Geneva: WHO [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitons.pdf.

WHO, 2012. Knowledge is the Enemy of Unsafe Care. World Health Organization [online]. In: World Health Organization. Geneva: WHO [cit. 2016-01-05]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/licensing/en/index.html>.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZEMAN Miloš a VRCHA Oldřich, 1996. ÚMLUVA PRO VYPRACOVÁNÍ EVROPSKÉHO LÉKOPISU [online]. In: *POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY*. Praha: Poslanecká sněmovna [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t013300.htm>.

8 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Souhlas s výzkumem v Nemocnici České Budějovice, a.s.
- Příloha 2 Otázky k rozhovoru se sestrami
- Příloha 3 Otázky k rozhovoru se klienty
- Příloha 4 Ukázka otevřeného kódování „papír a tužka“ rozhovorů se sestrami a kategorizace výsledků
- Příloha 5 Ukázka otevřeného kódování „papír a tužka“ rozhovorů se klienty a kategorizace výsledků
- Příloha 6 Souhlas s překladem informační brožury The Joint Commission
- Příloha 7 Originál informační brožury pro pacienty „Help Prevent Errors in Your Care“
- Příloha 8 Překlad informační brožury pro pacienty „Help Prevent Errors in Your Care“/„Pomáhejte předcházet chybám ve Vaší péči“.

Příloha 1 Souhlas s výzkumem v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Nemocnice
České Budějovice a.s.
Hlavní sestra
Mgr. Monika Kyselová, MBA

Studentka JCU-ZSF
Bc.Kubíková Nikola
Tel.: 774131705

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice zaměřeného na prevenci pochybení během podávání léků sestrou.

Vážená paní magistro,

Jsem studentkou 2.ročníku JCU-ZSF oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, chirurgický modul - prezenční studium a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s. jako podkladu pro mou diplomovou práci s názvem „Prevence pochybení během podávání léků sestrou“. Kvalitativní výzkumné šetření bude provedeno metodou dotazování a technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovory budou uskutečněny s náhodně vybranými sestrami a pacienty chirurgického oddělení. Cíle a výzkumné otázky s rámcovými otázkami k rozhovoru Vám přikládám v další příloze. Předpokládaný termín sběru dat je od 17.2. do 26.2. 2016.

Děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem Bc. Kubíková Nikola.

V Českých Budějovicích dne 15.2.2016.

15. II. 2016

SOUHLASÍM



Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 2 Otázky k rozhovoru se sestrami

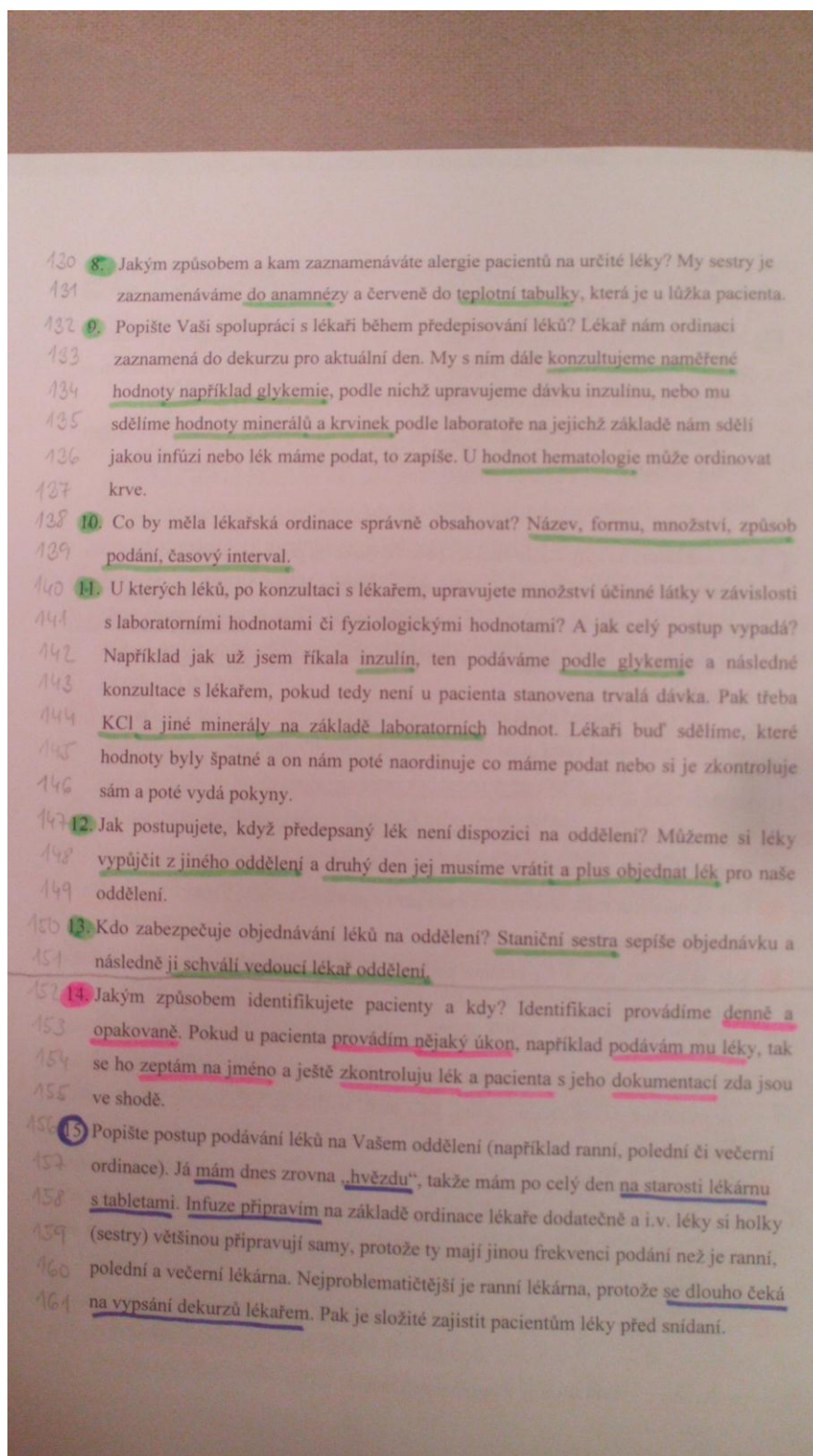
1. Kolik je Vám let?
2. Na jakém nemocničním oddělení pracujete?
3. Jakou máte výši vzdělání a jak dlouho pracujete na daném oddělení?
4. Kde na oddělení máte uloženy léky pro per os podání - tablety, kapky?
5. Kde skladujete léky k injekčnímu podání? Jak je tomu u antikoagulancií, inzulinů, KCl?
6. Jak uchovávejte léky psychotropní či opiátové řady?
7. Jak na oddělení nakládáte s léky vnesenými pacienty?
8. Jakým způsobem a kam zaznamenáváte alergie pacientů na určité léky?
9. Popište Vaši spolupráci s lékaři během předepisování léků?
10. Co by měla lékařská ordinace správně obsahovat?
11. U kterých léků, po konzultaci s lékařem, upravujete množství účinné látky v závislosti s laboratorními hodnotami či fyziologickými hodnotami? A jak celý postup vypadá?
12. Jak postupujete, když předepsaný lék není dispozici na oddělení?
13. Kdo zabezpečuje objednávání léků na oddělení?
14. Jakým způsobem identifikujete pacienty a kdy?
15. Popište postup podávání léků na Vašem oddělení (například ranní, polední či večerní ordinace).
16. Jakým způsobem zapojujete pacienty do podávání léků?
17. Snažíte se dodržovat podání léků v závislosti na době podání (před nebo po jídle)? Jak tuto závislost zjistíte?
18. Kolikrát jste se setkala během své praxe s medikačním pochybením? Mělo takové pochybení vliv na zdravotní stav pacienta?
19. Pokuste se uvést příčiny medikačních pochybení?
20. Jakým způsobem se snažíte předcházet medikačním pochybením?
21. Jak nakládáte se zbytky léčiv v ampulích nebo zbytky tablety po jejím púlení?
22. Co děláte s léčivy s uplynulou dobou expirace?

23. Víte o systému hlášení nežádoucích událostí a jak takovou událost nahlásíte?
24. Jakým způsobem standardizujete oblast podávání léků (pro jakou skupinu pacientů, pro jaké výkony, kdo standard vypracovává, kdo je připomínkuje, jakým způsobem se dostávají ke všem zaměstnancům)?
25. Jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče ve vazbě na podávání léků sledujete?

Příloha 3 Otázky k rozhovoru se klienty

1. Kolik je Vám let?
2. Kolikrát jste již byl/a hospitalizovaný/á v nemocnici?
3. Jak dlouho jste hospitalizovaný/á tomto oddělení?
4. Jakou chronickou medikaci užíváte?
5. V jakém množství a balení vnášíte chronickou medikaci na plánovou hospitalizaci v nemocnici?
6. U kterých léků z Vaší chronické medikace je účinnost závislá na době podání (před jídlem, po jídle)? Kdy upozorňujete na tuto skutečnost zdravotnický personál?
7. Na které léky máte alergické či jiné reakce? Koho jste na tuto skutečnost upozornil?
8. V jakých případech zdravotnický personál ověřuje Vaše jméno a datum narození?
9. Jak Vás zapojují sestry do podání Vám ordinovaných léků?
10. Popište, jakým způsobem Vám sestry podávají léky.
11. Jaká medikace je Vám na oddělení podávána a proč?
12. Jak kontrolujete medikaci, kterou dostáváte (počet léků, formu a množství účinné látky)?
13. Která medikace se upravuje v závislosti s Vaším zdravotním stavem (hodnotou glykemie, krevního tlaku apod.)?
14. Od koho získáváte informace o Vašem zdravotním stavu a medikaci, která je v souvislosti s ním podávána?
15. Jaké nežádoucí účinky jste na sobě zpozoroval/a po podání léků v průběhu hospitalizace?
16. Jakým způsobem upozorníte lékaře, který Vám chybně přepsal chronickou medikaci do zdravotnické dokumentace?
17. Jakým způsobem upozorníte sestru, v případě, že Vám podá nesprávný lék či dávku ordinovaného léku?

Příloha 4 Ukázka otevřeného kódování „papír a tužka“ rozhovorů se sestrami



Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování

Kategorie „Podávání léků“

Podkategorie „Předpis a objednávání léčiv“:

1/27,28: lékař se s námi domluví jaký lék máme k dispozici v lékárně

2/133; 3/218; 5/408,409: konzultujeme s lékařem naměřené hodnoty

4/315,316: během vizity píšeme lékaři do bloku poznámky

3/216; 4/322; 5/417: telefonická ordinace

5/405; 6/586: úprava medikace dle momentálního stavu pacienta

1/31, 2/139, 3/220; 6/588: obsah účinné látky

1/30,31, 2/138,139, 3/219,220; 4/325,326; 5/410,41; 6/587,588: název léčiva, lékovou formu, způsob podání a časový interval

1/31; 6/588: infuze rychlost podání

1/34; 2/144; 4/330; 5/414,415; 6/592: na základě laboratorních hodnot podáváme minerály

1/35; 4/332,333; 6/592: diuretika na základě příjmu a výdeje

1/36; 2/142; 4/333; 5/414,415; 6/592,593: inzulín na základě glykemického profilu

1/36,37; 3/224,225; 5/414,415: antihypertenziva na základě naměřených hodnot krevního tlaku

3/225,226: u naměřené vysoké tělesné teploty se dohodneme, zda podáme antipyretikum

4/331: dle nízkého krevního obrazu podáváme třeba krevní transfuze nebo mražky

3/228: laboratorní hodnoty si lékař hlídá sám

1/38,39; 2/147,148; 4/335,336; 5/419,420; 6/594,595: si jej na jeden den můžeme vypůjčit z jiného oddělení a druhý den musí být objednan staniční sestrou

1/40,41; 6/595,596: o víkendu si lék vypůjčíme na celý víkend a v pondělí musí být lék objednan

3/232,233: v počítačovém systému vyhledáme tentýž lék se stejným množstvím účinné látky avšak jiným názvem

1/45; 2/150,151; 6/597,598: staniční sestra a schvaluje ji vedoucí lékař oddělení

1/46; 6/598: velkou lékárnou schvaluje primář oddělení

1/46,47: opiáty může vyzvednout pouze vrchní sestra, staniční nebo její zástupce

3/235,236; 4/337; 5/421: staniční sestra

Podkategorie „Uložení léků na ošetrovatelské jednotce“:

1/5,6; 2/115,116; 3/200,201; 4/285,286, 5/388,389; 6/565,566: tablety a kapky jsou ukládány v prosklených uzamykatelných skříních na inspekci

4/287,288: každá skříň s léky má svůj originální klíč

1/9,10; 2/119,120; 4/391; 5/393,394; 6/568,569: léky k injekčnímu podání jsou uloženy v prosklených, uzamykatelných skříních na inspekci spolu s načatými inzulíny

3/203,204: léky k injekčnímu podání jsou uloženy v uzamykatelných skříních na inspekci, stejně tak inzulíny, antikoagulancia a KCl

1/10,11; 2/120; 5/394; 6/569,570: nenačaté inzulíny jsou uloženy v lednici v k tomu určeném kaslíku

1/11,12, 2/120,121; 4/290,300,301; 5/393; 6/570,571: antikoagulancia jsou skladována v neprůhledné, uzamykatelné skříní spolu s nenačatým KCl

1/12,13; 2/121,122; 4/301,302; 5/394,395; 6/571,572: načaté KCl je uloženo v lednici a označeno štítkem rizikový lék

1/14,15; 4/303,304; 5/396,397; 6/573,574 léky psychotropní a opiátové řady jsou uloženy v trezoru, který má originální klíč a ještě v neprůhledné skříní na další zámek.

1/15,16; 6/574,575: klíč od trezoru má u sebe staniční a předává ho jen z ruky do ruky

3/205: léky psychotropní a opiátové řady skladujeme v trezoru

1/17,18; 5/398,399; 6/576,577: veškeré vnesené léky odebíráme, necháváme pouze SOS léky

1/19; 5/400; 6/578: do uzamykatelného šuplete vozíku a označíme štítkem s jménem a rodným číslem pacienta.

2/127,128, 3/206,207: ukládáme je spolu se štítkem s identifikačními údaji do uzamykatelné skříně

4/305,306,307: vnesené léky pacientem označíme a uložíme do uzamykatelného pojízdného vozíku ze kterého rozdáváme léky

1/20; 2/128,129; 6/579: léky pacientům podáváme z vlastní lékárny z originálního balení

3/208,209: speciální léky dáváme z jejich zdrojů, pokud jsou v originálním balení.

4/307,308,309: léky v dávkovačích pacientům nepodáváme, léky vnesené pacientem v platíčkách podáváme

Podkategorie „Identifikace pacienta“

1/48,49: před jakýmkoli vyšetřením či úkonem

2/152,153 3/237,238; 5/424; 6/599,600: denně a opakovaně

4/338,339,340: před podáním léků, před premedikací a i ve filtru, když je předáváme na sál

1/50,51; 4/340,341; 5/423,424; 6/600,601: slovně se ptáme na jméno, jméno kontrolujeme taktéž z identifikačního náramku a dokumentace

2/154: zeptám se pacienta na jméno, zkontroluju lék a pacienta s jeho dokumentací zda jsou ve shodě

3/238: zeptáme se na jméno pacienta a zkontrolujeme identifikační náramek

1/62: řekneme, jaké léky mu podáváme

2/163,164: jak se cítí, zda mají bolesti

3/248,249: ptáme se na bolest a zda pacientovi není nevolno

4/349,350: identifikací, účinky léčiv

5/432,433: identifikací a otázkou zda je vše v pořádku

Podkategorie „Podání a aplikace léku“:

1/53; 6/603; 2/157,158; 5/426: tablety a infuze rozdává po celý den sestra s „hvězdou“

2/158,159; 5/427: i.v. léky si připravují a podávají sestry, které mají přidělené pokoje

1/56; 3/240,241; 4/345; 5/428,429; 6/605,606: léky se podávají z pojízdné lékárny u každého z pokojů

3/242,243: oslovím konkrétního pacienta a podám mu léky, zeptám se na jeho stav

5/430,431: pacienta znovu identifikujeme, i když jej známe

3/245: podané léky odškrtnu v dekurzu

1/58; 2/160,161: ráno nemáme včas zdravotnickou dokumentaci od lékaře

1/66; 3/252: snažíme se závislost léku na době podání dodržovat

1/67,68: závislost léku na době podání nám sdělí pacient nebo si to zjistíme v systému v počítači

3/251,252: závislost zjistíme z příbalového letáku nebo, když nám to řekne pacient

2/166,167: nikdo nás na tuto skutečnost neupozorní, ale spoustu léků už známe samy

2/169: pokud se pacient sám o lék přihlásí a jedná se o jeho chronickou medikaci, tak mu jej podle dekurzu z předešlého dne vydám

4/352,353; 5/435,436: pokud jsem na závislost od lékaře nebo pacienta upozorněna, tak ji samozřejmě dodržím

6/612,613,614: buď nás upozorní pacient nebo si to zjistíme v příbalovém letáku či v počítači

Podkategorie „Likvidace léčiv“:

1/82,83; 5/447; 6/624: zbylé půlky tablet můžeme zpátky vrátit do příslušného obalu

2/180,181; 3/266,267; 4/364,365; 5/447,448: zbylé půlky tablet vyhazují do sběrného kontejneru k tomu určenému

1/83,84; 2/181,182; 3/267,268; 4/366; 5/448; 6/624,625: zbytky v ampulích vylijeme do čtverečku, který odstraníme do infekčního odpadu

1/84,85; 2/182,183; 3/268; 4/365; 5/448,449; 6/625,626: ampuli odstraníme do kontejneru na ostré předměty

3/269,270: pokud je lék v ampuli opiát, tam musím likvidaci zaznamenat i do opiátové knihy

1/86,87; 6/627,628: ještě než lék projde, jej dáme na tácek, aby byl v lékárně oddělen od ostatních léků

1/88; 4/367,368; 6/629: snažíme se lék spotřebovat, než projde

1/88,89; 2/184,185; 3/271; 4/368; 5/450; 6/630: lék vrátíme do lékárny

Kategorie „Medikační pochybení“

Podkategorie „Příčiny medikačního pochybení“:

1/74,75; 6/620: nedostatečná identifikace pacienta

1/75; 2/175; 6/620: nečitelný zápis ordinace v dekurzu

2/176: používání zkratk v dekurzu

2/177: lékař nenapíše u infuze rychlost podání

3/255,256: geriatrická záměna

4/357: stresové situace

4/359: lékaři nepřepíší do dekurzu léky, které nám sdělili pouze ústně

5/442,443: nedorozumění mezi lékařem a sestrou

6/619: nedostatečná kontrola sebe sama

6/20: neúplná ordinace v dekurzu

Podkategorie „Prevence medikačního pochybení“:

1/80; 2/178; 3/262; 5/445; 6/621,622: identifikací pacienta

1/80; 6/622: několikanásobnou kontrolou léku

1/81: podáváme léky u konkrétního pacienta v určenou dobu přímo u jeho pokoje

2/179: podáváním léků z originálních balení

3/263,264: pokud to jde, neprovádíme geriatrickou záměnu léku

3/264: když nemůžu ordinace přečíst, tak se zeptám lékaře

4/361,362: několikanásobnou kontrolou léku, pacienta a znovu dekurzu

Podkategorie „Zkušenosti s medikačním pochybením“:

1/71: komplikací i.v. aplikace, kdy se vyskytla flebitida

2/173; 3/254; 4/355; 5/438: nesetkala jsem se s medikačním pochybením

5/439: po podání některých analgetik opiátové řady nevolno

6/616: vždy pokud vím, bylo medikačnímu pochybení zabráněno

6/617: nahodila jsem jiný lék, ale zpětnou kontrolou jsem to zjistila a opravila se

Podkategorie „Systém hlášení nežádoucích událostí“:

1/91,92; 6/632: dříve psal hlášení lékař první služby, nyní je v dokumentaci sester

1/91,92,93; 6/633,634,635: v počítači si musíme přes konkrétního pacienta, u kterého se nežádoucí událost vyskytla, otevřít hlášení kde se vyplňuje: specifikace NÚ, svědek, účastník, popis NÚ, opatření, které bylo na základě této události provedeno.

1/97,98: hlášení se pošle manažerovi kvality, přímému nadřízenému, tj. vrchní, staniční a primáři

1/98,99: vedení má po nahlášení NÚ udělat nápravné opatření

1/99,100: s medikačním pochybením jsme žádnou událost neměli, pouze pád pacienta

2/187: systém jsem ještě nikdy nepoužila

2/187,188: událost se vepíše do dekurzu nemocného a do systému v počítači

2/188,189: nevím co hlášení všechno obsahuje, ale systém nás k tomu má navést

3/273: zatím jsem jen do systému nahlédla

3/273: tam se hlásí pády pacientů

4/370,371: hlášení jsem vyplňovala spolu s lékařem v situaci, kdy si pacientka rozřízla prst

4/372,373: vyplňovala jsem co se událo, celou situaci jsem popsala, doplnila jsem svědka, jaká opatření jsem s lékařem provedla

4/373,374; 6/636: nahlásila jsem událost vedení nemocnice, přímému nadřízenému a manažerovi kvality

6/636,637: přímý nadřízený se k celé věci vyjádří

4/374: celé hlášení probíhá elektronicky přes počítač

5/452,453: systém jsem viděla, ale stejně by měl hlášení provádět lékař první služby

Podkategorie „Indikátory kvality“:

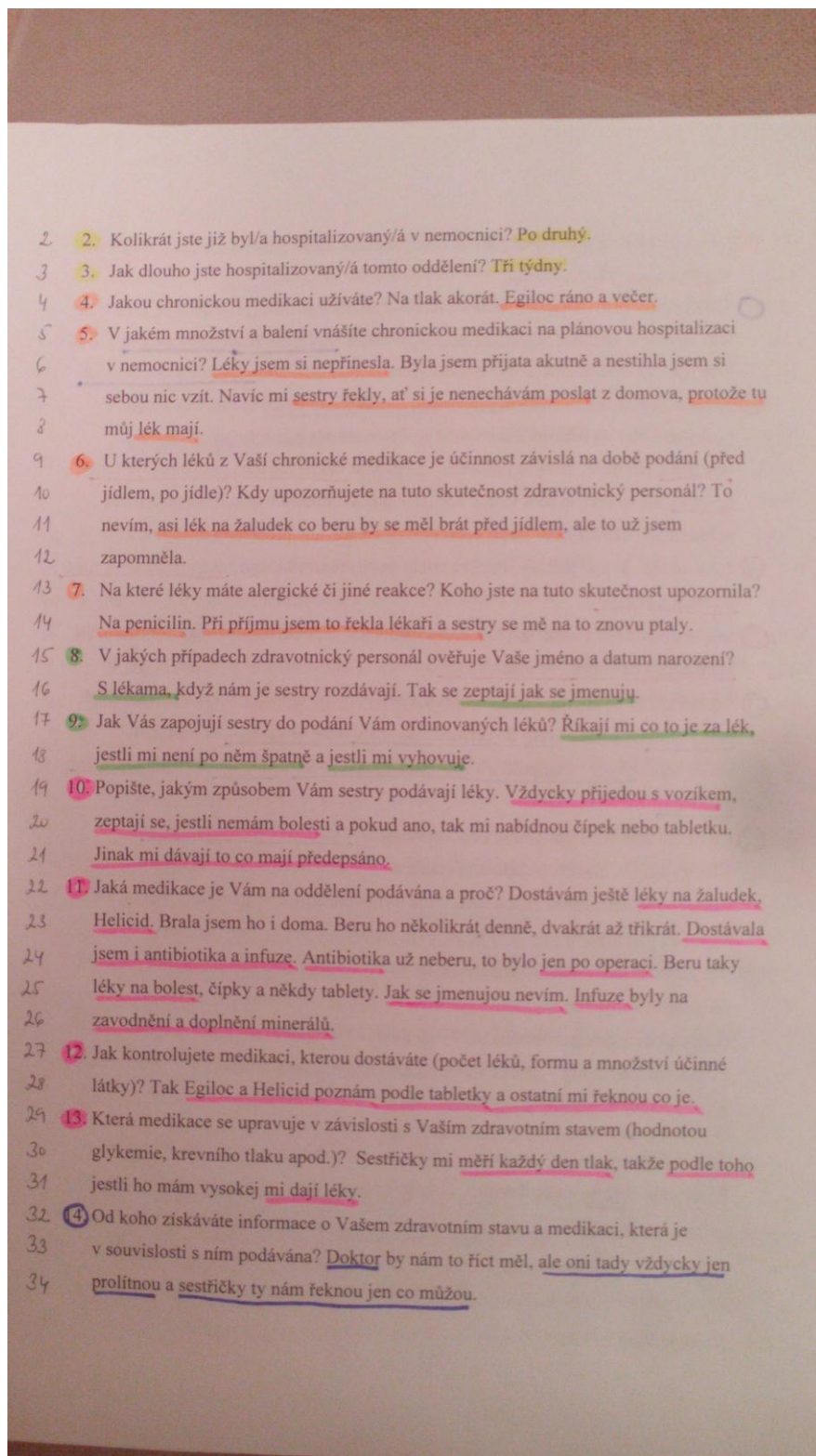
1/108,109; 2/196; 4/382,383; 5/560; 6/645,646: komplikace u kanyl, což je flebitida

1/110,111; 5/560; 6/646,647: abscesy, ty sledujeme z důvodu podávání Veralu nebo Almiralu

1/109,110: může být sledována i záměna tablet nebo i.v. léků, hematomy

3/280: žádné, jediné pády pacientů

Příloha 5 Ukázka otevřeného kódování „papír a tužka“ rozhovorů se klienty



Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s pacienty technikou otevřeného kódování

Kategorie „Pacientské údaje“

Podkategorie „Chronická medikace“:

1/4: na tlak Egiloc ráno a večer

2/45: na tlak Lozap 50 ráno

3/83: na tlak, na cukr, na uklidnění. Názvy nevím, já je mám vypsany na papírku

4/125,126: Refluin půlku ráno, Ramipril a Euthyrox

5/176,177: Detralex, inzulíny. Přes den Actrapid a na noc Insulatard. Taky beru něco na tlak, léků mám víc, ale nepamatuju si je

6/216: na tlak Prestance 5/10 ráno nalačno

1/6: léky jsem si nepřinesla

2/47: přinesla jsem si léky v krabičce

3/87,88: nějaký léky jsem si sebou vzala v platičkách

4/128: přinesla jsem si léky v krabičkách

5/179: inzulíny jsem si vzal v perech plus dávkovač s ostatními léky

6/218: vzal jsem si sebou dózu s tabletami

1/6, 2/48; 3/88: sestřičky mi dávají léky z vlastních zásob

1/11: asi lék na žaludek co beru, by se měl brát před jídlem

2/51: doma léky beru se snídaní a tady je dostávám před snídaní

3/91: na cukr, ty beru vždycky před jídlem

4/132,133:Euthyrox je důležité, aby se bral ráno nalačno, bohužel, i když jsem na to sestřičky upozorňovala, tak mi je nosí často až se snídaní

5/182: na cukr se musí brát před jídlem, ale nikoho na to neupozorňuju, to mají vědět

6/221: měl bych je brát ráno před jídlem, ale tak někdy je dostanu až se snídaní

Podkategorie „Alergie“:

1/14: alergii na penicilin. Při příjmu jsem to řekla lékaři a sestry se mě na to znovu ptaly

2/53; 4/135; 5/184; 6/223: nikdy jsem na léky alergii neměl/a

3/93: alergii na Veral, otýkám z toho

Kategorie „Podávání léků“

Podkategorie „Identifikace“:

1/16; 6/225: když mi sestry rozdávají léky

2/55; 4/137; 6/226: když mě přijímali a teď pokaždé když přijdou na pokoj

3/95; 5/186: vždycky, když mi nesou léky nebo když jedeme na vyšetření

4/138: rok narození kontrolovali při příjmu

1/16: zeptají se, jak se jmenuju

2/56; 6/225: podívají se na kartičku u postele a osloví mě jménem

3/95,96; 5/186: oslovují mě mým jménem

4/138,139: osloví mě mým jménem, koukají na kartičku co mám u postele a tam je mé jméno s rokem napsáno

Podkategorie „Ordinovaná medikace“:

1/17,18; 2/57,58: říkají mi co je to za lék, jestli mi není po něm špatně a jestli mi vyhovuje

3/97,98: ptají se jestli nemám bolesti, jak mi je

4/141,142: zeptají se jestli nechci něco proti bolesti nebo tak, jinak přinesou léky a řeknou, že to jsou ty moje co beru i doma nebo že mi nesou něco navíc

5/187,188,189: musí mi měřit cukr, podle toho mi dávají jednotky inzulinu, ptají se jak se cítím, zda jsem po inzulinu něco snědl, jestli chci něco proti bolesti

6/227,228: nemám pocit, že by mě zapojovali, dají mi co mají a odejdou

1/22: dostávám léky na žaludek Helicid

1/24; 2/64; 6/232,233: antibiotika už neberu, to bylo jen jako prevence po operaci

1/25: beru taky léky na bolest, čípky někdy tablety, jak se jmenujou nevím

1/26: infuze jsem měla na zavodnění a doplnění minerálů

2/63,64: teď mi kape v kapačce nějaká výživa

2/63: léky proti bolesti, ty mi dávají taky v kapačkách

3/103: dostávám něco na odkašlávání

3/103; 4/147: na střeva nějaký sirup, protože mám zácpu

4/147: něco proti bolesti, tabletky Tramal myslím

5/194: dávali mi nějaký kapačky, ale už normálně jim, takže mi je zrušili
6/233,234. kapačku s minerály a injekce proti bolesti, večer mi píchají injekci na ředění krve jako prevenci srážení
1/28: tak Egiloc a Helicid poznám podle tabletky a ostatní mi řeknou co je
2/66: věřím sestřám, vždycky mi řeknou co nesou za léky
3/105: nekontroluju, nemyslím si, že by mě chtěli otrávit nebo tak. Dávají to podle papírů od lékaře, tak to musí být v pořádku
4/150,151,152: ono to nejde moc dobře kontrolovat. Hlídám si hlavně abych dostala to co беру už dlouhodobě. Taky se už třeba stalo, že mi přinesla sestra jinou tabletku než co беру, ale omluvila se s tím, že nemají ty samé co беру a že mi dává v podstatě ten stejný, jen jinak vypadá
5/196,197: ptám se kolik mám cukru a kolik píchají jednotek, ale jinak se neptám, většinou mi řeknou co mi dávají
6/236: už mám naučeno, že dostávám v 6, ve 14 a pak v 22 hodin antibiotika, ráno Prestanci, když si řeknu tak injekci na bolest. Když se mi lék nezdá, tak se ozvu
1/30: sestřičky mi měří každý den tlak, podle toho mi dají léky
2/68: ten Lozap se mi dává podle tlaku
3/108: měří mi glykemii a na jejím základě mi podávají inzulín
4/157: měří mi tlak a už skoro nemám bolesti, takže pomalu vysazuju i léky proti ní
5/199: inzulín
6/240: žádná
1/36; 2/73; 3/115; 5/205; 6/245: neměl/a jsem nežádoucí účinky
4/163: po operaci jsem dostala nějakou injekci proti bolesti a bylo mi po ní na zvracení

Kategorie „Medikační pochybení“

Podkategorie „Informovanost“:

1/33: doktor by nám to měl říct, ale on tady vždycky jen prolítne a sestřičky ty nám řeknou jen co můžou
2/70,71: s lékařem se vždycky domlouvám jak mi je, co mi předepíše apod.

3/112,113: něco mi lékař vždycky řekne, chodí sem docela často, sestry mi řeknou o lécích

4/159,160: ptám se vždycky pana doktora, i když ten bývá často dost nepříjemný

5/201,202: doktor mě informuje o mém stavu, co se se mnou bude dít dál a podává informace i mé rodině. Léky se mnou moc neřeší, jen jestli má třeba připsat něco proti bolesti.

6/242,243: doktor teda není moc ochotný, ale o stavu mě informuje, léky spíš řeším se sestrami

Podkategorie „Kontrola zdravotníků“:

1/38: nevím, nikdy jsem to nezjistila

2/75,76: já jsem lékaři nahlásila co beru a když mi přinesli léky, tak vypadaly jako ty co beru

3/117,118: dala jsem lékaři papír s léky, které beru, tak snad to napsal dobře

4/167,168: zatím jsem nezjistila, že ba mi lékař špatně přepsal léky

5/207,208: neupozorním, protože to nezjistím, nenahlížím do dokumentace a pak já si je sám nepamatuju

6/247,248: to se mi nestalo, stejně bych to zjistil až tehdy, kdy by mi špatně dala léky sestra, takže bych to řekl až jí

1/40,41: to se mi nikdy nestalo, sestřičky jsou moc hodný, to je jako bych na ně měla házet špínu

2/78,79: kdyby lék vypadal jinak než obvykle tak bych se asi zeptala co to je, ale to se nestalo

3/120,121: řekla bych jí jestli jsou to vážně mé léky, i když já to co dostávám už moc nesleduju, je toho hodně

4/170,171: sleduju to co dostávám a když se mi to nezdá, tak chci, aby mi řekla co je to za léky. Takhle jsem třeba zjistila, že mi dávají jiné léky než beru, ale prý účinkují stejně

5/210: to se zatím nestalo nebo teda nevím o tom

6/250: řekl bych jí to, že se mi lék nezdá, ale to se mi ještě nestal

Příloha 6 Souhlas s překladem informační brožury The Joint Commission

permissions (permissions@jcrinc.com)
RE: Inquiry - Kubíková from the Czech republic
3. 5. 2016, 16:48:33
Komu: KubikovaNikola@seznam.cz
Hello Nikola,

Thank you for your inquiry. Yes, you may use this brochure "Help Prevent Errors in Your Care" for your thesis work. Please provide proper citation of The Joint Commission in your work.

Please let me know if you have any further questions.
Best regards,
Jennifer


Jennifer K. Ahearn, MA
Permissions Editor, PER
Joint Commission Resources
1515 West 22 nd Street
Oak Brook, IL 60523
630.792.5416

From: Nikola [mailto:KubikovaNikola@seznam.cz]
Sent: Tuesday, May 03, 2016 3:08 AM
To: permissions <permissions@jcrinc.com>
Subject: Inquiry - Kubíková from the Czech republic

Hello,
my name is Nikola Kubíková.
I am studying on University of South Bohemia in the Czech republic, the scope of the nursing. I write a thesis work on the topic of Prevention of errors during drug administration by nurse. Can I use in my work your brochure on the topic of Help Prevent Errors in Your Care - To prevent health care errors, patients are urged to... ?

Thank you for the answer.

Příloha 7 Originál informační brožury pro pacienty „Help Prevent Errors in Your Care“



Help Prevent Errors in Your Care

To prevent health care errors, patients are urged to...

SpeakUP™

The Joint Commission is the largest health care accrediting body in the United States that promotes quality and safety.

Helping health care organizations help patients

Everyone has a role in making health care safe. That includes doctors, health care executives, nurses and many health care technicians. Health care organizations all across the country are working to make health care safe. As a patient, you can make your care safer by being an active, involved and informed member of your health care team.

An Institute of Medicine report says that medical mistakes are a serious problem in the health care system. The IOM says that public awareness of the problem is an important step in making things better.

The "Speak Up™" program is sponsored by The Joint Commission. They agree that patients should be involved in their own health care. These efforts to increase patient awareness and involvement are also supported by the Centers for Medicare & Medicaid Services.

This program gives simple advice on how you can help make health care a good experience. Research shows that patients who take part in decisions about their own health care are more likely to get better faster. To help prevent health care mistakes, patients are urged to "Speak Up."



Speak up if you have questions or concerns. If you still do not understand, ask again. It is your body and you have a right to know.

- Your health is very important. Do not worry about being embarrassed if you do not understand something that your doctor, nurse or other health care professional tells you. If you do not understand because you speak another language, ask for someone who speaks your language. You have the right to get free help from someone who speaks your language.
- Do not be afraid to ask about safety. If you are having surgery, ask the doctor to mark the area that is to be operated on.
- Do not be afraid to tell the nurse or the doctor if you think you are about to get the wrong medicine.
- Do not be afraid to tell a health care professional if you think he or she has confused you with another patient.

Pay attention to the care you get. Always make sure you are getting the right treatments and medicines by the right health care professionals. Do not assume anything.

- Tell your nurse or doctor if something does not seem right.
- Expect health care workers to introduce themselves. Look for their identification (ID) badges. A new mother should know the person who she hands her baby to. If you do not know who the person is, ask for their ID.
- Notice whether your caregivers have washed their hands. Hand washing is the most important way to prevent infections. Do not be afraid to remind a doctor or nurse to do this.
- Know what time of the day you normally get medicine. If you do not get it, tell your nurse or doctor.
- Make sure your nurse or doctor checks your ID. Make sure he or she checks your wristband and asks your name before he or she gives you your medicine or treatment.

Educate yourself about your illness. Learn about the medical tests you get, and your treatment plan.

- Ask your doctor about the special training and experience that qualifies him or her to treat your illness.

- Look for information about your condition. Good places to get that information are from your doctor, your library, support groups, and respected Web sites, like the Centers for Disease Control & Prevention (CDC) Web site.
- Write down important facts your doctor tells you. Ask your doctor if he or she has any written information you can keep.
- Read all medical forms and make sure you understand them before you sign anything. If you do not understand, ask your doctor or nurse to explain them.
- Make sure you know how to work any equipment that is being used in your care. If you use oxygen at home, do not smoke or let anyone smoke near you.

Ask a trusted family member or friend to be your advocate (advisor or supporter).

- Your advocate can ask questions that you may not think about when you are stressed. Your advocate can also help remember answers to questions you have asked or write down information being discussed.
- Ask this person to stay with you, even overnight, when you are hospitalized. You may be able to rest better. Your advocate can help make sure you get the correct medicines and treatments.
- Your advocate should be someone who can communicate well and work cooperatively with medical staff for your best care.
- Make sure this person understands the kind of care you want and respects your decisions.
- Your advocate should know who your health care proxy decision-maker is; a proxy is a person you choose to sign a legal document so he or she can make decisions about your health care when you are unable to make your own decisions. Your advocate may also be your proxy under these circumstances. They should know this ahead of time.
- Go over the consents for treatment with your advocate and health care proxy, if your proxy is available, before you sign them. Make sure you all understand exactly what you are about to agree to.
- Make sure your advocate understands the type of care you will need when you get home. Your advocate should know what to look for if your condition is getting worse. He or she should also know who to call for help.

Know what medicines you take and why you take them. Medicine errors are the most common health care mistakes.

- Ask about why you should take the medicine. Ask for written information about it, including its brand and generic names. Also ask about the side effects of all medicines.
- If you do not recognize a medicine, double-check that it is for you. Ask about medicines that you are to take by mouth before you swallow them. Read the contents of the bags of intravenous (IV) fluids. If you are not well enough to do this, ask your advocate to do it.
- If you are given an IV, ask the nurse how long it should take for the liquid to run out. Tell the nurse if it does not seem to be dripping right (too fast or too slow).
- Whenever you get a new medicine, tell your doctors and nurses about allergies you have, or negative reactions you have had to other medicines.
- If you are taking a lot of medicines, be sure to ask your doctor or pharmacist if it is safe to take those medicines together. Do the same thing with vitamins, herbs and over-the-counter drugs.
- Make sure you can read the handwriting on prescriptions written by your doctor. If you cannot read it, the pharmacist may not be able to either. Ask somebody at the doctor's office to print the prescription, if necessary.
- Carry an up-to-date list of the medicines you are taking in your purse or wallet. Write down how much you take and when you take it. Go over the list with your doctor and other caregivers.

Use a hospital, clinic, surgery center, or other type of health care organization that has been carefully checked out. For example, The Joint Commission visits hospitals to see if they are meeting The Joint Commission's quality standards.

- Ask about the health care organization's experience in taking care of people with your type of illness. How often do they perform the procedure you need? What special care do they provide to help patients get well?
- If you have more than one hospital to choose from, ask your doctor which one has the best care for your condition.

- Before you leave the hospital or other facility, ask about follow-up care and make sure that you understand all the instructions.
- Go to Quality Check at www.qualitycheck.org to find out whether your hospital or other health care organization is "accredited." Accredited means that the hospital or health care organization works by rules that make sure that patient safety and quality standards are followed.

Participate in all decisions about your treatment. You are the center of the health care team.

- You and your doctor should agree on exactly what will be done during each step of your care.
- Know who will be taking care of you. Know how long the treatment will last. Know how you should feel.
- Understand that more tests or medications may not always be better for you. Ask your doctor how a new test or medication will help.
- Keep copies of your medical records from previous hospital stays and share them with your health care team. This will give them better information about your health history.
- Do not be afraid to ask for a second opinion. If you are unsure about the best treatment for your illness, talk with one or two additional doctors. The more information you have about all the kinds of treatment available to you, the better you will feel about the decisions made.
- Ask your doctor to recommend a support group you can join to help deal with your condition. People in these groups may help you prepare for the days and weeks ahead. They may be able to tell you what to expect and what worked best for them.
- Talk to your doctor and your family about your wishes regarding resuscitation and other life-saving actions.

Příloha 8 Překlad informační brožury pro pacienty „Help Prevent Errors in Your Care“/„Pomáhejte předcházet chybám ve Vaší péči“.

Pomáhejte předcházet chybám ve Vaší péči

K zabránění vzniku chyb ve zdravotní péči, jsou pacienti vyzýváni, aby...

„Mluvili nahlas“

The Joint Commission je největším akreditačním orgánem zdravotní péče ve Spojených státech, který podporuje kvalitu a bezpečnost.

Každý má roli ve vytváření bezpečné zdravotní péče. To zahrnuje lékaře, zdravotnické pracovníky, sestry a mnoho zdravotnické techniky. Zdravotnické organizace v celé zemi pracují na vytvoření bezpečné zdravotní péče. Jako pacient se můžete podílet na bezpečnější péči tím, že budete aktivním, zapojeným a informovaným členem vašeho zdravotnického týmu.

Institute of Medicine report (IOM) říká, že lékařské chyby jsou vážným problémem v systému zdravotní péče. IOM říká, že veřejné povědomí o problému, je důležitým krokem dělání věcí lépe.

Program "Mluvte nahlas" je sponzorován The Joint Commission. Souhlasí s tím, že by měli být pacienti zapojeni do své zdravotní péče. Tyto snahy o zvýšení informovanosti pacientů a jejich zapojení jsou podporovány také the Centers for Medicare & Medicaid Services.

Tento program dává jednoduché rady, jak můžete pomoci, aby zdravotní péče byla dobrou zkušeností. Výzkum ukazuje, že pacienti, kteří se podílejí na rozhodování o své vlastní zdravotní péči, se cítí lépe. K zabránění vzniku chyb ve zdravotní péči, jsou pacienti vyzýváni, aby "Mluvili nahlas".

Promluvte, pokud máte dotazy nebo obavy. Pokud stále nerozumíte, zeptejte se znovu. Je to vaše tělo a Vy máte právo vědět.

Zdraví je velmi důležité. Nemějte strach, jestliže nerozumíte tomu, co řekl Váš lékař, sestra nebo jiný profesionál zdravotní péče. Pokud nerozumíte, protože mluvíte jiným jazykem, zeptejte se někoho, kdo mluví stejnou řečí. Máte právo dostat bezplatnou pomoc od někoho, kdo mluví Vaším jazykem.

Nemějte strach zeptat se na bezpečnost. Pokud Vás čeká chirurgický zákrok, požádejte lékaře o označení oblasti, která bude operována.

Nebojte se říci sestře nebo lékaři, pokud si myslíte, že byste mohl dostat špatné léčivo.

Nemějte strach říci profesionálovi zdravotní péče, pokud si myslíte, že on nebo ona si vás spletl/a s jiným pacientem.

Buďte pozorní na to, jakou péči dostáváte. Neustále se ujišťujte, že se Vám dostává správné péče a léčiv od správného zdravotnického personálu. Ničeho se nedomnívejte, nepředpokládejte.

Řekněte své sestře nebo lékaři pokud se Vám něco nezdá.

Očekávejte, že se Vám zdravotní pracovníci představí. Čtete si jejich identifikační štítky. Rodička by měla znát osobu, které podala své dítě. Pokud osobu neznáte, požádejte ji o identifikační údaje.

Všímejte si, zda si ošetřující personál myje ruce. Mytí rukou je nejdůležitější k zabránění vzniku infekce. Nemějte strach toto připomenout lékaři či sestře.

Pozorujte, v jakou denní dobu jsou Vám podávána léčiva. Pokud je v tu dobu nedostanete, řekněte to sestře či lékaři.

Ujistěte se, že lékař nebo sestra provedou Vaši identifikaci. Ujistěte se, že on nebo ona zkontroluje Váš identifikační náramek před tím, než Vám podá léčivo nebo zdravotní péči. Vzdělávejte se sami o svém onemocnění. Učte se o vyšetřeních, která Vám jsou prováděna a o Vašem ošetřovacím plánu.

Požádejte svého lékaře o speciální vzdělání a zkušenosti, která jej kvalifikují k léčbě Vašeho onemocnění. Zjišťujte si informace o Vašem stavu.

Dobrymi misty k zjišt'ování těchto informací jsou lékař, Vaše knihovna, podpůrné skupiny a respektované webové stránky jako Centrum pro nemocnost, Centrum pro řízení nemocnosti a prevence.

Pište si důležitá fakta, která vám sdělí Váš lékař. Zeptejte se lékaře, jestli i on má nějaké psané informace, která si můžete uchovat.

Čtete všechny zdravotnické dokumenty a ujistěte se, že jim rozumíte před tím, než cokoliv podepíšete. Pokud jim nerozumíte, požádejte lékaře, aby Vám je vysvětlil.

Ujistěte se, jak pracují přístroje, které jsou používány k Vaší péči. Pokud používáte kyslík doma, nekuřte nebo nenechte kouřit někoho ve Vaší blízkosti.

Požádejte někoho ze členů své rodiny nebo přátel, kterým důvěřujete, aby byl Vaším advokátem (zástupcem).

Váš advokát se bude ptát na otázky, na které možná nepomyslíte, pokud jste vystresovaní. Tento člověk Vám může také pomoci zapamatovat si odpovědi

na otázky, na které jste se zeptali nebo napsat informace, které byly probrány.

Požádejte tohoto člověka, aby zůstal s Vámi dokonce i přes noc, pokud jste hospitalizováni. Možná si budete moci lépe odpočinout. Tento člověk Vám může pomoci ujistit se, že se Vám dostává správných léčiv a péče.

Váš advokát by měl být někdo, kdo umí dobře komunikovat a spolupracovat se zdravotnickým personálem k dosažení Vaší nejlepší péče.

Ujistěte se, že tato osoba rozumí péči, kterou potřebujete a respektuje Vaše rozhodnutí.

Váš advokát by měl vědět, kdo je zplnomocněná osoba v rozhodování o Vaší péči. Tato zplnomocněná osoba je osoba, kterou jste si vybrala a podepsala regulérní dokument, že může rozhodovat o Vaší zdravotní péči, v případě že Vy nejste schopni vlastních rozhodnutí. Váš zástupce může být za těchto okolností zplnomocněnec. Toto by měli vědět v dostatečném předstihu. Projděte si rozhodnutí o zdravotní péči se svým advokátem a s Vaším zdravotním zplnomocněncem před tím než podepíšete plnou moc. Ujistěte se,

že všichni rozumíte přesně tomu, co jste si odsouhlasili.

Ujistěte se, že Váš advokát rozumí péči, kterou budete potřebovat, až se dostanete domů. Váš advokát by měl vědět na co se zaměřit, pokud se Váš stav zhorší. Měl by také vědět koho volat v případě potřeby.

Vědět jaká léčiva užíváte a proč. Medikační pochybení je nejčastější chybou zdravotní péče.

Zeptejte se, proč byste měli vzít lék. Požádejte o písemné informace o léku, zahrnující jeho značku a generické názvy. Také se zeptejte na vedlejší účinky všech léčiv.

Pokud nerozeznáte léčivo, dvakrát zkontrolujte, že je pro Vás. Ptejte se na léčiva, která jsou podávána orálně před tím, než je spolknete. Čtěte obsah uvedený na obalu infuzních roztoků. Pokud to nejste dostatečně schopni udělat, požádejte svého advokáta.

Jestliže dostáváte léčiva intravenózně, zeptejte se sestry, jak dlouho bude trvat, než léčivo vykape. Řekněte sestře, v případě, kdy se Vám nezdá být správná rychlost podání (příliš rychle nebo pomalu).

Kdykoliv dostáváte nová léčiva, řekněte lékaři a sestře alergie, které máte nebo negativní reakce, které byste měli mít na jiná léčiva.

Pokud berete mnoho léčiv, ujistěte se zeptáním vašeho lékaře nebo lékárníka jestli je bezpečné je brát dohromady. Dělejte to samé s vitamíny, bylinami nebo volně prodejnými léky.

Ujistěte se, že přečtete rukopis nebo preskripci psanou Vaším lékařem. Pokud jej/ji nemůžete přečíst, nejspíš to neudělá ani lékárník. Požádejte někoho v lékařské ordinaci o vytisknutí receptu, pokud je to nezbytné.

Noste aktualizovaný seznam léčiv ve Vaší kabelce nebo peněžence. Pište si, kolik léků berete a kdy. Projděte si tento list s Vaším lékařem a ostatními ošetřujícími.

Užijte nemocnici, kliniku, chirurgické centrum nebo jiný typ zařízení zdravotní péče, který byl akreditován. Například The Joint Commission navštěvuje nemocnice, aby viděla, jestli odpovídají akreditačně kvalitativním standardům.

Zeptejte se poskytovatele zdravotních služeb na zkušenosti s péčí o lidi s

Vaším typem onemocnění. Jak často provádějí procedury, které potřebujete. Jakou speciální péči poskytují, aby pomohly pacientům se uzdravit. Pokud máte k výběru více než jednu nemocnici, zeptejte se Vašeho lékaře, která z nich poskytuje nejlepší péči vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu. Předtím než opustíte nemocnici nebo jiné zařízení, zeptejte se na pokračování péče a ujistěte se, že rozumíte všem instrukcím.

Běžte na webové stránky www.quality.org, kde zjistíte, zdali Vaše nemocnice nebo jiné zařízení je akreditované. Akreditované znamená, že nemocnice nebo jiné zařízení, pracuje podle pravidel, jimiž se ujišťuje, že je dodržována pacientova bezpečnost a kvalitativní standardy.

Podílejte se na všech rozhodnutích o Vás. Jste centrum v týmu zdravotní péče.

Vy a Váš lékař byste si měli přesně odsouhlasit, co bude uděláno během každého kroku Vaší péče.

Vědět kdo o Vás bude pečovat, jak dlouho bude péče trvat a vědět jak byste se měli cítit.

Rozumět tomu, že více vyšetření a léčiv pro Vás nemusí vždy znamenat to lepší. Zeptej se lékaře, jak Vám další vyšetření nebo lék má pomoci.

Uchovávejte si kopie Vašich lékařských záznamů z minulých pobytů v nemocnici a sdílejte je s Vaším týmem zdravotní péče. Toto jim dá lepší informace o Vaší zdravotní historii.

Nemějte strach se zeptat na jiné možnosti. Pokud si nejste jisti, že vybraná léčba je tou nejlepší možností pro Vaše uzdravení, konzultujte ji s dalším jedním nebo dvěma lékaři. Čím více informací budete mít o druhu léčby, tím lepší budete mít pocit z rozhodnutí, která budou provedena.

Požádejte lékaře o doporučení podpůrné skupiny, ke které se může připojit, která Vám pomůže řešit Váš stav. Lidé v těchto skupinách Vám mohou pomoci připravit se na dny a týdny dopředu. Mohou být schopni Vám říci, co máte očekávat a co jim pomohlo nejlépe.

Řekněte svému lékaři a rodině o Vašich přáních ohledně resuscitace a dalších život zachraňujících akcích.

Zdroj: The Joint Commission, 2015.