

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Jitka Polívková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita a bezpečí při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče

Bc. Jitka Polívková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jitka Polívková**
Osobní číslo: **Z16276**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Kvalita a bezpečí při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

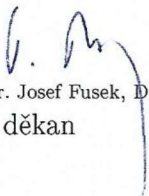
1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. Výzkum a ošetřovatelství. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
3. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. Ošetřovatelská perioperační péče. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
4. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.
5. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. Perioperační ošetřovatelská péče. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.


Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

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

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

V Pardubicích dne 24. 4. 2019

Bc. Jitka Polívková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych velice ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za vstřícnost a cenné rady, které mi pomohly úspěšně zpracovat tuto práci. Poděkování také patří všem respondentkám, které byly ochotné se podělit o své zkušenosti. V neposlední řadě bych ráda vyjádřila své velké díky mé rodině, která mě podporovala a povzbuzovala po celou dobu studia, hlavně děkuji mému manželovi za nekonečnou trpělivost.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje kvalitě a bezpečí při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče. Oblasti, které se týkají kvality a bezpečí zdravotnických služeb, rizik ve zdravotnických zařízeních a zacházení s léčivými přípravky, jsou obsaženy v teoretické části. Výzkumná část diplomové práce je složena z analýzy vnitřních předpisů nemocnice a kvalitativního šetření formou rozhovorů, při kterém byly zjišťovány zkušenosti porodních asistentek a všeobecných sester při zacházení s léčivými přípravky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita a bezpečí, perioperační péče, medikační pochybení, léčivé přípravky

TITLE

Quality and Safety in the Medicinal Products Treatment within Perioperative Care

ANNOTATION

My diploma thesis deals with quality and safety in the treatment of medicaments in terms of perioperative care. The sections related to the quality and safety of health services, risks in healthcare facilities and treatment of medicaments are included in the theoretical part. The research part of the thesis consists of an analysis of hospital internal rules and a qualitative survey in the form of interviews where experience of midwives and nurses in the treatment of medicaments has been examined.

KEYWORDS

Quality and safety, perioperative care, medication malpractice, medicinal products

OBSAH

Úvod.....	10
1 Cíl práce.....	11
1.1 Cíl pro teoretickou část práce.....	11
1.2 Cíl pro výzkumnou část práce.....	11
2 Teoretická část.....	12
2.1 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví.....	12
2.1.1 Kvalita.....	12
2.1.2 Kvalita zdravotnických služeb.....	14
2.1.3 Kontinuální zvyšování kvality.....	16
2.1.4 Bezpečné poskytování zdravotní péče.....	18
2.2 Rizika ve zdravotní péči.....	20
2.2.1 Teorie vzniku rizik.....	21
2.2.2 Nežádoucí události.....	21
2.3 Zacházení s léčivými přípravky.....	25
2.3.1 Objednávání, skladování a likvidace léčivých přípravků.....	25
2.3.2 Předepisování a podávání léčivých přípravků.....	27
2.3.3 LASA léky.....	27
3 Výzkumná praktická část.....	28
3.1 Cíle výzkumné části.....	28
3.2 Výzkumná otázka.....	28
3.3 Metodika výzkumu.....	28
3.3.1 Popis respondentek.....	29
3.3.2 Charakteristika gynekologického oddělení.....	30
3.3.3 Charakteristika JIP chirurgických oborů.....	31
3.4 Analýza směrnic.....	32
3.4.1 Správné a bezpečné skladování léčivých přípravků.....	32

3.4.2	Objednávání, předepisování a podávání léků v nemocnici.....	34
3.4.3	Minimální náležitosti správné a úplné ordinace	35
3.4.4	Podávání léků dle ordinace	36
3.4.5	Skladování a užívání vnesených léků do nemocnice.....	37
3.4.6	Shrnutí analýzy směrnic.....	37
3.5	Rozhovory – porodní asistentky a všeobecné sestry.....	38
3.5.1	Objednávání léčivých přípravků	38
3.5.2	Skladování léčivých přípravků	39
3.5.3	Předepisování léčivých přípravků.....	42
3.5.4	Podávání léčivých přípravků	43
3.5.5	Likvidace léčivých přípravků	46
3.5.6	Směrnice a audit.....	47
3.5.7	Medikační pochybení.....	49
3.5.8	Vnesené léky	52
3.5.9	Nová dokumentace	54
4	Diskuze	56
5	Závěr	64
6	Použitá literatura	65
	Přílohy.....	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
JCAHO	Joints Commission on Accreditation of Healthcare Organization (Spojená komise pro akreditace zdravotnických zařízení)
JCI	Joints Commission International
SAK	Spojená akreditační komise
EU	Evropská unie
tzv.	takzvaný
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
NU	nežádoucí událost
PZS	poskytovatel zdravotnických služeb
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
NSHNU	Národní systém hlášení nežádoucích událostí
JIP	Jednotka intenzivní péče
IMP	oddělení intermediární péče
NL	návykové látky

ÚVOD

Název diplomové práce zní „Kvalita a bezpečí při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče“. Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti této problematiky. Kvalita je jedním ze základních požadavků dnešní doby, je zmiňována ve všech odvětvích lidské činnosti, zdravotnictví nevyjímaje. Avšak stupeň informovanosti odborné i laické veřejnosti o bezpečí a kvalitě ve zdravotnictví je stále velmi nízký.

S kvalitou se neodmyslitelně pojí bezpečnost. Jedině kvalitní péče může být bezpečná péče. Každé zdravotnické zařízení je povinno zajistit kvalitní a bezpečné poskytování zdravotní péče. Možností, jak dosáhnout požadovaných cílů, je vypracovat postupy, které zaručí správný chod oddělení.

Studie probíhající od konce osmdesátých let minulého století v zahraničí ukazují, že v souvislosti s hospitalizací je poškozeno přibližně 10% pacientů. Předpokládá se, že většině těchto událostí lze předejít, nebo alespoň zmírnit dopady na pacienty postižených tzv. nežádoucích událostí. Odborná veřejnost dříve popírala význam prevence rizik a existenci nežádoucích událostí. To však byl chybný a zcela krátkozraký postoj, neboť právě analýza již vzniklé nežádoucí události může dát vzniknout opatřením, která v budoucnu podobné chybě zabrání. Dnes se postoj k prevenci rizik mění. Nejen zásluhou platné legislativy, která ukládá zdravotnickým zařízením povinnost hlásit nežádoucí události do centrálního registru, ale i vzděláváním zdravotníků v problematice zvyšování kvality a bezpečnosti.

Mezi nežádoucí události je mimo jiné zařazeno medikační pochybení, neboť zacházení s léčivými přípravky patří do nejrizikovější oblasti péče ve zdravotnictví. Škrla (2005) ve své publikaci odkazuje na zahraniční studii, která uvádí naprosto šokující poznatky. Ze studie vyplývá, že každý pátý pacient zažije nějakou formu medikačního pochybení a 7% těchto pacientů bude mít prokazatelné následky v souvislosti s medikačním pochybením.

V nemocnici jsem pracovala jako porodní asistentka téměř devět let. Osobně jsem zažila medikační pochybení z pohledu zdravotníka. Proto jsem se rozhodla výzkumnou část diplomové práce zpracovat formou rozhovorů s porodními asistentkami a všeobecnými sestrami, ve kterých popisují vlastní zkušenosti nejen při zacházení s léčivými přípravky, ale také se vyjadřují k auditům, medikačnímu pochybení a jeho hlášení. V teoretické části jsou popsána teoretická východiska pro kvalitu poskytované péče, jako je definice pojmu, legislativní podklady, metody měření, hodnocení kvality apod.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíl pro teoretickou část práce

Cílem teoretické části diplomové práce je představit problematiku zacházení s léčivými přípravky včetně seznámení s aktuální právní legislativou, dále popsání možností zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnickém zařízení.

1.2 Cíl pro výzkumnou část práce

Cílem je provést analýzu nemocničních směrnic pomocí akreditačních standardů SAK.

Kvalitativním výzkumem metodou rozhovoru pomocí návodu zjistit, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester a porodních asistentek při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita a bezpečí ve zdravotnictví

2.1.1 Kvalita

Kvalita je v dnešní společnosti skloňována ve všech oborech lidské činnosti a moderní zdravotnictví samozřejmě není výjimkou. Na kvalitu lze nahlížet z mnoha směrů a její definice i následné hodnocení není zcela jednoduché.

Lidé se kvalitou zabývali odedávna, mezi první organizace, které stanovovaly pravidla a kontrolovaly jejich dodržování, byly cechy. Po II. světové válce kvalita zaznamenala velký vývoj, neboť kvalita výrobků určovala konkurenceschopnost firem (Madar, 2004). V dřívějších dobách se kvalitou zabývaly především podnikatelské subjekty s cílem zvýšení tržeb a také otázky řízení a zvyšování kvality patřily převážně do komerční sféry. To dnes již neplatí (Sládek, 2013). Dnes je kvalita vnímána nejen jako soubor technik a postupů, ale spíše jako filozofie (Škrlovi, 2003).

„Pojem jakost (kvalita) může být definován jako celkový souhrn znaků entity, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předem určené potřeby.“ Pojem „kvalita péče“ je také definován mnoha způsoby. V roce 1966 definovala zdravotní péči WHO jako *„souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“*. (Madar, 2004, s. 33)

Jednou z nejznámějších a nejcitovanějších definic kvality zdravotní péče je ta, kterou uvádí Gladkij : *„Kvalita zdravotní péče znamená dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků.“* (Gladkij, 2003, s. 364)

Ministerstvo zdravotnictví ČR vnímá kvalitu především ze dvou hledisek. Z prvního hlediska je hlavním charakterem kvality uspokojování potřeb zákazníka (pacienta), z druhého hlediska je kvalita vnímána jako shoda se standardem. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon nabyl účinnosti 1. dubna 2012. V témže roce, 22. března, byla vydána prováděcí vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. (Věstník MZ ČR 5/2012)

Na kvalitu lze nahlížet ze tří základních perspektiv. Z hlediska personálu zdravotnického zařízení, jde hlavně o uspokojování medicínských potřeb. Hledisko pacienta, kdy je zásadní jeho spokojenost s nemocničními službami. V neposlední řadě zohledňujeme hledisko výstupu, kdy je pro nás důležité, zda zdravotní péče přinesla požadované zvýšení kvality života pacientů. V současnosti se mnoho zdravotnických zařízení zaměřuje na zvyšování kvality péče. Tato činnost jim umožňuje uspět v konkurenčních podmínkách (Škrlovi 2003).

Kvalita je velice komplexní pojem a má celou řadu dimenzí. Škrlovi (2003) dimenze kvality přirovnávají k diamantu s jedenácti plochami, které je pro zvýšení hodnoty diamantu třeba dokonale vybrousit, stejně tak jako je nutné zlepšovat a rozvíjet tyto dimenze v oblasti kvality. Mezi ně například patří bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přijatelnost, úcta a vnímavost (Škrlovi, 2003). Všechny tyto kategorie lze hodnotit ve dvou základních rozměrech. Rozměr subjektivní, který sleduje mou spokojenost jako jedince, a rozměr objektivní, ve kterém jsou sledovány přesně nastavená a dohodnutá kritéria (Madar, 2004).

Vymezením pojmu kvalita se ve své knize zabývá Malík Holasová (2014, s. 19 - 21), kde uvádí rozdělení pojmu kvality na orientaci na produkt, na zákazníka, na stanovené požadavky, cenu a poskytovatele:

- *Orientace na produkt* – kdy produktem lze považovat výsledek činnosti, kvalita může být kategorizovaná (např. dobrá, špatná).
- *Orientace na zákazníka* – kvalita je posuzována z hlediska zákazníka, zda jsou služby dostupné a pro něho dobré.
- *Orientace na dosažení předem stanovených požadavků* – kvalita je hodnocena podle předem určených specifikací (např. rychlost a přesnost poskytované služby), často souvisí s naplněním standardů kvality.
- *Orientace na cenu* - čím je přijatelnější cena určitého produktu pro zákazníka, tím lépe je hodnocena kvalita. Hodnocení kvality orientované na cenu je platné pouze pro některá zdravotnická zařízení spíše soukromého charakteru.
- *Orientace na poskytovatele* – poskytovatel je osoba nebo organizace, poskytující danou zdravotní péči. Poskytovatel určí požadavky na péči a kvalita ukazuje, jak byly tyto požadavky naplněny.

2.1.2 Kvalita zdravotnických služeb

Hodnocení kvality zdravotnických služeb je velice náročné. Proto je zapotřebí stanovení měřitelných veličin, sběr, analýza a porovnání určených dat v rámci jednoho zdravotnického zařízení nebo v porovnání několika zařízení poskytujících totožný druh zdravotní péče. Škrlovi (2003) zmiňují čtyři zdroje dat, díky kterým lze měřit a vyhodnocovat kvalitu zdravotní péče a poskytovaných služeb:

- Od pacientů a jiných interních nebo externích klientů
- Od externích odborníků
- Z auditů
- Z indikátorů kvality

Z těchto čtyř zdrojů jsou nejčastěji používány audity a indikátory kvality. V hodnocení kvality služeb prostřednictvím pacientů a jiných klientů, se odráží subjektivní pohled hodnotitelů (Škrlovi, 2003).

2.1.2.1 Indikátory kvality

Indikátor neboli ukazatel lze definovat jako nástroj výkonnosti, který je používán k měření a hodnocení, poté i zlepšování kvality služeb. Indikátory se dají rozdělit na dva druhy a to poměrové indikátory a strážní (sentinelové) indikátory. Indikátory poměrové jsou založeny na spojování dat o fenoménech, vyskytujících se s určitou pravidelností. Jak už název napovídá, mohou být vyjádřeny poměrem nebo průměrem. Sentinelové indikátory se vztahují hlavně na mimořádné události. Při výběru sledovaného indikátoru je třeba zohlednit nemožnost sledování všech indikátorů, je tedy nutné vybrat indikátory nejrizikovější (např. podávání léčiv). Jako zdroj pro stanovení indikátorů kvality ve svém zařízení mohou organizace použít audit nebo globální indikátory. Jednotlivá zařízení sama rozhodují o tom, které oblasti budou sledovat pomocí objektivních dat. Zařízení však musí být schopné zdůvodnit, proč zvolilo právě takové spektrum sledovaných indikátorů. Dále musí demonstrovat, jaká opatření byla přijata po vyhodnocení dat o kvalitě. (Škrlovi, 2003, Plevová, 2012)

2.1.2.2 Zdravotnický audit

Audit (z lat. *auditus*, slyšení) znamená přezkoumání a zhodnocení dokumentů, procesů a postupů. Posláním a smyslem auditu je vyjádřit názor nezávislého kvalifikovaného odborníka. Kvalitně provedený audit dává užitečné výsledky pro řízení ZZ. Nachází místa zlepšení, dává podněty, jak zlepšit kvalitu a bezpečnost ZZ. (Komora auditorů České republiky 2019)

Auditem může být označen proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věci. Audit je nedílnou součástí hodnocení kvality nejen ve zdravotnickém zařízení. Na většině pracovišť je audit vnímán jako nástroj na hodnocení sester a hledání chyb v jejich práci. Tato představa je samozřejmě špatná a vyvolává u personálu zbytečně negativní postoj. Cílem auditu je hledání „slabých míst“ v systému nebo procesu a po zjištění těchto nedostatků následuje náprava. (Plevová, 2012)

Audity dělíme na interní, které jsou prováděny v rámci oddělení, většinou kolegy, a externí, které provádějí osoby k tomuto hodnocení oprávněné. Pokud je dostatečné množství správně provedených interních auditů, není třeba provádět časté audity externí (Škrlovi, 2003).

Zavedení interních auditů je součástí *Akreditačních standardů pro nemocnice (2014)*. Zde je popisován interní audit jako základní nástroj k prosazování a udržení vysoké kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Interní audit má zkoumat veškeré postupy a pracoviště. Autoři uvádí důležitost systémového plánování auditu, vypracování vnitřního předpisu, který definuje podmínky, postupy a zásady auditu, jakož i kvalifikaci auditorů. (Marx, Vlček 2013). „*Nemocnice standard naplní, když prokáže, že interní audit je systémově plánován a řízen, je rozprostřen do celé nemocnice a na základě zjištění z auditů jsou přijímána opatření ke zlepšování.*“ (Marx, Vlček 2013, str. 119).

Od roku 2012 udělilo MZ ČR devíti společnostem oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Hodnocení probíhá formou externích auditů, prováděných na základě žádosti zdravotnického zařízení. (MN ČR)

Od roku 2018 je v Psychiatrické nemocnici Bohnice realizován projekt S.O.V.A. (Systém Optimalizace Vnitřních Auditů), který si klade za cíle zvýšit odbornou úroveň auditorů, popularizovat audity v očích zaměstnanců, vyškolit nové kolegy v realizaci vnitřních auditů, zvýšit motivaci auditorů a umožnit auditorům odbornou reflexi v podobě supervizních setkání. Ambicemi projektu není nikoho zastrášovat, ale naopak podtrhnout význam auditu i

ve smyslu ochrany zaměstnanců před možnými chybami. Výsledky auditu je tedy nutné předkládat všeobecně, nikoli adresně. (Běhounek, 2019)

2.1.3 Kontinuální zvyšování kvality

Na první pohled by se mohlo zdát, že kvalita je jednou z hlavních priorit pouze ve zdravotnických zařízeních, ale zvyšováním kvality léčebné a ošetrovatelské péče se dlouhodobě zabývá i Ministerstvo zdravotnictví. Pro efektivní zvyšování kvality poskytovaných služeb je třeba změnit zaběhlé postupy, ale i zásadně změnit myšlení zaměstnanců. *„Vzhledem k tomu, že výsledky poskytované péče jsou ovlivněny činností různých skupin zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, je nutné, aby řízení kvality a bezpečí zahrnovalo všechny postupy a činnosti celé nemocnice.“* (Marx, Vlček, 2013, s. 116)

Standardizace zdravotní péče je ve vyspělých zemích samozřejmostí. Nejen pacienti, ale i plátcí zdravotní péče očekávají kvalitní a efektivní služby. Jak uvádí Gladkij (2003), standard lze chápat jako základní normu pro srovnávání (hodnocení) kvality pracovních postupů. Existuje základní rozdělení systémových modelů kvality do čtyř základních skupin:

- Modely systémů řízení kvality (ISO)
- Modely akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, SAK_ČR)
- Modely definující proces tvorby akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)
- Modely excelence (Baldrige, Six sigma) (Škrlovi, 2003).

2.1.3.1 ISO

ISO (The international Organization for Standardization) neboli Mezinárodní organizace pro standardizaci. Organizace byla založena v Ženevě 23. února 1947, její název ISO je odvozený z řeckého isos, které znamená „stejný“. Dnes má členy ze 163 zemí a od svého založení vydali 22528 mezinárodních standardů. Normy ISO jsou vyvíjeny skupinami odborníků z celého světa. Tito odborníci vyjednávají všechny aspekty standardu, včetně jeho rozsahu, klíčových definic a obsahu. (ISO 2019)

Normy obsahující doporučení pro systém managementu kvality jsou rozděleny do tří okruhů a každá tato norma zastává jinou funkci.

- ISO 9000:2000 – Systémy managementu jakosti – základy, zásady, slovník: zabývá se výkladem nejdůležitějších pojmů v oblasti managementu kvality, jakosti a jejího zabezpečování.
- ISO 9001:2000 - Systémy managementu jakosti – požadavky: jde o normu hlavní, podle které se provádí zavedení a následné prověřování využitého systému jakosti
- ISO 9004:2000 - Systémy managementu jakosti – směrnice pro zlepšování výkonnosti: jedná se o doporučení, které organizace mohou zavést nad rámec předchozí normy.

Mezinárodní organizace pro standardizaci vytváří a vydává normy, ale neprovádí audity a certifikace. Tyto úkony provádí nezávislé certifikační orgány. (Plevová, 2012)

2.1.3.2 JCAHO a JCI

Spojená komise pro akreditace zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization – JCAHO). Byla založena roku 1951 v USA za přispění Amerického svazu chirurgů, který se zabýval kvalitou léčebné péče. V roce 1953 JCAHO publikovala akreditační standardy pro nemocnice. Společnost se snaží rozpracovat soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality na poskytovanou zdravotní péči na všech úrovních zdravotní péče, jako například laboratoře, systém domácí péče, ambulancí, akutní a dlouhodobé péče (Plevová, 2012). Dceřinou společností je Joint Commission International, která vznikla v roce 1999. V červenci roku 2017 společnost uveřejnila již šesté vydání standardů pro nemocnice, které definují očekávání výkonů, struktury a funkce a které musí být zavedeny tak, aby nemocnice mohla být akreditována JCI. Normy jsou rozděleny do dvou oblastí. Zaměřují se na péči o pacienta a řízení organizace zdravotní péče. (Joint Commission International 2019)

2.1.3.3 SAK

Spojená akreditační komise (SAK) ČR vznikla v roce 1998. Cílem komise je trvalé zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotní péči a snížení variability mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče dle zákona č. 372/2011 Sb. Zařazení zdravotnického zařízení do akreditace je dobrovolné, přesto bylo v roce 2017 akreditováno 144 pracovišť,

z toho 39 pracovišť opakovaně. Národní akreditace je udělována na 3 roky, poté musí zdravotní zařízení projít neakreditačním šetřením. SAK vydává akreditační standardy pro nemocnice, zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb (platné od 2014), následnou péči (2015), zdravotnické záchranné služby (pilotní verze 2016), ambulantní zdravotnická zařízení (nově platné od 1. 4. 2019). (SAK 2019)

Akreditační standardy jsou rozděleny na dvě části. V první části publikace jsou uvedeny standardy vztahující se ke klinickým aktivitám, ve druhé části pak standardy organizační a manažerské. Jako samostatná kapitola jsou zařazeny Resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR (Marx, Vlček 2013).

2.1.4 Bezpečné poskytování zdravotní péče

Problematikou bezpečí poskytované zdravotní péče se velmi intenzivně zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO), která se v roce 2004 výrazně zasadila o vznik Světové aliance pro bezpečí pacientů. Hlavním cílem aliance je zpřístupňovat informace o možnostech prevence poškození pacientů v průběhu ústavní péče. K těmto účelům byla v květnu roku 2007 vydána Patient Safety Solutions (Řešení bezpečí péče o pacienty). Zaměřuje se na identifikaci pacientů, hygienu rukou, prevenci záměny orgánů, strany výkonu či pacienta, prevence záměny léků s podobnými názvy a obaly, postup při předávání pacientů mezi směnami, bezpečné skladování koncentrovaných elektrolytů, prevenci medikačních chyb při překladech pacientů, používání jednorázových pomůcek, prevenci nesprávně napojených katetrů. (MZ ČR 2010)

Zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních je celosvětovou prioritou. V dubnu 2005 byla členskými státy EU schválena tzv. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů, jejímž výstupem jsou doporučení v oblasti bezpečnosti pacientů, na které se mají členské státy EU zaměřit. (Šupšáková, 2017)

Zvýšení bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních se věnuje například Health First Europe. Jedná se o neziskovou alianci pacientů, zdravotnických pracovníků, akademických pracovníků, odborníků v oblasti zdravotnictví a zdravotnického průmyslu. Zastává názor, že zaměření na bezpečnost pacientů vede k úsporám při léčbě pacientů vystavených nežádoucím událostem a následnému efektivnějšímu využití finančních zdrojů. Avšak nejdůležitější myšlenkou je, že bezpečnost pacientů přispívá ke zvýšení kvality života. (Health First Europe 2019)

2.1.4.1 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle (RBC) vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů. V roce 2010 bylo Ministerstvem zdravotnictví vyhlášeno pět RBC pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, ke kterým byly následující rok přidány další dva. Aktualizace z roku 2015 navýšila celkový počet cílů na deset, z čehož dva jsou pro poskytovatele ambulantních služeb a zdravotní záchranné služby. Resortní bezpečnostní cíle byly v roce 2012 začleněny do povinných minimálních zákonných požadavků MZ pro zavedení interního hodnocení kvality a bezpečí. SAK – ČR tyto resortní bezpečnostní cíle zahrnuje do vnitřních předpisů v roce 2014. (Šupšáková, 2017)

Resortní bezpečnostní cíle MZ:

- *pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče:*

RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů

RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti

RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC4 - Prevence pádů

RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

RBC6 - Bezpečná komunikace

RBC7 - Bezpečné předávání pacientů

RBC8 - Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

- *pro poskytovatele ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby:*

RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti

RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (Věstník MZ ČR, 16/2015, s. 4 -7)

Pro potřeby diplomové práce budou popsány dva bezpečnostní cíle, které přímo souvisí se zacházením s léčivými přípravky. Je důležitá bezpečná identifikace pacientů a je nutné dodržovat bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti.

Bezpečná identifikace pacientů vyžaduje alespoň dva nástroje k identifikaci pacienta (např. jméno, datum narození), identifikace pacienta musí proběhnout vždy před podáním léčivých přípravků, před odebíráním laboratorních vzorků, vždy před diagnostickými či terapeutickými výkony.

Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti popisuje skladování léčiv s vysokou mírou rizika a nakládání s nimi. Mezi ně patří injekční roztoky chloridu draselného (KCl) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny. Nemocnice však mají možnost seznam doplnit. Léčiva označená jako riziková by měla být skladována jen tam, kde se podávají, a to bezpečným způsobem, do kterého patří skladování oddělené od jiných léčiv, aby nedošlo k záměně. (SAK 2013)

2.1.4.2 Spolupráce s Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

V roce 2013 se Česká republika zapojila do projektu Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD). Projekt s názvem *Studie kvality zdravotní péče* započal v roce 2013 a byly hodnoceny čtyři oblasti: systém zdravotnictví v ČR a jeho kvalita, datová základna ve zdravotnictví, screeningové programy a diabetes mellitus. MZ v souladu s doporučeními OECD stanovilo základní parametry rozvoje kvality a bezpečí zdravotní péče. Jedná se o zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečí, zvýšení zainteresovanosti na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb u veřejnosti, kontinuální zvyšování kvality a bezpečí při poskytování zdravotnických služeb, podpora kvality populačního zdraví obyvatelstva prostřednictvím efektivního bezpečného zdravotnictví (Šupšáková, 2017).

2.2 Rizika ve zdravotní péči

Výraz riziko pochází z italského „risicio“ a původně vyjadřoval úskalí, kterému byli vystaveni mořeplavci a kterému se museli vyhnout. Riziko znamená hrozbu, potenciální problém, nebezpečí vzniku škody, možnost selhání a neúspěchu, poškození, ztráty či zničení. Podceňování rizika a nerespektování směrnic nebo standardů již nelze nazývat jako rizikem, ale přímo hazardem (Škrlovi, 2008).

Jak definovat riziko? Stejně jako u kvality, existuje mnoho definic rizika. Šupšáková (2017) uvádí čtyři nejčastější: pravděpodobnost vzniku ztráty nebo neúspěchu, nejistota dosažených výsledků, odchýlení od očekávané skutečnosti, obecně rozložení variant určitého jevu.

Gladkij definuje „riziko – pravděpodobnost nebo možnost nebezpečí, ztráty nebo poškození“ (Gladkij, 2003, s. 367)

2.2.1 Teorie vzniku rizik

Teorie „švýcarského sýra“ (Swiss Cheese Model) je jednou z mnoha teorií, která je široce akceptovatelná. Představme si plátky sýru jako bariéry, které bohužel nejsou jednoduté, ale obsahují „díry v sýru“, tyto díry zastupují možná selhání, jsou různého počtu, velikosti a rozmístění. Zda k chybě dojde nebo ne, záleží na kombinaci několika faktorů. Model švýcarského sýra je používán v nejrůznějších oborech, nejen ve zdravotnictví. Tato teorie rozděluje pochybení na aktivní (přímé) a pasivní (latentní), to znamená, že chyby v bariérách jsou obsaženy skrytě, a díky náhodné shodě okolností dojde k pochybení. Není výjimkou, že daná chyba překoná několik bariér (Šupšáková, 2017).

2.2.2 Nežádoucí události

„Nežádoucí události (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické, a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb (PZS) nebo jeho zaměstnanec.“ (Věstník MZ ČR, 7/2018, s. 20)

Za nežádoucí události mohou být také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, tělesné poškození pacienta. Nežádoucími událostmi taktéž nazýváme situace, kdy k identifikaci došlo před poškozením pacienta. Situace, při nich došlo k odhalení nesprávného postupu, nazýváme „skorochyby“. (Věstník MZ ČR, 7/2018)

V ČR funguje *Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU)*. Historie tohoto systému se píše od roku 2007, kdy byla zavedena studie sledování NU v zařízeních následné péče. Byla vypracována metodika sledování NU. Budování systému probíhalo mezi roky 2008 -2010, kdy v listopadu 2010 byla tato metodika vydána ve věstníku MZ. Zapojení do systému hlášení nežádoucích událostí bylo dobrovolné. NSHNU byl spravován 3. lékařskou

fakultou Univerzity Karlovy, lednem 2013 přechází správa na Ústav zdravotnických informací (ÚZIS) a statistiky ČR. (Šupšáková, 2017)

MZ ve snaze podpořit sledování nežádoucích událostí na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb zajišťuje sběr dat a metodickou podporu v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) na centrální úrovni. Jednotliví poskytovatelé mají povinnost zavést lokální systém sledování nežádoucích událostí v podobě, která odpovídá potřebám jejich instituce. *„Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro všechny poskytovatele lůžkové zdravotní péče akutní, u následné a dlouhodobé péče je povinné od 1. 1. 2018.“* Hlášení nežádoucích událostí bude probíhat jednou ročně a data budou předána do SHNU formou výkazu *L (MZ) 3-01 – Výkaz o počtu hlášení nežádoucích událostí*. Lhůta pro vložení dat za rok 2018 je do května 2019. Výsledky tedy v době vypracování diplomové práce nejsou dostupné. (Věstník MZ ČR, 7/2018; ÚZIS)

MZ rozřadilo NU do kategorií, podle kterých se PZS mohou řídit. V porovnání se staršími verzemi je upuštěno od sledování nozokomiálních infekcí. Poslední kategorie uvedené ve Věstníku MZ ČR 7/2018 jsou:

- Pády
- Dekubity
- Klinická administrativa
- Klinický výkon
- **Dokumentace**
- **Medikace/i.v. roztoky**
- Transfuze/krevní deriváty
- Dieta/výživa
- Medicinální plyny
- Medicínské přístroje/vybavení
- Chování osob
- Nehody a neočekávaná zranění
- Technické problémy
- Zdroje / management organizace
- Neočekávané zhoršení klinického stavu
- Jiné NU

Pro tuto práci jsou stěžejní NU v oblasti dokumentace a medikace/i.v. roztoky.

2.2.2.1 Klasifikace nežádoucích událostí

Asi nejvýstižnější klasifikace nežádoucích událostí je popsána Škrlou (2005), ve své publikaci rozdělil pochybení do třech základních skupin:

- Téměř pochybení – jde o pochybení, kterému bylo v poslední chvíli zabráněno a nedošlo k poškození ani pacienta, ani majetku možným vědomým či nevědomým poškozením.
- Nežádoucí událost bez následků – kdy došlo k postupu non lege artis, avšak ani v tomto případě nedošlo k poškození pacientova zdraví.
- Událost s následky – v tomto případě již pochybení vedlo k poškození zdraví či majetku. Dále je možné rozlišit, zda se jedná o mírný, vážný nebo trvalý následek, či v krajním případě smrt pacienta. (Škrla, 2005)

Mnoho nežádoucích událostí není hlášeno, což může být zapříčiněno nesprávným pochopením smyslu onoho hlášení personálem, falešnou hrdostí účastníků nežádoucí události, strachem z potrestání. Je tedy úkolem vedení PZS vytvořit prostředí bez obviňování, trestání viníků a je důležité hlavně obeznámit personál s přínosem hlášení nežádoucích událostí při zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.

2.2.2.2 Medikační pochybení

Mezi nejčastější příčiny medikačního pochybení je na prvním místě lidský faktor. Zdravotní sestry, které podávají medikaci, jsou v průběhu své práce ovlivněny mnoha faktory, které mohou zapříčinit chybu v platném postupu. Mezi tyto faktory můžeme řadit například stres, únavu, nezkušenost, špatnou komunikaci, akutnost pacientů, pracovní zátěž.

Studie uveřejněná v časopise Nursing2015 uvádí, že 1% až 2% pacientů jsou v průběhu hospitalizace poškozena v souvislosti s podávanou medikací. V důsledku toho se pak hospitalizace prodlužuje o 4 až 10 dní. Tento stav má za následek nejen zvýšení nákladů na léčbu, ale hlavně zhoršení kvality života pacientů. Dále uvádí, že celých 73% pochybení je způsobených lidským faktorem. Lidské chyby jsou neúmyslné a v některých případech nepředvídatelné, je proto nadmíru důležité medikační pochybení a skoropochybení hlásit, analyzovat je a vyvodit závěry ve smyslu systémových opatření. Ze studie vyplývá, že nejméně polovina sester pochybení nehlásí ze strachu, že pokud přiznají, že udělaly chybu, budou vnímány jako nekompetentní pracovníci. Kultura strachu a viny tedy vede k nehlášení

chyb. Následně není možnost se z těchto omylů poučit a vytvořit tak bezpečnější prostředí pro pacienty. (Durham 2015)

Velice zajímavý a určitě přínosný je i výzkum Mgr. Markéty Karlecové ze studijního oboru intenzivní péče, která v rámci diplomové práce zpracovala téma „Ředění a podávání léčiv intravenózní cestou“. Cílem diplomové práce bylo definování nejčastěji se vyskytujících medikačních pochybení a rizik při ředění a podávání léčiv intravenózní cestou na odděleních JIP a ARO. Z výsledků vyplývá, že samy sestry považují podání intravenózní medikace za vysoce rizikovou. Mgr. Karlecová uvádí, že mezi třemi nejčastějšími medikačními pochybeními, kterých se respondenti dopustili, jsou: nedodržení předepsané doby podání léčiva, které bylo zastoupeno v 50,4 %, úplné opomenutí podání léčiva v 49,5 % a podání léčiva nesprávnou rychlostí uvedlo 34,5 % dotazovaných. Podobnost obalu léčiva byla příčinou záměny léčiva v 33,6 % a v 30,8 % došlo k záměně z důvodu podobného názvu s jiným léčivem. V nesprávné dávce lék podalo 28,0% respondentů a 28,9 % respondentů nepřipravilo lék podle platného způsobu přípravy. Nesprávným způsobem aplikovalo lék 17,7 % respondentů a 13,0 % respondentů se dopustilo záměny pacienta. Přehlédnutí alergie u podávaného léku se dopustilo 6,5 % dotazovaných. Mezi nejčastější příčiny medikačních pochybení dle respondentů patří nečitelné a nejasné informace, a to v 57,4 %. Stres uvedlo 50,0 % a únavu 49,2 % sester. Sestry se také ve 45,0 % domnívají, že možnou příčinou pochybení je nedostatek zkušeností a 32,0 % uvedlo špatné personální obsazení (Karlecová 2011).

Alarmující zjištění v tomto výzkumu vedou k nutnosti zvýšit povědomí zdravotnických pracovníků o četnosti výskytu medikačního pochybení, což by mohlo přispět k zajištění větší bezpečnosti, zvýšení kvality poskytovaných služeb a snížení možných důsledků medikačního pochybení. Základem je vštípit zdravotnickým pracovníkům, že v důsledku přiznání chyby nebudou trestáni a zostuzeni.

2.3 Zacházení s léčivými přípravky

Léčivou látkou se rozumí jakákoliv látka nebo směs látek, které jsou použité k výrobě nebo přípravě léčivého přípravku, tato látka se poté stane účinnou složkou léčivého přípravku. Léčivá látka může být původu rostlinného, živočišného, lidského (lidská krev a její složky) nebo chemického. (SÚKL 2019)

Léčivým přípravkem je látka nebo kombinace látek, které mají léčebné nebo preventivní vlastnosti v případě onemocnění lidí nebo zvířat. Jedná se o látky podávané za účelem obnovy, úpravy, ovlivnění fyziologických funkcí či stanovení lékařské diagnózy. Léčivé přípravky se mohou vyrábět a distribuovat dvojím způsobem. Průmyslově (hromadně) vyráběné léky musí být označené šarží a jednotlivě vyráběné léky v lékárnách pak nesou označení magistraliter. (Eybl, 2010)

Lékopis obsahuje seznam léčiv, informuje o jejich složení, stanoví požadavky na přípravu, ukládání, předepisování a vydávání léčiv. Lékopis je základní farmaceutické dílo normativního charakteru, které přispívá k zajištění bezpečných, účinných a jakostních léčiv. Lékopisná komise Ministerstva zdravotnictví České republiky je garantem správného a platného znění lékopisu. Poslední je vydání Českého lékopisu 2017 – Doplnku 2018, podle kterého se závazně postupuje od 1. prosince 2018. (Věstník MZ ČR, 2018)

2.3.1 Objednávání, skladování a likvidace léčivých přípravků

Objednávání, skladování, likvidace, ale i předepisování a podávání léků se řídí vyhláškou č. 84/2008 Sb. Léčivé přípravky jsou pro oddělení nejčastěji objednávány z nemocniční lékárny. V každém zařízení musí být stanovena osoba, která je zodpovědná za příjem, uchování, kontrolu expirace a likvidaci léčivých přípravků. Léky se objednávají v pravidelných intervalech například jednou týdně, může dojít i k individuálnímu přioobjednání léčiva. Při převzetí léčivých přípravků na oddělení musí dojít k zaevidování a uskladnění. Lékárny musí být uzamykatelné, aby nedošlo k zneužití léku neoprávněnou osobou. Léky jsou nejčastěji řazeny dle způsobu podání a abecedně. Některá léčiva je nutné skladovat v ledniče, která je pro léčiva vyhrazena, je zakázáno skladovat léčiva společně s jídlem. Teplota v lékárně i lednici je každý den pravidelně kontrolována a zapisována. Dále je pravidelně kontrolována expirace léků. (Vytejková a kol., 2015)

Léčiva s obsahem návykových látek jsou skladována dle ustanovení zákona 167/1998 Sb. Skladují se odděleně od ostatních léčiv v nepřenositelných uzamykatelných kovových schránkách. Klíče od těchto léků musí být odděleně. Musí být vedena evidence opiátů do evidenční knihy podle vyhlášky 304/1998 Sb.

Zvláštní skladování vyžadují vysoce koncentrované léky a také léky s vyšší mírou rizika. Jsou skladovány odděleně od ostatních léků a musí být označené s výstrahou. Mezi vysoko koncentrované léky patří: KCl 7.45%, Glukosa 15-40%, MgSO₄ 10-20%, NaCl 10%, NaBic 8,4% a koncentráty tuků. Mezi riziková léčiva patří heparin, inzuliny a již zmíněný KCl 7.45%.

Podmínky skladování jsou součástí souhrnu údajů o léčivém přípravku (SPC - Summary of Product Characteristics). Podmínky, za kterých jsou léčiva skladována, určuje výrobce, nebo osoba, která léky připravila. Správné skladování léků je zásadní podmínkou, aby lék zůstal bezpečný a účinný. Při nedodržení podmínek skladování dle doporučení výrobce dochází k ohrožení kvality, účinku a bezpečnosti léku. Takto znehodnocený lék se dále nesmí používat a je třeba ho zlikvidovat dle platné legislativy. Likvidace léčiv se řídí zákonem o léčivech č. 378/2007 Sb. Zákon stanovuje, že s nepoužitými léčivy se postupuje stejně jako při nakládání s nebezpečným odpadem, včetně vedení evidence dle vyhlášky 185/2001 Sb. O odpadech. V seznamu nebezpečného odpadu jsou pod kódem C33 farmaceutické a veterinární přípravky. (SÚKL; Vytejková a kol., 2015)

Nejčastější pokyny uchování jsou: uchovávejte při teplotě do 25° C až 30° C, uchovávejte v chladničce (2° C až 8° C), chraňte před chladem, mrazem. Uchovávejte v původním a dobře uzavřeném vnitřním obalu. Uchovávejte tak, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkem. (SUKL, O léčích, 2019)

2.3.2 Předepisování a podávání léčivých přípravků

Příprava a podání léku se provádí na základě písemné ordinace v dokumentaci. Podávání léků pacientům podle ordinace je popsáno v § 1 odst. 2. vyhlášky MZ č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Léky jsou připravovány těsně před podáním u lůžka pacienta. Sestra provádí trojí kontrolu podávaného léku, a to při přípravě, při dávkování a těsně před podáním. Dalším nezbytným krokem je důsledná identifikace pacienta, a to dotazem na jméno, či kontrolou identifikačního náramku. Kontrolu alergií provede sestra v dokumentaci, ale je vhodné si alergie ověřit dotazem přímo u pacienta. Sestra zkontroluje užití léku pacientem a provede zápis do dokumentace, ze kterého je patrné, zda byl lék skutečně podán, či nikoli. Léky se v dokumentaci odškrťávají až po požití pacientem či po aplikaci, a to zaškrtnutím jednotlivé dávky či času podání. Pokud je lék z jakéhokoli důvodu nepodán, tato skutečnost se musí zaznamenat do dokumentace, např. označením ordinace do kroužku společně s důvodem nepodání. Značení může být různé dle zvyku na pracovišti. Generickou výměnu léku lze provést pouze na základě změněné ordinace lékařem, která je řádně zapsána v dokumentaci. (Vytejková a kol., 2015)

2.3.3 LASA léky

Označení LASA je převzaté z anglického „look alike, sound alike“, což znamená „vypadají stejně, zní stejně“. Jde tedy o léky podobné názvem nebo vzhledem krabičky. Tato podobnost může být v některých případech příčinou mediačního pochybení. Studie Quality Use of Medicines – medication safety isme in maning; look-alike, sound-alike medicine names (Správné užívání léků – otázky bezpečnosti při užívání léků stejně vypadajících a stejně znějících) uvádí, že až 25% medikačního pochybení v USA je způsobeno záměnou názvu léčiva v důsledku podobnosti názvu. Dále uvádí, že JCAHO v roce 2005 zveřejnila „*bezpečnostní cíl*“, v němž zdůraznila problém podobně znějících a podobně vypadajících léčiv. Z daných zjištění vyplývá potřeba personál na podobnost léků dostatečně upozornit. Doporučení pro zvýšení bezpečnosti při zacházení s LASA léky je skladovat podobné léky odděleně a označit výstražně obaly léků (např. nálepkou LASA). Dále je doporučeno edukovat personál o existenci těchto léků a o možnostech jejich značení. Příklad léků podobně vypadajících: Atropin 0.5 mg/1ml x Atropin 1mg/1ml. Příklad léků podobně znějících: Hydrocortison x Hydrochlorthiazid, Syntophylin x Syntostigmin. (Ostini 2012)

3 VÝZKUMNÁ PRAKTICKÁ ČÁST

Zacházení s léčivými přípravky je ve zdravotnictví jedním z nejrizikovějších činností. Škrla (2013) odkazuje na zahraniční výzkum týkající se omylu v ošetrovatelské péči. Tato studie uvádí, že medikační omyly tvoří víc než 19% všech pochybení. Výzkumná část se zabývá zkušenostmi porodních asistentek a všeobecných sester při zacházení s léčivými přípravky v perioperační péči. Nejprve byla provedena analýza vnitřních směrnic nemocnice, zaměřených na objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv a návykových látek. Byl proveden kvalitativní výzkum formou fenomenologického zkoumání. K výzkumu byla využita metoda pomocí návodu.

3.1 Cíle výzkumné části

1. Provést analýzu vnitřní směrnice popisující manipulaci s léčivými přípravky.
2. Zjistit, jaké zkušenosti a názory mají porodní asistentky a všeobecné sestry se zacházením s léčivými přípravky v rámci perioperační péče.

3.2 Výzkumná otázka

1. Odpovídají směrnice nemocnice požadavkům akreditačních standardů SAK?
2. Jaké zkušenosti mají porodní asistentky a všeobecné sestry při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče?

3.3 Metodika výzkumu

První fáze výzkumu byla zaměřena na analýzu směrnic nemocnice. Jednalo se o dvě směrnice vymezující objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv a návykových látek. Oporou pro analýzu směrnic byl dokument vydaný Spojenou akreditační komisí (SAK) - Akreditační standardy pro nemocnice. Směrnice byly porovnávány konkrétně se standardem č. 7 - Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv. (Marx, Vlček, 2013)

V druhé fázi výzkumu bylo nutné nejprve vymezit pojem **Perioperační péče**. Perioperační péčí lze nazvat intervence spojené s chirurgickým výkonem a péčí o pacienta. Jedná se o

pojem nadřazený, který v sobě skrývá nejen období samotného chirurgického zákroku, ale i období před operačním výkonem a bezprostředně po něm. První fází je preoperativní péče, která je zaměřená na fyzickou i psychickou přípravu pacienta a zhodnocení rizik výkonu. Druhou fází je peroperativní (intraoperační) péče, u které je počátkem uložení pacienta na operační stůl, pokračuje vlastním operačním výkonem a končí překladem z operačního sálu. Nastává třetí fáze tzv. postoperativní péče, která zahrnuje intervence zaměřené na zotavení se z anestezie a prevenci komplikací po operačním výkonu. Postoperativní péči je dále možné rozdělit na bezprostřední pooperační období v operačním traktu na tzv. „dospávacím pokoji“, rané pooperační období spojené s pobytem na intermediární péči (IMP), či na jednotce intenzivní péče (JIP). Zbývá pozdní pooperační období, které probíhá na standardním oddělení. Schéma postoperativní péče může být odlišné v závislosti na typu a závažnosti výkonu. (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012)

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný. Byly stanoveny tři kategorie zdravotnických pracovníků, kteří jsou součástí perioperační péče a pracují s léčivými přípravky. První kategorií jsou zdravotničtí pracovníci z preoperativní perioperační péče, pro potřebu výzkumu byly osloveny tři porodní asistentky z gynekologického oddělení. Do druhé kategorie byly zařazeny pracovnice z peroperativní (intraoperační) fáze. Postupně byly osloveny čtyři anesteziologické sestry, ani jedna s rozhovorem nesouhlasila. Důvody nesouhlasu nebyly sděleny. Z tohoto důvodu byla pooperační fáze z výzkumu vyřazena. Poslední kategorií jsou pracovníci z postoperativní fáze perioperační péče. S rozhovorem souhlasily tři všeobecné sestry pracující na JIP chirurgických oborů. Výzkumný vzorek se skládá ze šesti respondentek. Odpovědi respondentek byly ponechány v nespisovné podobě tak, jak je respondentky vyslovily.

Rozhovory byly realizovány v období od listopadu 2018 do února 2019. Rozhovory probíhaly o nočních službách na příslušných pracovištích, pouze rozhovor s PA1 byl veden v domácím prostředí.

3.3.1 Popis respondentek

Všechny respondentky pracují na svých odděleních déle než deset let. První oslovenou respondentkou byla bývalá staniční sestra z gynekologického oddělení, i když v době rozhovoru byla již tři měsíce v důchodu. Tento fakt není brán jako omezující, neboť na daném oddělení pracovala téměř 40 let a staniční sestrou byla necelých 20 let. Pro potřeby výzkumu

bude dále označena jako PA1. Zbylé porodní asistentky jsou označeny PA2 a PA3. Obdobné značení je použito i pro všeobecné sestry. Sestry VS1 a VS2 jsou diplomované všeobecné sestry, sestra VS3 má specializaci v oboru sestra pro intenzivní péči. Před započítáním rozhovoru byly respondentky seznámeny s cílem práce, metodou výzkumu, se zajištěním anonymity a možností autorizace po přepisu rozhovoru. K tomuto účelu byl vypracován informovaný souhlas. Avšak souhlas všechny respondentky vyjádřily pouze slovně. Podpis písemného souhlasu odmítly.

3.3.2 Charakteristika gynekologického oddělení

Na gynekologickém oddělení se nachází osm pokojů s 19 lůžky, z toho dva pokoje jsou nadstandardní. Oddělení poskytuje komplexní diagnostickou a léčebnou péči o ženy gynekologicky nemocné, o ženy s komplikacemi v těhotenství. Operace jsou prováděny v kompletním spektru gynekologické operativy odpovídající moderním standardům. Na malém zákrovém sále, který je součástí oddělení, jsou prováděny biopsie, kyretáže, revize dělohy, konizace. Velké gynekologické operace, vedené převážně vaginální cestou, LPS, hysteroskopie a císařské řezy se provádí v rámci centrálních operačních sálů umístěných v přízemí nemocnice. Příjmová ambulance gynekologického oddělení slouží od odpoledních hodin jako pohotovost.

Ošetrovatelská péče na tomto oddělení se zaměřuje na péči o pacientky před operačním výkonem, z operačních sálů jsou překládány přímo na oddělení pacientky po malých výkonech nebo po velkých operacích, které proběhly bez komplikací. Tato situace nastává pouze v případě plně obsazené JIP. Standardně jsou pacientky z JIP překládány první den po operaci.

Na oddělení pracuje 5 porodních asistentek. Staniční sestra je pro gynekologické a porodnické oddělení společná. Na oddělení je zaveden dvousměnný provoz, slouží vždy jedna sestra, pouze operační dny je služba dopoledne zdvojená. Na denní službu je po celý týden přítomna jedna sanitářka. V noční službě sestra zajišťuje nejen ošetrovatelskou péči na gynekologii, ale asistuje lékařům v pohotovostní ambulanci a v případě akutního malého gynekologického výkonu (nejčastěji revize dutiny děložní) připravuje instrumentárium a v případě nutnosti asistuje u výkonu lékařů. Gynekologicko-porodnické oddělení má 7 stálých lékařů, zajišťujících péči na gynekologickém oddělení, v gynekologických ambulancích, operačních sálech a na porodním sále s oddělením šestinedělí.

3.3.3 Charakteristika JIP chirurgických oborů

JIP má kapacitu pro 6 pacientů, je rozdělena na třílůžkový, dvoulůžkový a jednolůžkový box, který v případě potřeby slouží jako izolace. JIP zajišťuje péči o pacienty v souvislosti s chirurgickými výkony. Cílem intenzivní péče pro chirurgické obory je především stabilizovat stav pacienta po operačním výkonu pro pobyt na standardním oddělení. Péče zahrnuje i přípravu pacienta k operačnímu výkonu, zejména při poúrazových stavech. Délka pobytu na JIP se odvíjí od náročnosti operace, možných komplikací v pooperačním období a aktuálního zdravotního stavu pacienta. Nejčastěji je pacient první den po operaci překládán na standardní oddělení.

Na JIP pracuje 10 všeobecných sester. Sestry slouží vždy po dvou v dvousměnném provozu. O pacienty na JIP pečují společně, není tedy určena primární sestra jednotlivým pacientům. Tři sestry mají specializaci v oboru sestra pro intenzivní péči, dvě sestry jsou diplomované všeobecné sestry. Při denní službě je k dispozici ošetřovatelka a sanitář, který je společný i pro standardní chirurgické oddělení. Chirurgické oddělení jako takové má 6 stálých lékařů a 5 externích.

Nemocnice není akreditovaným pracovištěm a ani v současné době o akreditaci neusiluje.

Rozhovory byly zaměřeny na následující oblasti:

- objednávání léčivých přípravků
- skladování léčivých přípravků
- předepisování léčivých přípravků
- podávání léčivých přípravků
- likvidace léčivých přípravků
- medikační pochybení
- léky s označením LASA
- znalost směrnice, audity

Byly stanoveny okruhy, které je třeba v rozhovoru obsáhnout. Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam a následně doslovně přepsány. Po prvním rozhovoru byla provedena jeho analýza. Metodou opakovaného čtení docházelo k formulování dalších okruhů zájmu, které byly v následujících rozhovorech přidány k již zmíněným oblastem sledování. Analýza získaných dat probíhala formou opakovaného čtení a kódování v podobě poznámek psaných do textu. V průběhu analýzy vyvstalo několik otázek, kdy jejich zodpovězení respondentkami se jevílo pro výzkum jako velmi důležité. Při autorizaci rozhovorů byly respondentky

požádány o zodpovězení doplňujících otázek. Opět byly odpovědi nahrány a doslovně přepsány. S doplňujícími otázkami nesouhlasila pouze VS2, taktéž odmítla autorizaci rozhovoru. Přepsané doplňující otázky byly respondentkám zaslány k autorizaci emailem.

3.4 Analýza směrnic

Nemocnice má vypracované dvě směrnice o léčivých přípravcích. První směrnice je platná od roku 2006, pro potřeby výzkumu označená SM1, obsahuje pokyny k objednávání, skladování, předepisování a podávání léčivých přípravků. Druhá směrnice, značená SM2, platí od roku 2011 a obsahuje pokyny k objednávání, skladování, předepisování a podávání návykových látek (NL). Směrnice je k nahlédnutí na intranetu nemocnice a také v tištěné podobě na každém oddělení. Povinností personálu je se seznámit se směrnicemi, neboť jejich znalost a plnění vyplývá z náplně práce jednotlivých pracovníků.

Standardy SAK o zacházení s léčivými přípravky jsou rozděleny na pět základních částí. Správné a bezpečné skladování léčivých přípravků, objednávání, předepisování a podávání léčivých přípravků v nemocnici, minimální náležitosti správné a úplné ordinace, podávání léčivých přípravků dle ordinace, skladování a užívání vnesených léčivých přípravků do nemocnice. Pod citací příslušného standardu (Marx, Vlček 2013) je uvedeno, do jaké míry směrnice standard naplňuje.

3.4.1 Správné a bezpečné skladování léčivých přípravků

Za účelem naplnění standardu by měla nemocnice zajistit správné a bezpečné skladování léčivých přípravků ve všech skladovacích prostorech.

1. „Léky jsou skladovány za podmínek předepsaných výrobcem.“

Směrnice SM1 určuje pracovníky, kteří odpovídají za uložení léčivých přípravků na oddělení. Vymezuje, jakým způsobem musí být léčivé přípravky skladovány. Ukládání léčivých přípravků do uzamykatelných skříní na léčivé přípravky, které musí být organizovány tak, aby byla oddělena léčiva pro vnitřní užití a pro jiné upotřebení. Léčivé přípravky musí být skladovány v originálních krabičkách a podle pokynů výrobce musí být uloženy v uzamykatelné skříně i místnosti. Ve směrnici je uvedena nutnost pravidelných kontrol a zaznamenávání teploty v lékárnách a lednicích, které se provádí 1x denně, avšak směrnice již

neuvádí, jaké je povolené teplotní rozmezí. Na tento fakt navazuje zjištění, že směrnice nezmiňuje postupy při jejich překročení. Směrnice nepopisuje podmínky pro uložení krevních derivátů na oddělení.

2. *„Návykové látky jsou skladovány v souladu s příslušnou legislativou.“*

Směrnice SM2 upravuje obecně závazné právní předpisy dle zákona č.167/1998 Sb. O návykových látkách (NL), vyhlášky č. 343/1997 a vyhlášky 123/2006 Sb. Uložení návykových látek směrnice popisuje tak, že NL jsou skladovány v kovových nepřenosných uzamykatelných schránkách. Klíče musí být zabezpečeny tak, aby do trezoru neměly přístup nepovolané osoby.

3. *„Léky a suroviny pro přípravu léků jsou označeny názvem, datem expirace a případným upozorněním na potencionální rizika.“*

Označení léčivých přípravků se věnuje celá kapitola směrnice SM1. Popisuje jednotlivá značení léčivých přípravků připravených v lékárně. Zakazuje používat léčivé přípravky, které nejsou řádně označeny. U hromadně vyráběných léčivých přípravků ukládá zvýraznění expirace na originálním obalu, nesmí však překrývat název či jiné informace od výrobce. Kontrola expirace probíhá 1x týdně dle rozpisu na oddělení. Směrnice se v žádné části nevyjadřuje k rizikovým léčivům.

4. *„Léky vnesené pacienty jsou označovány a skladovány v souladu s příslušným vnitřním předpisem.“*

Směrnice SM1 řeší nakládání s vnesenými léčivými přípravky jen okrajově, a to nařízením odevzdat vnesené léky sestře. Ve směrnici již není uvedeno, jak a kam sestra vybrané léky pacientů uloží a jakým způsobem jsou značeny. Dále není uvedeno, jakým způsobem jsou zajištěny léčivé přípravky před možným zneužitím další osobou při jejich ponechání pacientovi.

3.4.2 Objednávání, předepisování a podávání léků v nemocnici

Za účelem naplnění standardu má mít nemocnice vypracovaný vnitřní předpis, který v souladu s platnou legislativou stanovuje konkrétní postupy při objednávání, předepisování a podávání léčiv.

1. *„Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis upravující postupy při předepisování a podávání léků.“*

Směrnice SM1 popisuje postupy při předepisování léčivých přípravků nejen pro prostředí oddělení, ale i pro ambulantní část. Dále popisuje postup zajištění pacienta medikací při propuštění. Ústní ordinaci směrnice povoluje pouze v nebezpečí z prodlení a přikládá lékařům zapsání příslušné ordinace do dokumentace bez zbytečného časového odkladu. Přípustnost a možné podmínky telefonické ordinace směrnice neuvádí. SM2 popisuje postupy při předepisování NL obdobným způsobem jako směrnice SM1.

2. *„Součástí předpisu je postup při hlášení nežádoucích účinků léků.“*

Hlášením nežádoucích účinků léčiv se zabývá směrnice SM1. S odkazem na platnou legislativu zdůrazňuje povinnost lékaře hlásit nežádoucí účinek léku do 15 dnů od okamžiku události. Dále odkazuje na stránky SUKL, kde je možné potřebný vzor formuláře pro vyplnění nalézt.

3. *„Pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léky.“*

Směrnice SM1 a SM2 uvádí lékaře jako jedinou osobu přímo zodpovědnou za ordinaci a předepisování léčiv. Avšak dále neřeší rozsah kompetencí pro lékaře absolvující na pracovišti odbornou stáž.

4. *„Pouze osoby uvedené v předpisu podávají léky pacientům.“*

Směrnice SM1 i SM2 určují pracovníky kompetentní k podání léčivého přípravku návykových látek. Dále popisuje podmínky, za kterých smí podávat léčivé přípravky osoby připravující se na výkon povolání (např. studenti lékařských fakult, studenti v oboru ošetrovatelství).

3.4.3 Minimální náležitosti správné a úplné ordinace

Standard ukládá minimální náležitosti ordinace léků pro hospitalizované pacienty, které musí být specificky upraveny vnitřním předpisem. Tyto postupy mají za cíl eliminovat variabilitu při ordinacích a zvýšit bezpečnost hospitalizovaných pacientů.

1. *„Minimální rozsah údajů nutných k identifikaci pacientů.“*

Směrnice SM1 ukládá zdravotnickému personálu bezprostředně před podáním léčivého přípravku ověření pacientovi totožnosti. Pokud je možná komunikace – přímým dotazem. Již nepopisuje postup, pokud přímá komunikace není možná.

2. *„Minimální náležitosti ordinace.“*

Dle směrnice SM1 a SM2 musí ordinace obsahovat nezkrácený název léku, dávku, sílu nebo koncentraci léku, časový rozvrh podání, lékovou formu a způsob aplikace či podání. Dále je lékař povinen uvést specifické podání léku (např. podání se stravou, doba kapání infuze). Taková ordinace musí být navíc čitelná a opatřena jmenovkou lékaře a podpisem. Lékař vždy ordinuje léky na 24 hodin, pokud lékař předepíše preskripci na delší časový interval, smí sestra podat pouze ranní medikaci. Další medikace smí sestra podat až po ranní vizitě, kdy lékař ordinaci potvrdí svou jmenovkou a podpisem. Při podání antibiotik směrnice SM1 ukládá povinnost uvést číslovkou pořadový den podání. Do dokumentace se zapisuje nesmazatelným psacím prostředkem, není přípustné v dokumentaci škrtnat.

3. *„Postup při provádění generické záměny léků ordinovaných na lůžkovém pracovišti“*

Směrnice SM1 zakazuje sestřám zaměňovat generika bez vědomí lékaře. Lékař musí výměnu schválit a následně provedenou změnu zaznamenat do dokumentace.

4. *„Postup při podmíněné ordinaci léků („podle potřeby“).“*

Směrnice SM1 uvádí, že lékař může předepsat lék a specifikovat potřebu, tzn. „při bolesti“, a dále musí specifikovat minimální interval. Po takové ordinaci má sestra dostatek informací jak lék podat. Pokud potřeba vznikne, sestra lék podá a odškrtně. Pokud potřeba nevznikne, sestra lék nepodá a neodškrtně.

5. *„Postup zajišťující bezpečnost při objednávání a skladování léků s podobnými názvy či podobným obalem.“*

Ani jedna směrnice zacházením s léčivými přípravky podobných názvů či podobných obalů nepopisuje.

6. *„Postup v případě, že je ordinace neúplná, nečitelná či nejasná.“*

Směrnice SM1 sestřám ukládá povinnost každou pochybnost či nejasnost ordinace prověřit, teprve poté podat léčivo v předepsané formě, dávce a čase.

7. *„Další typy povolených ordinací (např. ordinace s terapeutickým rozptylem).“*

Tento druh ordinací směrnice nezmiňují.

8. *„Postup při ústních či telefonních ordinacích.“*

Směrnice SN1 připouští ústní ordinaci pouze při nebezpečí z prodlení. Avšak nepopisuje ani postup ani značení ústní nebo telefonické ordinace v dokumentaci, pouze ukládá lékaři povinnost v co nejkratší době ordinaci do dokumentace zapsat.

9. *„Ordinace, které se vždy vztahují k váze pacienta či k tělesnému povrchu (například ordinace léků pro malé děti či ordinace cytostatik).“*

Ordinace léčivých přípravků dětem směrnice SM1 nespecifikuje. Ordinace a podávání cytostatik není v nemocnici prováděno.

3.4.4 Podávání léků dle ordinace

Nemocnice má mít vnitřní předpis, který upravuje postup podávání léků. Vnitřní předpis stanoví konkrétní postup při ověřování ordinace.

1. *„Ověření názvu léku s ordinací, ověření času a frekvence podání s ordinací, ověření dávky s ordinací, ověření aplikační cesty s ordinací.“*

Směrnice SM1 a SM2 ukládá sestřám před podáním léků provést kontrolu názvu léku, kontrolu času a dávky léku, jako i kontrolu způsobu aplikace. Sestry smějí podávat léčivé přípravky pouze podle úplné, čitelné, jmenovkou a podpisem opatřené ordinace.

2. *„Ověření identifikace pacienta.“*

Obě zkoumané směrnice uvádějí nutnost identifikace pacienta před podáním léčivého přípravku nebo návykové látky.

3.4.5 Skladování a užívání vnesených léků do nemocnice

Standard uvádí, že k dostatečné kontrole užívání léků pacientem je důležité vědět, zda nedochází k užívání léků z jiných zdrojů. Ošetřující lékař zjistí, jaké léky si pacient s sebou do nemocnice přinesl, a pokud jejich užívání schválí, zaznamená tuto skutečnost do dokumentace. Dále do dokumentace zaznamená léky, které jsou pacientovi ponechány k užívání.

1. *„Nemocnice upraví v souladu s legislativou vnitřním předpisem postup při užívání léků pacienty samotnými a evidenci a případné užívání léků, které s sebou do nemocnice přinášejí pacienti.“*

Dle směrnice SM1 je nepřijatelné, aby pacient užíval jakoukoli medikaci sám bez vědomí lékaře. Pokud léčivé přípravky přinese, odevzdá je sestře, která je pacientovi podává na základě lékařské ordinace. Pokud pacient léčivé přípravky odmítne odevzdat, sestra informuje lékaře, který provede záznam do dokumentace. Směrnice však neuvádí možnost ponechání tzv. SOS léků (např. antihistaminika).

2. *„Nemocnice upraví v souladu s legislativou vnitřním předpisem užívání bezplatných vzorků léků.“*

Směrnice SM1 ani v jenom bodu nezmiňuje, ani neupravuje užívání bezplatných vzorků léčivých přípravků.

3.4.6 Shrnutí analýzy směrnic

Analyzovány byly 2 směrnice, které byly následně porovnány s příslušným nadřazeným standardem. Z výsledků vyplývá, že směrnice nesplňují všechny náležitosti a požadavky příslušných akreditačních standardů. Směrnice například neuvádí, za jakých teplotních podmínek mají být léčivé přípravky skladovány. Dále nepopisuje podmínky pro uložení krevních derivátů na oddělení. Pokyny pro skladování a užívání vnesených léků se jeví jako nedostatečné. Ve směrnici není uvedeno, jak a kam sestra uloží vybrané léky od pacientů a jakým způsobem jsou značeny. Chybí předpis pro zajištění léků, které jsou ponechány

pacientovi (např. uzamykatelný noční stolek). Pravidla pro sebededikaci ve směrnici zcela chybí. Za velký a podstatný nedostatek považují absenci podmínek skladování rizikových léčiv, taktéž chybějící informace o existenci léčivých přípravků, které si jsou podobné názvem nebo vzhledem obalu. Dalším nedostatkem je neuspokojivé popsání postupů při ústní nebo telefonické ordinaci.

Směrnice SM1 se v mnoha případech jeví jako nevyhovující, již samo datum vydání směrnice (2006) volá po jejím přepracování a aktualizaci tak, aby odpovídala všem aktuálním a platným nařízením.

Ve směrnici SM2 nebyly shledány žádné nedostatky nebo rozpory se standardy.

3.5 Rozhovory – porodní asistentky a všeobecné sestry

3.5.1 Objednávání léčivých přípravků

3.5.1.1 Pravidelné objednávání léčivých přípravků

Prvním okruhem, ke kterému se respondentky vyjadřovaly, bylo objednávání léčivých přípravků. Léčivé přípravky objednává vrchní sestra jedenkrát týdně, což potvrzují i respondentky.

VS1 popisuje objednávání takto. *Každé úterý přijde vrchní sestra, zkontroluje kolik čeho máme, co potřebujeme víc, co míň a podle toho objedná.* Všeobecné sestry se na kontrole množství léků přímo podílí, aby zdůraznily potřebu objednat aktuálně podávané léky a tím zajistily dostatek léků, což v rozhovoru popisuje VS3. *My neobjednáváme, objednává vrchní sestra, nejprve provede kontrolu, kolik všeho máme, to vždy jedna ze sloužících holek chodí s ní, aby popřípadě připomínkovala, kterých léků máme momentálně vyšší spotřebu. No a pak objedná.*

Léky jsou na oddělení dodány třetí den po objednání, jak uvádí PA1. *Objednává vrchní sestra, každé úterý objednané léky chodí v pátek.*

Výhrady k objednávání léků na gynekologickém oddělení, vyjadřuje PA2. *Tak to je v režii paní vrchní. Nás se to netýká, ale asi by mělo, protože kolikrát neví čeho je jaká spotřeba a špatně to odhadne a pak máme nedostatek.* Dále popisuje situaci při nedostatku konkrétního léku. *Už se mi stalo, že nebyl třeba kapací paracetamol, tak se nepsal a čekalo se na další týden, aby ho objednala. Jako jsou i jiný analgetika, ale je to omezující.*

3.5.1.2 Statim objednávání léčivých přípravků

Všechny respondentky se shodují, že je možné objednat léky statim, ale není to časté. Možné vysvětlení podává PA1. *Ano, ale moc se nevyužívá, léky jsou dražší a pak se to odráží v hospodaření oddělení.* Tuto možnost ostatní respondentky ve svých odpovědích potvrzují. Léky se tedy statim objednávají jen v případě, když není možnost vypůjčení léku z jiného oddělení, jak uvádí PA2. *Jako když přijdou pacientky a nemají své léky, tak místo aby se objednalo, co je potřeba, obvoláváme celou nemocnici, kde by je mohli mít.* PA2 vyjadřuje nespokojenost s touto situací. *Je to nepříjemný a dost to zdržuje.*

3.5.2 Skladování léčivých přípravků

Okruh skladování léčivých přípravků je rozdělen na čtyři části.

3.5.2.1 Skladování běžně užívaných léčivých přípravků

Skladování běžných léčiv popisuje VS3 následovně. *Tak lékárna je tady na oddělení, máme v ní všechny potřebné léky. Je rozdělená na perorální, injekční, masti, kapky, antibiotika, opiáty, infuzní roztoky. Řazená podle abecedy..... ještě v lednici máme léky.*

PA3 ještě doplňuje. *Léky skladujeme v lékárně, v uzamykatelné lékárně, aby se do ní nedostal nikdo neoprávněn. Některé léky v lednici a v trezoru.* Stejný způsob popisují i ostatní respondentky.

V lékárnách je kontrolována teplota, při které jsou léčivé přípravky uchovány, pravidelně se kontroluje a zapisuje, jak udává VS2. *Jinak by měla každá noční služba zapsat teplotu v lékárně a lednici do deníku a podepsat.*

Frekvence kontrol expirace se mezi odděleními liší. Gynekologické oddělení provádí kontrolu 1x měsíčně. PA1 vysvětluje: *Na našem oddělení mají holky rozpis úseků, které kontrolují a jedním úsekem je i lékárna, kontrola se provádí jednou za měsíc a kolegyně si za to zodpovídá.* Také uvádí, že je frekvence kontrol dostatečná. *Nestalo se mi, že by něco bylo prošlé.* PA2 je zodpovědnou za kontrolu expirace, popisuje frekvenci kontrol. *Mám lékárnu přímo já na starost, takže expiraci kontroluji já sama každý měsíc...* PA2 po kontrole provádí záznam do deníčku. *Zapisuju kontrolu expirací do deníku i to, že jsem každý týden lékárnu vytřela.* Také si značí blížící se konec expirace vykřičníky. *Když vidím, že třeba za dva měsíce mi končí expirace, tak si dělám u datumu vykřičníky.*

Kontrola 1x měsíčně není v souladu se směrnicí, ale PA1 i PA3 se shodují, že se jim nestalo, aby našli prošlé léky v lékárně. PA3 komentuje kontrolu expirace takto: *No jednou za měsíc. Ale to dělá ... ona je pintlich, tak to má v pořádku.*

Na JIP provádí kontroly expirace 1x týdně, jak popisuje VS3: *Každou sobotu, kdo má noční. Také dodává, že kontrola expirace je součástí úklidu lékárny. Vytřu, udělám kontrolu a zapíšu.*

Všeobecné sestry i porodní asistentky uvádí, že se snaží procházející léky vyměnit s oddělením, na kterém se více používají, aby zamezily nevhodnému nakládání s léčivými. PA2 vysvětluje. *Pokud je to lék, který používáme minimálně, tak je vyměníme třeba s internou, aby ty léky neprošly.*

Stejný postup uvádí VS3: *Tady se nestává, že by něco prošlo, když už je to náhodou něco, co tolik nedáváme, tak to většinou vyměníme s jiným oddělením, kde to třeba píchají víc, a je vyřešeno. S léky se musí šetřit, nejsou zadarmo!*

3.5.2.2 Skladování návykových látek

Popis skladování návykových látek je u všech respondentek totožný. VS2 uvádí, kde jsou uloženy návykové látky. *V trezoru v lékárně, mají vlastní klíček a jsou vedeny v opiatové knize.*

Kontrolovat stav opiátů má každá sestra ve službě, což potvrzuje PA2. *Předává se počet v hlášení. Kontrolu po předání hlášení provádí pouze PA2: Takže já si to vždy kontroluju. Zároveň však dodává, že kolegyním důvěřuje. I když holčám věřím.*

PA3 uvádí, že opiáty nejsou na gynekologii často podávány, proto je při každém předání služby nepřepočítává. *Tolik se nepoužívají a nikdy se nestalo, že by to nebylo v pořádku.*

Opačnou situaci popisuje VS3, která sice při příchodu do služby opiáty nepřepočítává, ale početní kontrolu provádí, pokud jde aplikovat některý opiát. *Jako abych to šla kontrolovat, když přijdu do práce, tak to ne, ale většinou nějaký opiát píchám, tak to přepočítám.*

Zkušenost se špatným počtem opiátů má pouze PA2, která popisuje tuto nepříjemnou situaci takto: *Jednou se nám stalo, jak se píchalo spousta premedikací, kolegyně, aby nemusela neustále zamykat a odmykat, schovala celou krabičku do šuflete za stříkačky a zapomněla ji tam. Hned se to dohledalo, ale bylo to dost nepříjemný.*

3.5.2.3 Skladování rizikových léčiv

Skladování rizikových léčiv není popsáno v nemocniční směrnici, přesto všechny respondentky riziková léčiva znají a dovedou je vyjmenovat. Na gynekologii jsou riziková léčiva skladována v lékárně odděleně, jak popisuje PA2. *Ty jsou zamčeny v klasické lékárně, ale mají vyhrazené speciální místo v košíčku, i ten košíček je popsáný.*

PA3 ještě dodává, že na oddělení neskladují ampule kalia s koncentrací 7,45% avšak používají komerčně vyráběné a k okamžitému použití naředěné roztoky s obsahem kalia. *Nemáme ampule kalia, jen naředěné v lahvích, s jednou nebo dvěma ampulema.* Pokud jsou potřeba ampule koncentrovaného KCL, jsou uloženy na JIP.

To potvrzuje PA1. *Na interní JIP mají ampule, pokud bychom potřebovaly, musí se tam dojít.* Neředěné hepariny a inzuliny jsou uloženy obdobně jako kalium.

Na JIP skladují riziková léčiva mimo lékárnou ve skleněném boxu s červeným víkem. VS3 popisuje uložení rizikových léčiv takto: *Jsou uloženy v boxech na lince. Ty boxy mají červený víko. Ve větší máme kalium a v malý inzulin a heparin.* Box není označen nápisem Riziková léčiva, avšak dle VS2 to ničemu nevádí. *Nemám s tím problém, vím kde co je.* Neotevřený inzulin obě oddělení skladují v lednici, tuto informaci potvrdilo všech šest respondentek.

Do okruhu skladování rizikových léčivých přípravků jsem zařadila léky LASA. Jak bylo popsáno výše, jedná se o léky s názvem stejně znějícím, podobného vzhledu. Aby nedocházelo k záměnám těchto léků, je doporučeno jejich výrazné označení nebo skladování v jiných částech lékárny.

Pojem LASA při dotazování slyšela pouze jedna respondentka, ale význam znala zcela okrajově. VS3 odpovídala takto: *To jsou nějaký stejný léky nebo tak něco, ne?* Také uvádí, že si nevybavuje, odkud daný pojem zná. *Z nějakého školení nebo nevím, kde jsem to slyšela.* Respondentkám byl pojem LASA vysvětlen. Byly podány informace o výrazném značení těchto léků v praxi. Respondentky se shodly, že žádné takto značené léky nemají a je tedy třeba více kontrolovat, co podávají. VS1 vysvětluje: *My tady asi nemáme nic, tady musíš fakt koukat.* Pouze PA2 uvedla, že například gramáz u Dormika je označena na krabičce červeným kroužkem. *Na krabičce máme tu sílu červeně zakroužkovanou, aby bylo vidět, že je jiná.*

3.5.3 Předepisování léčivých přípravků

Předepisování léčivých přípravků je rozděleno na písemné a ústní ordinace.

3.5.3.1 Písemná ordinace

Všech šest respondentek se shoduje, že ordinace jsou psány rukou, ordinace psané na počítači jsou spíše výjimkou. K možným potížím s jejich přečtením se PA1 vyjadřuje takto: *No tak zrovna u nás většina píše rukou a to je jako velký problém to někdy rozluštit. Ale někteří píší na stroji, někteří na počítači, ale je jich málo.* Dále popisuje úskalí ručně psaných ordinací. *Starší sestry už písmo znají, ale když přišly nové holky, tak to je pak utrpení.*

Toto potvrzuje i VS1. Ručně psané ordinace jí již nedělají potíže, protože písmo zná. *Ted' už ne, když jsem se to naučila číst.*

Všechny sestry řeší situaci, kdy není možné ordinaci přečíst obdobným způsobem, který popisuje PA1. *Tak když je po ruce jiná sestra, která to pozná, tak poradí, a když nebylo zbylí, volalo se lékaři.* PA1 také popisuje, že se na lékaře snažila apelovat, aby psali čitelně, ale bezúspěšně. *Já na lékaře tlačila, aby psali čitelně, ale většinou to nepomohlo.* Proto ve snaze přimět lékaře psát čitelně kolegyním radila, aby při nečitelnosti ordinace lékaře volaly. *A děvčatům jsem opakovaně říkala, ať raději zavolají, než podat něco, čím si nejsou jisté. A hlavně, čím víc je budou volat, tím se budou snažit psát líp.*

Dle PA3 se čitelnost záznamů váže na konkrétní lékaře. *Jak u kterého lékaře.* Žádná z dotazovaných sester nezažila medikační pochybení v souvislosti se špatně čitelnou ordinací, vždy nečitelnost vyřešily s příslušným lékařem.

3.5.3.2 Ústní ordinace

Ústní ordinace jsou směrnici povoleny pouze v krajní nouzi, přesto jsou hojně využívány na obou odděleních, což potvrzují všechny respondentky. Mimo PA1 nevnímají sestry ordinaci po telefonu jako nesprávný postup, který s sebou nese určitá rizika. PA1 se v souvislosti s telefonickými ordinacemi vyjadřuje takto: *No tak toto je strašná bolest, protože ordinace po telefonu by nikdy neměly být, ale často se stalo, že ordinace sestry podaly jen po telefonní domluvě, ani ji pak neměly od lékaře potvrzenou.* Nejvíce jí vadí, že jsou telefonické ordinace využívány nejen v krajní nouzi, ale i v době, kdy lékař má možnost se neprodleně dostavit na oddělení. *Jen, že se má provádět v krajní nouzi a ne když se jen nechce lékaři na oddělení.*

Zapsání telefonické ordinace do dokumentace řeší sestry podobným způsobem, přesto, že směrnice ukládá lékařům neprodleně potvrdit ústní ordinaci v dokumentaci. Realita je naprosto odlišná. PA2 popisuje, že nejprve zapíše ordinaci na lísteček, a pokud lékař nepřijde do konce její služby a ordinaci nezapíše, udělá záznam do dokumentace sama. *Lék podám, napíšu na lísteček, a když lékař dorazí, tak mu ten papírek strčím. Když nedorazí, tak do dokumentace napíšu, co jsem podala, a k tomu ordinace po telefonu MUDr. ten a ten.*

Obdobným způsobem řeší telefonickou ordinaci PA3, která dodává, že lékaři ordinace nepotvrzují hlavně o nočních službách. *Stává se celkem často, hlavně o nočních službách. Tak tam jen písnu, že šlo o ordinaci po telefonu a kdo mi to ordinoval.* Také uvádí, že některý lékař později ordinaci potvrdí razítkem, ale není to pravidlem. *Lékař tam k tomu pak dá třeba jen razítko, nebo taky ne. Jak kdy a jak kdo.* Obdobně se k danému problému vyjadřuje VS3, lékaře na potvrzení ordinace musí upozornit. *Když se připomenou, tak mi tam podpis dá, ale musím se připomenout.*

To potvrzuje ve své odpovědi i VS1. *Sám od sebe většinou ne, třeba doktor..... to někdy orazítkuje, doktor..... taky když ho uháním.* VS1 dodává, že primáře oddělení nikdy o potvrzení ordinace nežádá. *Ale primář to nikdy nedopíše a ani bych si nedovolila říct, že to má udělat.*

3.5.4 Podávání léčivých přípravků

3.5.4.1 Postupy při podávání léčivých přípravků

Příprava a podávání léků probíhá na gynekologickém oddělení a JIP odlišně.

Na gynekologickém oddělení porodní asistentky vyjíždí s lékovým vozíkem. Léky připravují dle chorobopisu přímo na pokoji. PA3 popisuje podávání léků: *Léky podávám na pokoji před pacientem, mám je dané na vozíčku, u postele si v chorobopisu přečtu jaký lék. Vyndám ho z krabičky, zkontroluju gramáž a klepnu do lékovky. Než lék podám, dotazem kontroluju jméno pacienta.* Asistentka však také přiznává, že někdy s vozíkem nejezdí a donese pacientce lék, který si připravila na sesterně. *No když třeba spěchám, tak zanesu jen ten lék, nejedu už s vozíčkem. Když je to třeba mimo ranní medikaci.* Obavu z pochybení nemá. *Tak když vím, za kterou jdu pacientkou, tak si ji snad nemůžu splést. Jdu podle jména.*

PA2 také k podávání léků používá vozík, avšak také někdy nese léky pacientce jen v lékovce. *Jezdím vždycky. No tak jasně, když mám třeba tři pacientky a z toho jedna ani nic neužívá, tak*

co si budeme povídat. To mi pak samozřejmě přijde zbytečný vyrážet s celým vozíčkem, když to můžu hodit do kelímku. Jako důvod nesprávného postupu uvádí úsporu času. Je to prostě rychlejší, ale to dělám opravdu, jen když je málo lidí.

PA1 popisuje, jaké chyby při podávání léku zažila u kolegyň. Popisuje, že asistentky nechávaly vozík bez dozoru na chodbě oddělení. *No třeba sestry dělají chyby, že nechají vozík s léky na chodbě a pak už jen rozdávají v dávkovači jednotlivým pacientům, což je tedy základní chyba, ale dělá se. Jako hrubou chybu označuje připravení léků na sesterně a následné roznášení léků v lékovkách. Některé sestry si léky nadávkovaly už na „inspečáku“ a nosily to v kelímkách, neoznačených kelímkách k pacientům! To je hrubá chyba. Pokud si všimla takového nesprávného postupu, asistentku ihned upozornila. Často dostala vysvětlení, že vozík není dost prostorný a špatně se s ním manipuluje. No, zrovna ten vozík moc dobře nejezdil, dost vrzal, tak ho raději nechávaly před pokojem. Jednou mi sestra řekla, že ji ten vozík zdržuje a stejně se na něj vše nevejde, což měla sice pravdu, ale musí pracovat podle předpisů.*

Na JIP sestry léky připravují na sesterně, vždy pro jednoho pacienta. VS1 postup popisuje následovně: *Léky si připravujeme tady na lince, léky, infuze, vše se dělá tady. Máme tácek, tam si vše narovnáme jen k jednomu pacientovi, popíšu infuze, co v nich je, a jméno, komu je určená, to podám a pak jdu připravovat léky dalšímu a kontroluju si i jméno dotazem. Teda pokud je při vědomí a není utlumený, to pak koukám na jmenovku u postele.*

Obavu ze záměny pacienta sestry nemají. VS2 vysvětluje, že k identifikaci pacienta užívá jeho oslovení. *Připravuju jen pro jednoho, vím jméno, tak ho oslovím a tím mám kontrolu, že podávám léky správně. No a na infuzích je jméno dokonce napsané.*

Podání léků stejným způsobem potvrzuje i sestra VS3, dodává však, že pokud nemají zrovna pacienti infuze, naplní si lékovky pro oba pacienty na boxu. *No nespletu, nesu to jednomu a ptám se na jméno. Jako někdy když zrovna nemají infuze, tak to vezmu oběma co jsou na boxe. Jsou to kališky, tak je dám do sebe. První dávám pacientovi na první posteli, vyklepnu a jdu ke druhému. Na otázku, zda se neobává záměny léků, odpovídá: Ne, vím, která je cí, dva lidi si pamatuju. Sestra si uvědomuje, že je jedná o chybný postup. Jako důvod uvádí ušetření času. *Já vím, že se to nemá. Ušetřím si cestu. Nikdy se mi nestalo, že bych udělala chybu.* Z odpovědí je patrné, že si respondentky postupy podávání léků často upravují podle aktuální potřeby.*

3.5.4.2 Podávání generik

Další téma, ke kterému se respondentky vyjadřovaly, bylo podávání generik. Všechny respondentky vědí, že podání generik sestrou je proti směrnicí, přesto kromě VS2 všechny odpověděly, že generikum podávají. PA1 potvrzuje, že k podání generik dochází často. Uvedla, že podávat generika je v rozporu s pravidly, protože se smí podat pouze napsaná ordinace. *Podávat generika není povolené, smí se podat jen co je psané, ale sestry je často podávaly u léků, u kterých si byly jisté. Většinou se jednalo o starší zkušené sestry. Důvodem jsou časté změny ve fasovaných lécích, které lékaři nemohou sledovat. Dalším důvodem je nepřítomnost lékaře na oddělení. Lékaři většinou neví, který daný lék je momentálně nafasován. Asistentky takto řešily nepřítomnost lékaře, např. když byl na operačním sále. Ale dělat by se to nemělo.*

PA2 se snaží s lékaři domloutvat při ordinacích, jaké léky jsou k dispozici. *Co já si pamatuju, tak jsme se vždycky domlouvali, aby tam byla napsaná opravdu ta skutečnost, kterou podáváme. Že třeba hodně dáváme zinnat a xorimax a lékař se mě zeptá, který máme v lékárně, a podle toho napíše. Připouští však, že pokud lékař není na oddělení, generikum podá a poté lékaře požádá o opravu. Tak to generikum podám a pak si to nechám v dokumentaci opravit. Takže aby tam byla nějaká náhrada, která by nebyla zapsána, to se mi ještě nestalo.* Odpovědi PA3, VS1 a VS3 naprosto korespondují s odpovědí PA2.

VS1 uvádí, že nejčastěji jsou zaměňována antibiotika. *Většinou jde o antibiotika, to se to pak přepíše na to, co se přesně podalo.* VS2 přiznává, že někdy v dokumentaci nedojde k opravě i přesto, že lékaře informuje. *Pak mu to řeknu a záleží na něm, jestli to přepíše. Ale většinou to upraví.* VS2 na otázku, zda podá generikum, odpovídá: *Ne, zavolám a domluví se. Jako vím, že to je stejné, ale nepodávám. Nerada bych se spletla.* Je si vědoma, že kolegyně běžně generika podávají. *Holky to dělají, ale já to nemám ráda. Asi tím doktory štvu.*

3.5.4.3 Podávání analgetik nebo hypnotik na žádost pacienta

Další téma, které bylo v rozhovorech otevřeno, bylo podávání analgetik. Na obou odděleních jsou pacienti po operačních výkonech, analgetika jsou tedy ordinována velmi často. Všechny respondetky jsou s ordinacemi analgetik po operačních výkonech spokojené. Na gynekologickém oddělení se někdy vyskytne situace, kdy pacientka není po operačním zákroku, přesto žádá analgetika např. na bolest hlavy. V takovém případě analgetika naordinována nejsou. PA1 situaci popisuje takto: *Párkrát se mi stalo, že pacientku třeba bolela hlava a přišla, jestli nemám třeba Ibalgin, že jí zabírá. Tak jsem jí ho dala a jen to*

zapsala do dokumentace. PA1 opakovaně zažila situaci, kdy si pacientky vzaly analgetikum bez vědomí zdravotnického personálu. Mnohokrát jsem zažila, že si něco vzaly samy a řekly to až později.

I PA2 při žádosti pacientky analgetikum podá. Provede záznam do dokumentace: důvod podání, druh analgetika, zda došlo ke zlepšení. *Jo podám, zapíšu čas, bolest hlavy a co jsem podala. Já si ještě kontroluju, jestli to pomohlo a i to zapíšu. Čas a bolest ustoupila.*

Na JIP k žádostem o analgetika mimo ordinace nedochází. Jak vysvětluje VS1, pacienti jsou převážně po operacích, mají tedy analgetika rozepsaná. *Nestalo se mi, když jsou po operaci, tak na bolest dostanou a většinou je to Dolsin a po něm i pospávají. VS3 potvrzuje, že jsou vždy analgetika ordinována. My máme vždy po operacích rozepsáno, tak se to nestává.*

Další léky, které si pacienti často žádají, jsou léky na spaní. V tomto případě se respondentky shodly, že nepodají lék, který není ordinován. VS1 se k otázce vyjadřuje takto: *Né, ty bych jen tak nepodala, někdy je měly naordinované, třeba 5mg Diazepam na noc při potřebě. A když nebylo, zavolala jsem. Důvod, proč by nikdy nepodala léky na spaní bez ordinace, uvádí zkušenost s paradoxní reakcí na hypnotika. Jednou jsem zažila opačnou reakci a byla to síla, pacientka na místo spánku dělala stojky na posteli.*

Ani PA2 nepodá lék bez ordinace. *Lék na spaní bez ordinace nedám. Ale domluvím to s lékařem. PA3 také léky na spaní nejprve konzultuje s lékařem. Ne, to mi musí posvětit lékař. Třeba jen zavolám, ale sama od sebe nic takového nepodám.*

Všeobecné sestry řeší situaci obdobně. VS3 vysvětluje, že nejčastěji mají ordinován Diazepam jako součást premedikace. *To mají většinou psanej Diazepam jako premedikaci a když ne, požádám lékaře o naordinování.*

3.5.5 Likvidace léčivých přípravků

Dle směrnice je za likvidaci léčivých přípravků odpovědná staniční sestra, přesto se všechny repondentky shodují, že prošlé léky k likvidaci předávají vrchní sestře. Přesné postupy a podmínky likvidace léčiv respondentky neznají. PA2 uvádí, že pokud se jedná o malé množství léčiv, vhodí je do biologického odpadu nebo předá vrchní sestře. *Co jsou jako perorální, tak je vycvakám do biologického odpadu, ale když je jich prošlých víc, tak je dám vrchní. A ta je někam nosí.*

Na JIP je na prošlé léčivé přípravky vyhrazen kyblík, který je označen nápisem „prošlé léky“, VS1 popisuje zacházení s prošlými léčivy. *Vhazujeme je do kyblíku na prošlé léky. Pak to někam vrchní sype.* Také dodává, že léčiva na oddělení často neprochází. V tomto tvrzení se shoduje s PA2, která má na starost na oddělení kontrolu expirací léčivých přípravků. *Většinou se nestává, že máme něco prošlého, já to dost hlídám, jak jsem říkala, mám na starost lékárnou.*

3.5.6 Směrnice a audit

3.5.6.1 Směrnice

Znalost směrnice je pro všechny zdravotnické pracovníky povinná, směrnice je k dispozici na nemocničním intranetu, ale také by měla být v tištěné podobě na oddělení, a tím tak být personálu kdykoli k nahlédnutí. Avšak podle odpovědí respondentek tomu tak není.

PA2 uvádí, že ji nikdo o směrnici neřekl. *Vzhledem k tomu, že mám třicet let praxe, tak to asi nepovažovali za nutný.*

PA3 ví, že nějaká směrnice je, ale nikdy ji nečetla. *Máme ji tam k dispozici. Nikdo to po mě nechtěl, jen vím, že je.* Téměř totožně odpověděla na otázku ohledně znalosti směrnice i VS1.

VS2 si myslí, že směrnici četla, ale neví kdy. *No, tak jako asi jsem ji četla, když ji vydali, ale to už je dost let.* Zná místo, kde je na oddělení uložena. *Je v šuplíku jako ostatní řády a všechny spisy.* Neznalost směrnic ze strany personálu je poněkud překvapivé zjištění. Vždyť znalost vnitřních předpisů je jedním ze základních předpokladů bezpečného zacházení s léčivými přípravky, a tím i poskytnutí kvalitní péče pacientům.

3.5.6.2 Audit

Respondentky byly dotazovány na proběh auditů v nemocnici a bylo zjišťováno jaký je jejich postoj k auditům. Respondentky na oddělení žádný audit nezažily. Pouze PA1 zmiňuje provádění auditů, které proběhly v rámci nemocnice na všech odděleních. *Jako staniční jsem byla v komisi, která prováděla audit. Byla jsem na dětském oddělení a na interní JIP. Staniční z jiného oddělení pak prováděly audit u nás.* Avšak z provedeného auditu žádný výstup nečetla. *Jinak nějaký zápis nám k přečtení nedali. Ani jak dopadai ostatní oddělení.* Pouze na gynekologickém oddělení došlo ke změně skladování načatého inzulínu, na kterou byly

porodní asistentky v průběhu auditu upozorněny. *Pro nás dobrý, měly jsme vše v pořádku až na uložení načatého inzulinu, ten už nepatří do lednice. To jsme hned napravily.*

PA2 po dotazu na audit odpověděla, že jednou byla na oddělení kontrola, ale neví, zda to byl audit. *Jednou tu byla hlavní sestra se svou zástupkyní. No a co přesně kontrolovaly a řešily nevím, ale při téhle návštěvě jsme de fakto přišly na to, že máme špatně uskladněnej inzulin.* PA2 vysvětluje, jakým způsobem bylo chybné skladování napraveno. *Protože ampulka, která je nová, zadělaná, tak má být uchovaná v ledničce a pokud je inzulin načnutej a už tam teda probíhá nějaká aplikace, tak musí být v pokojové teplotě. Od té doby ho máme v lékárně mezi těma rizikovýma léčivama.* Avšak je s podivem, že porodní asistentka vlastně nevěděla, co je na oddělení kontrolováno a jaký je pravý důvod přítomnosti hlavní sestry a její zástupkyně. Dle odpovědí PA1 i PA2 je patrné, že se jedná o totožnou událost. Jak potvrzují obě porodní asistentky, zjištěný nedostatek byl řešen hned na oddělení, kde došlo k napravení chyby

Na dotaz, zda si respondentky myslí, že jsou audity přínosem, většinou odpovídají, že asi ano, ale nemají zkušenost. Pouze PA2 uvádí, že je ráda, že byla v době kontroly na oddělení přítomná. *Jsem ráda, že jsem u toho byla a dozvěděla jsem se to hned.*

PA1 si myslí, že audity jsou přínosem, ale zároveň vysvětluje, proč jsou mezi zaměstnanci tak nepopulární. *Asi ano, ale nikdo je nemá rád. Pak si budou ukazovat, že to a to oddělení něco dělalo špatně. Prostě malá nemocnice, každý vidí každému do talíře.* Tento názor zastává i VS3, která doufá, že nebude přítomna žádnému auditu. *Doufám, že žádný nezažiju. Nerada bych, aby o mně pak někdo rozhlašoval, že třeba něco nevím a jsem neschopná, nebo že nepracujeme jako oddělení dobře. To pak je k ničemu.* Z odpovědí je patrné, že v nemocnici není správně nastaven systém auditů a jejich vyhodnocování. S výstupy auditu by měl být personál seznámen. Jen tak bude zajištěno zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

3.5.7 Medikační pochybení

3.5.7.1 Zkušenost s medikačním pochybením

První podkategorii tvoří zkušenosti s medikačním pochybením. Téměř všechny porodní asistentky i všeobecné sestry se za svou praxi setkaly s nějakou formou medikačního pochybení. Pouze VS2 uvedla, že nikdy nebyla svědkem žádného pochybení.

PA1 popisuje vlastní zkušenost pochybením, kdy aplikovala antibiotika nesprávnému pacientovi. *Moje vlastní zkušenost, když jsem píchla antibiotikum špatnému pacientovi, naštěstí nebyl alergický, ale od té doby, jsem si o to víc kontrolovala, komu a co podávám.* Při otázce, co si myslí, že bylo příčinou chyby, uvedla, že nejspíš ve spěchu spletla pokoj. *Je to dávno, ale myslím, že jsem spěchala a spletla jsem si číslo pokoje. Už si ani nepamatuju, jestli jsem se ptala na jméno, ale asi ne.* Po této zkušenosti kolegyně vedla k opatrnosti a důkladné kontrole jména pacienta. *Vedla jsem k tomu i děvčata na oddělení, raději se pětkrát zeptat na jméno „zbytečně“ než něco poplést.* PA1 si vzpomněla na jeden případ téměř pochybení, který se stal jiné sestře. *Když dřív bylo zrovna kalium uloženo mezi ostatními léky, jedna sestřička se v kvapu přehmátla a místo calcia natáhla kalium, ale naštěstí nechala ampuli na jehle a tak to podala lékaři, který si omylu všiml. Pamatuju, že z toho byla nešťastná.* K pochybení, které by skončilo pro pacientku fatálně, nedošlo jen díky dodržení postupů při přípravě léčivých přípravků. Sestra správně ponechala nataženou ampulku na jehle stříkačky a lékař provedl před podáním léku kontrolu názvu. K tomuto skoropochybení PA1 dodává, že je správné mít koncentrované KCl uloženo mimo ostatní léky. *Myslím, že je to moc dobře, že musí být uloženy na jiném místě než ostatní léky.*

PA2 zažila medikační pochybení v souvislosti s dávkou podávaných antibiotik. *Když se převádělo z kapacího Dalacinu na perorální. A kapací je šestistovka a perorální třístovka a pan doktor nám to napsal nepřehledně a my celou dobu dávaly 2 tabletky, aby to bylo 600mg, než jsme si všimly, že pod tím je změněná ordinace na 300mg.* Příčinou byla nepřesně zapsaná ordinace.

PA3 popisuje pochybení kolegyně, která podala lék o den dřív. *Podala Metformin po anestezii o den dřív než měla.* Dle porodní asistentky byla na vině nepřehlednost dokumentace. *Je lehké se překouknout a třeba i poplést den, takže kolegyně podala léky na jiný den, protože bylo předepsáno den dopředu a ona se přehlídla v datumu.* Pacientka chybou nijak poškozena nebyla. *Pacientce se nic nestalo.* Závěr z této chyby nebyl žádný, pouze asistentka byla volána k vrchní sestře.

VS1 také zažila téměř pochybení, kdy se kolegyně chystala aplikovat Torekan pacientce, která na lék měla alergii. *Kolegyně málem podala Torekan paní, co na něj měla alergii. To jsme ale zarazily.* Příčinu vidí v tom, že Torekan se na nevolnost podává velmi často a mnohdy je podán bez ordinace lékaře, kterého následně o aplikaci informují, a lékař provede záznam do dokumentace. *No, my tady Torekan podáváme hodně a někdy když jim je špatně, tak ho pícháme a lékař pak dopíše. Tak si myslím, že nekoukala do dokumentace.* Toto je však postup zcela proti všem pravidlům o podávání léčivých přípravků.

VS3 při podání infuzní terapie zaměnila Fyziologický roztok s 10% Glukózou. Infuzi podala pacientce s diabetes melitus. *Jednou jsem dala kapat místo fyzáku desítkovou glukózu, a to diabetičce.* Příčinu chyby vidí sestra ve spěchu a nepřekontrolování označení infuzního vaku. *Já měla spěch a popadla jsem z krabice fyžák, ale nekoukla jsem se, jestli je to opravdu fyžák, protože jsem věděla, že ho беру ze správného místa. No a vak jsem přepíchla a bylo.* Roztoky byly na oddělení doplňovány do košíků, které byly značeny podle roztoků, co obsahovaly. Noční služba doplňovala roztoky dle potřeby, s největší pravděpodobností se roztok glukózy zamíchal mezi fyziologické roztoky právě při tomto doplňování. *Dřív se doplňovaly roztoky do takových košů a některé sestře se při doplnění asi promíchaly ty vaky, které se liší jen nápisem.* Dnes už se tímto způsobem roztoky nedoplňují. Vždy se doplní celá krabice příslušného roztoku. Sestra však udává, že změna nepřišla po její chybě. *Když jsem se vrátila po mateřské, koše byly zrušené a doplňuje se vždy celá krabice. Ale to s tím asi nesouvisí. Třeba se to stalo ještě někomu, ale to nevím.* K poškození pacientky nedošlo, sestra ihned po zjištění chyby informovala službu konajícího lékaře. *Všimla jsem si toho asi za půlku infuze. Zastavila jsem ji. Zavolala jsem doktora, řekla mu, co se stalo. Takže se infuze odpojila a dala se kapat nová s inzulinem a kontrolovala se častěji glykemie. Nic se paní nestalo. Dobře to dopadlo.* Pochybení nikde hlášeno nebylo. *Sloužil moc hodný doktor, tak to nerozmazával, jen mi řekl, ať si dávám větší pozor. A ten si taky dávám, vše čtu několikrát.*

VS3 v rozhovoru uvedla další medikační pochybení, které se stalo kolegyni. V tomto případě došlo k záměně stříkačky naplněné ředěným Furosemidem a stříkačky s fyziologickým roztokem. *Kamarádka jednou místo proplachu kanyly šoupla pacientovi Furosemid, který byl pro druhého pacienta.* K poškození pacienta nedošlo, sestra si chybu uvědomila. Informovala lékaře a pacientovi byly podány infuze na zavodnění. *Nic se mu nestalo, jen ho zavodnili.* VS3 si myslí, že kolegyně byla nepozorná, neboť obě stříkačky měla popsané. *Myslím, že se překoukla, protože je měla popsané. Nesla si je na box na tácku.* Ani toto medikační pochybení nebylo hlášeno.

Z odpovědí respondentek vyplývá, že medikační pochybení hlášena nejsou, většinou je nastalá situace řešena pouze s přítomným lékařem. Nabízí se tedy otázka, co si respondentky myslí o hlášení medikačního pochybení, zda je prospěšné či nikoli.

3.5.7.2 Hlášení medikačního pochybení

Na otázku, zda má význam hlásit medikační pochybení, respondentky odpovídaly souhlasně, pouze PA2 považuje hlášení za zbytečné.

PA1 si myslí, že hlášení medikačního pochybení je přínosné, nesmí však docházet k odsuzování a trestání sester, kterým se chyba stala. *No tak to záleží, jak se s tím hlášením naloží, když se to všude roznese a jen se kouká skrz prsty na sestru, které se něco stalo, je k ničemu. Spíš naopak. Nikdo pak nic hlásit nebude. Když se bude hledat příčina chyby a náprava, to pak smysl má.* Vysvětluje, že jedním z důvodů, proč sestry nehlásí medikační pochybení může být obava ze vzniku špatné pověsti. *Určitě, nikdo nechce být označován za neschopného. Přitom chybu může udělat každý, osobně si myslím, že každá sestra zažila medikační pochybení nebo skoro pochybení a kdo říká, že ne, jen to nechce přiznat.* Dalším důvodem může být pracnost s vyplňováním formulářů. *A taky je to práce navíc.*

PA3 neví, jak funguje systém hlášení medikačního pochybení *Tak já nevím, jak se s těma informacemi nakládá, jestli se to jen nějak zaznamenává nebo se z toho dělá nějaká statistika.* Z toho důvodu nemůže s určitostí říci, zda je hlášení přínosem, či nikoli. *Takže těžko říct jestli je to k něčemu dobré.*

VS3 si myslí, že hlášení medikačního pochybení by bylo dobré, pokud by se zajistila anonymita, ale nevěří, že je to možné. *No dobré by to asi bylo, kdyby to bylo anonymní a nevědělo se, komu se ta chyba stala. Ale pochybuju, že by bylo možné to zajistit.* Myslí si, že právě neanonymní zacházení s daty je příčinou nehlášení medikačního pochybení. *Určitě, žádná sestra nechce, aby někdo věděl, že udělala chybu. Staniční a vrchní zase nechtějí, aby se o jejich oddělení mluvilo v souvislosti s chybou a třeba poškozením pacienta. Tak se nic neříká, pokud to není jó velký průšvih.*

VS1 si myslí, že díky hlášení medikačního pochybení je možné se z chyby poučit. *Tak asi jo, třeba se z toho někdo poučí a dá si větší pozor.*

Z odpovědí respondentek je patrné, že povědomí o hlášení medikačního pochybení je nízké. To může být vedle strachu další příčinou, proč se pochybení nehlásí.

V souvislosti s podáváním léčiv bylo v rozhovorech otevřeno téma provádění záznamu o podaném léku do dokumentace. Postup při nepodaném léku popisují všechny respondentky stejně. Pokud lék není podán, zapíše do dokumentace důvod, pro který lék nepodały, následně informují lékaře.

3.5.8 Vnesené léky

Vnesené léky jsou přidanou oblastí. Samostatným okruhem byly zvoleny z důvodu prolínání se s ostatními oblastmi. V manipulaci s léčivými přípravky jde o skladování, ordinace i podávání.

Při příjmu na oddělení mají být léky odevzdány sestře, která je označí jmenovkou a uloží. Pokud je pacient propuštěn, jsou mu vydány. Pacientovi mají být ponechány pouze tzv. SOS léky, mezi které patří například antihistaminika. Pokud jsou pacientovi ponechány léky, které užívá, je třeba zajistit uzamykatelný box, aby nedošlo ke zneužití léků třetí osobou.

Tzv. sebededikace není ve směrnici popsána.

VS2 popisuje správný postup. *Když si pacienti přinášejí svoje léky, tak je od pacientů vezmeme, označíme je štítkem pacienta a dáme si je k nám do lékárny a pak je podáváme podle toho, jak mají rozepsanou ordinaci od lékaře. A lékař zase chronickou medikaci píše podle toho, jak ji mají nastavenou od obvodního.*

Jak popisuje PA1 praxe je odlišná. *Pokud to byli „schopní“ pacienti, tak jsme jim léky nechávaly, i když to není podle předpisů. Pokud není pacient zhodnocen jako „schopný“ léky užívat sám, byly mu léky odebrány a podávány sestrou. Když nebyl pacient dobře orientovaný, tak se léky označily a uložily do lékárny a dle rozpisu je dávaly sestry.*

PA3 uvedla, že pacientkám při příjmu léky nikdy nenechává, přesto pokud léky nevybrala předchozí služba, již je po pacientkách nežádá. *Když už je má nechané od jiné kolegyně, tak jí to neberu.*

I na JIP se pacientům podávají léky, které si přinesou. VS3 vysvětluje, proč tomu tak je. *Je lepší, když si je donesou, protože těch léků je dneska tolik, že jako shánět je někde po nemocnici nebo objednávat, je někdy hrozný. Dodává však, že léky vyberou a podávají ony. Léky z dávkovače nepodává. Stejně hovoří i VS1. *Oni chodí se svejma, ale musí mít originál krabičky. Nesmí chodit s dávkovači.**

Pokud jsou léky ponechány pacientovi, nabízí se otázka, kdo a jakým způsobem hodnotí, zda je pacient „schopný“ léky užívat sám. Stav pacienta má hodnotit lékař. Pokud je medikace pacientovi ponechána, musí být proveden záznam v dokumentaci. I v tomto případě je realita odlišná.

PA1 vysvětluje, že o schopnosti pacienta rozhoduje sestra. *Ve většině případů sestry nesmí být zmateny a celkově musí být pořádku.*

PA2 i PA3 na otázku, zda se zapisuje do dokumentace ponechání léků pacientovi, odpovídají, že ne, nebo o tom neví.

Respondentky z JIP shodně uvádějí, že léky pacientům nenechávají. Důvodem může být zhoršený zdravotní stav pacientů.

Chronická medikace pacienta je do dokumentace zapisována lékařem, sestra dle této ordinace léky podá a odškrtná. Nabízí se otázka, jakým způsobem sestry kontrolují správné užití medikace pacientem, pokud má pacient medikaci u sebe.

PA1 popisuje, že pacientky často léky užily dřív, než s vozíčkem přijela. *Když se rozdávaly léky a ještě je neměly snědené, tak si to spolky přede mnou, ale většinou, když už jsem přišla, měly snědeno.* V takovém případě léky v dokumentaci pouze odškrtnala.

PA3 uvádí, že pacientky užívaly léky za její přítomnosti, avšak připouští, že někdy měly pacientky medikaci snědenou před jejím příchodem. *Přede mnou, ale někdy se mi stane, že ráno jedu s lékárnou a ona už má snědeno, protože doma je jí už v šest, někdy i dřív. Tak to jen odškrtnu.* Postup chybným neshledává, neboť pacientky svou medikaci znají. *Ony mají přehled, kdy co jedí. Doma je taky nikdo nehlídá.*

PA2 popisuje situaci, kdy podá léky dle ordinace a je pacientkou upozorněna, že léky nejsou správně. *Rozdávám léky podle dokumentace já, ale právě někdy se mi stává to, že jsou nesrovnalosti mezi tím, jak je mám zapsané v dokumentaci a jak jsou ty pacientky reálně zvyklé ty léky jíst. Pak dávám pacientce léky, které mám na tácku a dám je do kelímku a ona mi pak řekne, „Sestřičko, vy jste mi to dala špatně, já tenhle jím až v poledne nebo ještě mám na ráno jiný“.* Nedostatek spatřuje u samotného příjmu pacientky. *Takže my pak doladujeme to, že je tam na samém začátku podaná špatná informace.* Doplnuje, že se tedy při podání léků přizpůsobí pacientce. *A většinou, protože jsou to krátké hospitalizace a ony už mají tu léčbu takhle nastavenou, tak to dávám podle pacientky.* Také uvádí, že o takové situaci

informovala lékaře. *Několikrát jsem na to upozorňovala nejen já, ale i ostatní. Někdy to lékař přepsal a někdy ne.*

3.5.9 Nová dokumentace

Při analýze rozhovorů se ukázalo, že porodní asistentky mají potíže s nově zavedenou dokumentací. Tato dokumentace je používána necelý rok. Ordinance pro ně nejsou vždy jasné a mají obavu, že se přehlédnou. PA3 s k dokumentací vyjadřuje takto: *Moc přehledná není, dlouho mi trvalo, než jsem si zvykla, pak mám strach, že se přehlédnu třeba o řádek a podám něco jinak, koukám několikrát. Hrozně to zdržuje.*

Stejně dokumentaci vnímá i PA1. *Jinak celá dokumentace je nepřehledná, když přijde sestra do služby, není hned patrné, jak předchozí služba probíhala. Léky na jedné straně, záznam stavu pacienta na druhé straně, pro mě je to zmatečné, nevyhovovalo mi to a myslím, že žádné ze sester.*

I PA2 hodnotí současnou dokumentaci. *Největší problém je nepřehlednost a málo místa. Původní dokumentace byla lepší, tady není kam co vepsat, když je něco potřeba.* Dokumentace má formu záznamového archu, přední část je rozdělena na sedm sloupců. Každý sloupec je brán jako jeden den hospitalizace. V řádcích jsou zaznamenávány FF, léky, ordinace. Zadní část archu je určena k záznamu stavu pacienta, je taktéž rozdělena na sedm částí. *Když je větší zápis ohledně stavu a přesáhne kolonku, tak už to zase nevychází s kolonkami na ordinace léků, pak se to proškrtává, a když si toho sestra hned nevšimne a lékaři musí přepsat ordinace, tak nadávají. Dřív se tam vpisovala konzilia, ultrazvuky, ARO vizity, to je dneska vše zvlášť. Takže celkově horší přehlednost o průběhu hospitalizace.*

Dalším problémem jsou vysazené léky, které nejsou označené ex. Sestry často neví, zda bylo zapomenuto ordinaci zapsat nebo nemají již lék podávat. Jak popisuje PA1, často pak probíhají telefonáty o upřesnění ordinace. *No exování, na to dost lékaři zapomínají a pak jsou zbytečné zmatky a telefonáty typu: Chcete ještě pokračovat, nebo opravdu nepodávat?* PA3 potvrzuje, že lékaři zapomínají psát léky ex a že je často na tuto situaci upozorňuje. *Pravdou je, že zapomínají, ale já je neustále upozorňuju, tak třeba se to zlepší.*

Situaci, kdy nebyla důsledně zapsána ordinace a porodní asistentky podávaly antibiotika o nesprávné gramáži, popisuje PA2. *Když se převádělo z kapacího Dalacinu na perorální. A kapací je šestistovka a perorální třístovka a pan doktor nám to napsal nepřehledně a my*

celou dobu dávaly 2 tabletky, aby to bylo 600mg, než jsme si všimly, že pod tím je změněná ordinace na 300mg. Bylo to špatně napsané, protože ten lék pokračoval v té samé kolonce. V tomto případě se jednalo o medikační pochybení způsobené nedbale zapsanou ordinací. Pokud se mění forma podávaného léku, je třeba původní lék označit ex a teprve poté znovu lék ordinovat již v nově požadované lékové formě. Dalším faktorem ale mohla být nepozornost sester nebo spěch při plnění ordinací.

*Porodní asistentky opakovaně upozorňovaly na nevyhovující dokumentaci, avšak bez úspěchu. Situaci komentuje PA3. *Stěžovaly jsme si, že je to nepřehledné, ale prý to jinde sestry zvládají, tak proč ne my.* Obdobnou reakci popisuje i PA2. *Ale když jsme se ozvaly, moc jsme nepochodily. Asi jsme hloupé, protože jinde to funguje. Prý.**

Na JIP se používají záznamové archy vždy na 24h. Všeobecným sestřám stávající dokumentace vyhovuje, považují ji za přehlednou a nic by neměnily.

4 DISKUZE

Diplomová práce byla zaměřena na kvalitu a bezpečí při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče. Jedná se o problematiku velmi atraktivní, neboť téma kvality a bezpečí ve zdravotnictví je řešeno nejen odbornou veřejností, ale i samotnými pacienty, kteří očekávají vysokou kvalitu poskytované péče. Jednou ze složek ovlivňujících kvalitu a bezpečí, je zacházení s léčivými přípravky. V diskuzi jsou shrnuty výsledky, které byly získány analýzou směrnic a rozhovorů. Výsledky práce jsou dále porovnány s informacemi dostupnými z literatury, s výsledky jiných prací a studiemi na dané téma. Výsledky výzkumu jsou platné pouze pro oddělení, na kterých výzkum probíhal. Nelze je tedy zobecňovat.

Cíl č. 1. Provést analýzu vnitřní směrnice popisující manipulaci s léčivými přípravky.

Standardy jsou nástrojem zvyšování kvality, ale také hodnotícím faktorem poskytované péče. Z tohoto důvodu byla analýza nemocničních směrnic provedena formou porovnání s požadavky akreditačních standardů SAK. Dle dokumentu Akreditační standardy pro nemocnice, vydaného SAK, mají být směrnice v souladu s platnou legislativou, mají být konkrétní, účelné a přizpůsobené dané nemocnici.

Analýzou bylo zjištěno, že směrnice v několika bodech tento požadavek nenaplnují. Jedním z nedostatků je absence postupů při zacházení s rizikovými léčivými. Taktéž není uveden postup uložení a značení léků s podobnými názvy či podobnými obaly. Dále nezmiňuje ani neupravuje užívání bezplatných vzorků léčivých přípravků. Samotný fakt, že směrnice byla vydána v roce 2006, mnohé nedostatky vysvětluje. Například Resortní bezpečnostní cíl - Bezpečnost při používání rizikových léčiv, byl Ministerstvem zdravotnictví vyhlášen až v roce 2010.

V několika případech by bylo vhodné, aby směrnice blíže definovaly postupy. Například v kapitole pojednávající o skladování léčiv za podmínek předepsaných výrobcem je uvedena kontrola teploty v lékárně 1x týdně, ale tyto hodnoty nejsou specifikovány. Dále chybí pokyny jak postupovat při zjištění teploty vyšší než je povoleno výrobcem. Zapisování teplot do deníku se v tomto případě jeví jako zbytečné, neboť při zjištění nevyhovující teploty personál neví, jaký zvolit postup a teplotu optimalizovat. Chybějící informace a postupy by měly být ve směrnici doplněny.

Nedostatky jsou zaznamenány i v kapitole zabývající se vnesenými léčivy. Vytejková (2015), která uvádí, že pro bezpečnost pacientů by zdravotnická zařízení neměla užívání vnesených léků pacientem dovolit. Pokud se tak stane, je třeba jasně stanovit pravidla. O těchto pravidlech by měl být pacient náležitě poučen. Směrnice sice stanovuje, že je nepřípustné ponechávat tato léčiva pacientovi s tím, že je užívá sám, ale již neuvádí, kde mají být vnesené léky skladovány a jak mají být značeny. Otázkou je, zda smí mít pacient léky u sebe, pokud je tedy neužívá, takovou možnost směrnice nepopisuje. Výjimku může dle směrnice povolit primář oddělení nebo jeho zástupce, musí však učinit o této skutečnosti záznam do dokumentace. Tato část směrnice se jeví jako nejednoznačná, neboť nejsou vymezena pravidla pro udělení výjimky. Dalším problémem se jeví zajištění léků ponechaných pacientovi před zneužitím třetí osobou.

Směrnice ukládá, že ověření jména nemocného má probíhat dle směrnice přímým dotazem. Otázkou je, jakým způsobem probíhá ověření totožnosti, pokud pacient není chopen verbální komunikace. MZ doporučuje, aby v organizacích zdravotní péče byly zavedeny systémy, které používají nejméně dvou identifikátorů (například jména a data narození) k ověření pacientovy totožnosti. Měly by být vyvinuty a používány nonverbální přístupy k identifikaci pacientů v kómatu a zmatených pacientů. Například používání identifikačních náramků, na nichž by mohly být uvedeny standardizované a specifické informace umožňující bezproblémovou identifikaci pacienta.

Směrnice v porovnání se standardy SAK také nepopisuje ordinace „s terapeutickým rozptylem“. Tedy takové ordinace, kde aktuální dávka léku závisí např. na hodnotě glykemie či krevního tlaku. S přihlédnutím ke skutečnosti, že nemocnice o akreditaci SAK neusiluje, nedá se absence tohoto postupu vnímat jako nedostatek. Avšak užívání ordinací „s terapeutickým rozptylem“ v zásadě mohou usnadnit spolupráci mezi lékaři a sestrami, neboť tento druh ordinace společně s ordinací „dle potřeby“ přináší sestrám určitou autonomii v podávání léčivých přípravků.

Poslední částí směrnice, ve které jsou patrné nesrovnalosti, jsou postupy při ústních a telefonních ordinacích. Směrnice povoluje ústní ordinaci pouze „v nebezpečí z prodlení“. Nabízí se otázka, jaké situace se dají do pojmu „nebezpečí z prodlení“ zahrnout. Následně ukládá lékařům ústní ordinaci potvrdit v co nejkratší době. Ptáčková (2014) se ve své diplomové práci věnovala právě telefonickým ordinacím. Provedla analýzu odborných učebnic, ale i odborných periodik. Poznatky analýzou zjištěné jsou nadmíru překvapivé. „*Mohu říci, že*

žádný z právních předpisů, závazných nebo obecně nezávazných doporučení (vyjma RBC), předpisů, metodických opatření, ani odborných publikací se k problematice verbálních ordinací v nemocnicích nevyjadřuje. Jediným národním standardem pro postup při verbálních a telefonických ordinacích v nemocnicích tak zůstává RBC 6, zveřejněný Ministerstvem zdravotnictví. (Ptáčková, 2014, s. 10). Verbální příkazy přináší mnohé výhody a jsou rychlé. Je však nutno stanovit, kdy je užívat lze a kdy nikoli. Za nepřipustné pak lze považovat například verbální pokyn sestře pro podání antipyretika nebo analgetika uprostřed noci.

Z analýzy vyplývá, že nemocniční směrnice jsou v porovnání se současnými požadavky na kvalitu a bezpečnost v nemocničních zařízeních v mnohém shledány nedostatečné. Jejich novelizace a úprava dle platných právních předpisů by neměla být manažery managementu kvality odkládána.

2. Zjistit, jaké zkušenosti a názory mají porodní asistentky a všeobecné sestery na zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče.

Porodní asistentky a všeobecné sestry byly v rozhovorech dotazovány na jejich zkušenosti při zacházení s léčivými přípravky. Všechny respondentky měly možnost v rozhovoru otevřeně vyjádřit svůj názor na náležitosti související s manipulací s léčivými, s riziky medikačního pochybení a jeho následného hlášení. Celkem bylo realizováno 6 rozhovorů. Rozhovory byly zaměřeny na následující oblasti: objednávání léčivých přípravků, skladování léčivých přípravků, předepisování léčivých přípravků, podávání léčivých přípravků, likvidace léčivých přípravků, znalost směrnice, audity, medikační pochybení a poslední přidanou oblastí na základě rozhovorů se staly vnesené léky.

Objednávání léčivých přípravků

O hospodaření s léky se na oddělení většinou stará staniční, popř. vrchní sestra. Objednávání léků na oddělení probíhá s ohledem na spotřebu a individuální potřeby pacientů. Obvykle se objednávají v pravidelných intervalech, nebo se individuálně objednávají (Vytejčková, 2015). K objednávání léčivých přípravků se vyjadřují respondentky shodně. V podstatě jim vyhovuje, jen objednávání statim je na odděleních málo využíváno, neboť léky objednané statim jsou dražší než léky objednané ve smluvené době. Respondentky cítí tlak ze strany vedení, aby statim neobjednávaly, ale chybějící léky zajistily výpůjčkou z jiného oddělení.

Respondentky připouští, že takový to postup je zdržuje a omezuje při práci. Je otázkou, jaké léky a jak často potřebují sestry doobjednávat statim, zda objednávání léků statim nemocnici natolik ekonomicky zatěžuje, neboť předpokladem kvalitně odvedené práce je skutečnost, že mají sestry dostatek prostředků k jejímu provedení.

Skladování léčivých přípravků

Skladování léčivých přípravků bylo rozděleno na tři podkategorie. Respondentky se vyjadřovaly ke skladování běžných léčiv, návykových látek a rizikových léčiv.

Z rozhovorů vyplývá, že skladování běžných léčiv probíhá na obou odděleních dle platných norem. Stejně je to i s návykovými látkami. Jen frekvence kontrol expirace se liší. Gynekologické oddělení kontroluje expiraci oproti směrnici 1x měsíčně. Porodní asistentky se shodují, že frekvence je dostatečná a léky s prošlou expirací se v lékárně nenachází.

Termín „rizikové léky“ nemá jednoznačný obsah, v oblasti prevence rizik ve zdravotnictví se do této skupiny patří nejen léky, jejichž nesprávné podání může vést k bezprostřednímu poškození pacienta až s následkem smrti, ale také léky s vyšším rizikem záměny v důsledku, podobně znějícího názvu nebo podobnosti obalů jednotlivých léků – tzv. LASA léky (z anglického look-alike sound-alike). Mezi základní riziková léčiva patří: injekční roztoky KCl o koncentraci 7,45% a vyšší, inzuliny, neředěné hepariny. Nakládání s tzv. rizikovými léky. V praxi se osvědčuje, jejich umístění do samostatných kontejnerů a také skladování rizikových léků pouze tam, kde pro to existuje klinické odůvodnění (Marx, 2016). Respondentky popsaly správné uložení rizikových léčiv na odděleních. Navzdory zjištění, že skladování rizikových léčiv ve směrnici ani v jiném platném dokumentu nemocnice není popsáno. Zajímavá by byla jistě otázka, z jakých zdrojů znají respondentky pojem riziková léčiva. Avšak tato otázka v rozhovorech nezazněla. Pojem LASA je v moderním zdravotnictví často užívaný pojem. Přesto pouze jedna respondentka označení LASA znala, ale jen velice okrajově. Po vysvětlení termínu LASA respondentky uvedly, že žádné značené léky nemají.

Předepisování léčivých přípravků

V souvislosti s předepisováním medikací se respondentky vyjadřovaly k čitelnosti ručně psaných ordinací a k ordinacím ústním, porodní asistentky v rozhovorech uváděly potíže s přehledností ordinací v dokumentaci.

Staňková (2003) ve své publikaci uvádí, že sestra není oprávněna léky ordinovat nebo podávat bez ordinace lékaře. Lék smí podat, pouze pokud se jedná o život zachraňující výkon. Sestra dále nesmí svévolně měnit dávku, čas ani způsob aplikace daného léku. Je – li ordinace léku vypsána nečitelně nebo neúplně, nesmí sestra lék podat dříve, než si ordinaci s lékařem vysvětlí. Všechny respondentky popisují, že ordinace jsou psány převážně rukou a čitelnost těchto ordinací vyžaduje praxi. Také shodně uvádí, že nečitelnou ordinaci konzultují s lékařem. Teprve po upřesnění ordinaci splní. Velkým rizikem jsou ordinace po telefonu. V zásadě by lékař neměl ordinovat terapii, pokud pacienta neviděl.

Staňková (2003) připouští, že jsou případy, kdy pacient má obtíže a lékař může být na operačním sále atd. Taková situace se dá označit za krajní nouzi a ordinace po telefonu se stává přípustnou. V takovém případě však musí splňovat určité náležitosti. Sestra do dokumentace zapíše, co lékaři sdělila, datum, čas a co lékař ordinoval. Je však nutné, aby později lékař ordinaci stvrdil svým podpisem.

Všechny respondentky potvrdily hojnost telefonických ordinací. Potvrdili i to, že ve většině případů nejde o krajní nouzi. Směrnice postup telefonické ordinace nepopisuje, a tak zapsání ordinace do dokumentace sestry provádí dle svého uvážení. PA2 popisuje, že čeká se zapsáním ordinace na příchod lékaře, pokud se tak nestane do konce její služby, ordinaci do dokumentace zapíše sama. Takový postup je naprosto nepřípustný, neboť se jedná o postup proti všem zásadám podávání léčiv. Pokud není ordinace zapsána ihned, může sestra v průběhu služby zapomenout. Respondentky také udávají, že lékaři mnohdy ordinaci vůbec nepotvrdí. Tímto se sestry vystavují riziku, že při komplikacích může dojít k zapření ordinace.

Podávání léčivých přípravků

Příprava a podávání léčivých přípravků je jasně definována směrnicí. Z rozhovorů vyplývá, že respondentky správné postupy znají, ale mnohdy je nedodržují. Nejčastěji popisovanou chybou je nošení léků pacientům pouze v neoznačené lékovce. Vždy je důvodem rychlejší provedení ordinace, než pokud by postupovaly dle předpisů. Nejčastěji respondentky argumentují, že nesou jen jeden lék, a proto se nemohou splést. Uváděný argument je zcela lichý a takové počínání může snadno vést k medikačnímu pochybení.

Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že podávání generik je na obou odděleních běžnou praxí. Všechny respondentky vědí, že podání generik sestrou je proti směrnicí, přesto krom jedné sestry všechny respondentky podají generikum bez změněné ordinace v dokumentaci. Respondetky uvedly, že podají pouze generikum, které znají. Jako možné řešení by se nabízelo vytvoření standardu s názvy léků a jejich možných generik, které sestry mohou podat. Avšak proti podobnému řešení se staví SAK. Uvádí, že podání generik sestra provést nemůže nikdy. V dokumentaci pacienta musí být lékařem předepsané léčivo, které pacient reálně dostává. Nelze akceptovat nejružnější převodní tabulky ani popisování balení léčiv jinými názvy. Jde o velmi rizikovou činnost, kdy pak nelze zpětně určit, jaké léčivo pacient opravdu obdržel (SAK 2019).

Todorová (2015) ve své diplomové práci zaměřené na podávání léčivých přípravků na pracovištích intenzivní péče, uvádí, že zhruba 40 % respondentů přiznává, že již někdy podalo léčivý přípravek bez indikace lékaře.

Podávání léků na žádost pacienta směrnice nepopisuje. Avšak ukládá, že sestra nesmí podat lék bez platné ordinace. Přesto respondentky uvedly, že pokud si pacienti žádají běžně dostupná analgetika (např. Ibalgin, Paralen), podají je. Provedou zápis do dokumentace, z jakého důvodu byl lék podán, čas, podpis. Hypnotika na žádost pacienta bez ordinace lékaře nepodá žádná z respondentek.

Vnesené léky

Vnesené léky a pravidla skladování, podávání a zaznamenávání do dokumentace je pro respondentky velice nepříjemné téma. Směrnice neuvádí přesné postupy při vnesení léků pacientem. Nejspíš proto bylo zjištěno, že postupy porodních asistentek jsou odlišné. Asistentky popsaly, že léky jsou někdy ponechány pacientovi, někdy uloženy na sesterně v závislosti na zhodnocení stavu pacientky při příjmu službukonající asistentkou. Při ponechání léků pacientce nemají mnohdy kontrolu nad jejich užíváním. Takováto variabilita v postupech je maximálně riziková a v současném pojetí zdravotní péče také nepřijatelná. Na JIP chirurgických oborů sestry vždy vnesené léky pacientům odeberou, označí a uloží v lékárně.

Likvidace léčivých přípravků

Likvidace léčivých přípravků na obou odděleních zajišťuje vrchní sestra, jí jsou prošlé léky předány. Proto respondentky přesný postup likvidace léčiv neznají.

Znalost směrnice, audity

Překvapivým zjištěním bylo, že respondentky se směrnicí nikdo cíleně neseznámil, některé její existenci dokonce objevily náhodou. Směrnice je dostupná na intranetu i v tištěné formě na oddělení. Je však povinností sestry znát vnitřní řády a směrnice nemocnice.

Audit je nedílnou součástí hodnocení kvality nejen ve zdravotnickém zařízení. Cílem auditu je hledání „slabých míst“ v systému nebo procesu a po zjištění těchto nedostatků následuje náprava (Plevová, 2012). Bylo zjištěno, že na odděleních pravidelně audity neprobíhají. Pouze jedna respondentka zažila na oddělení audit. Přitom interní audit je jedním z požadavků akreditační komise SAK.

Medikační pochybení

K medikační chybě může dojít na základě chybné identifikace pacienta, nepozornosti, podání chybného léku, neznalosti správných dávek léků, podání léku v nesprávnou dobu, nebo nepodání léku (Štrbová, 2013). Všechny respondentky uvedly, že mají zkušenost s medikačním pochybením. Pouze jedna respondentka uvedla, že nikdy nebyla při medikačním pochybení přítomna. K dané otázce PA1 dodává. *Osobně si myslím, že každá sestra zažila medikační pochybení nebo skoro pochybení a kdo říká, že ne, jen to nechce přiznat.* Jako příčiny medikačního pochybení uvádí spěch a nedodržení standardních postupů.

Kim a Bates ve své studii zaměřené na dodržování standardizovaných postupů při podávání léčivých přípravků, zjistili, že pouze 45% sester zkontrolovalo název léku a dávku v balení, 6% sester identifikovalo pacienta pomocí náramku nebo oslovením. 41% podání léku bylo provedeno včas, 50% sester zkontrolovalo slovně nebo fyzicky, zda pacient lék spolkl (Kim, Bates, 2012). Štrbová se domnívá, že sestry se dopouští pochybení zejména v oblasti přípravy, aplikace a v záznamu o užívání léčivých přípravků v dokumentaci. Při přípravě léčiva dochází k chybám především při ředění léčivého přípravku, který je určený k intravenóznímu podání (Štrbová, 2013). Respondentky se dále shodují, že v podobných

situacích, při kterých zažily medikační pochybení, si dávají mnohem větší pozor. A to i v případě, že se pochybení stalo kolegyni. Tento poznatek svědčí o nutnosti hlášení medikačního pochybení, neboť je možné se z chyb poučit. Příčinou medikačního pochybení může být i špatná orientace v dokumentaci. Tuto situaci popsaly porodní asistentky. Shodují se, že je pro ně dokumentace nepřehledná.

V rámci zvyšování kvality péče a bezpečnosti pacientů vznikl Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Cílem registru je evidovat nežádoucí události, analyzovat jejich příčinu a účinně zamezit jejich vzniku a případným následkům. (MZ ČR, 2010). Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro všechny poskytovatele lůžkové zdravotní péče akutní i následné a dlouhodobé péče povinné. Přesto povědomí zdravotnického personálu o jeho fungování a smyslu je malé. Žádná respondentka medikační pochybení nehlásila, vše se řešilo se sloužícím lékařem. Jako důvod nehlášení medikačního pochybení uvádějí strach z negativních reakcí okolí, ze zostuzení a vnímání své osoby jako dostatečně neprofesionální. Přesto se shodují, že hlášení pochybení je jistě přínosem. Z výsledku vyplývá, že pokud bude vedení nemocnic s nahlášenými událostmi zacházet co nejcitlivěji a zajistí anonymitu zdravotníků, kterým se událost stala, zmizí atmosféra strachu z odsouzení, zdravotníci budou své omyly hlásit častěji.

Doporučení pro praxi:

Z výsledných informací získaných analýzou směrnic a rozhovorů vyplývá, že je nezbytné provést přepracování a doplnění vnitřních směrnic. Je třeba doplnit přesné postupy, které byly výzkumem označeny jako velice problematické. Mezi tyto postupy patří telefonické ordinace, zacházení s vnesenými léčivy a skladování rizikových léků. Dále je třeba edukovat personál o existenci a rizicích léků LASA. Management zařízení by také měl vypracovat systém auditů, který zde dle získaných informací chybí. V oblasti medikačního pochybení a jeho hlášení je třeba edukovat personál o přínosech nejen hlášení medikačního pochybení, ale celkově nežádoucích událostí. Je třeba vytvořit prostředí beze strachu a domněnek. Jedině tak se pracovníci odhodlají nežádoucí událost nahlásit. Smysluplná edukace pracovníků ve zdravotnickém zařízení je jedním ze základních kamenů programu kontinuálního zvyšování kvality poskytované péče.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou správného a bezpečného zacházení s léčivými přípravky. Ke zpracování tohoto tématu byly stanoveny dva cíle. Jedním z cílů diplomové práce bylo zjistit, zda směrnice nemocnice odpovídají požadavkům nadřazených dokumentů, konkrétně standardu SAK. Z výsledků proběhlého šetření vyplynula skutečnost, že nemocniční zařízení nemá dostatečně vypracované směrnice. Druhým cílem práce bylo zjistit zkušenosti porodních asistentek a všeobecných sester při zacházení s léčivými přípravky. Výzkum byl proveden pomocí rozhovoru, kterých se zúčastnilo 6 respondentek. Z rozhovorů bylo zjištěno, že se respondentky snaží dodržovat správné postupy při manipulaci s léčivými, přesto vznikají situace, při kterých postup nedodrží. Respondentky se také vyjadřovaly k medikačnímu pochybení a jeho hlášení. Respondentky popsaly zkušenosti s medikačním pochybením, avšak žádná z respondentek medikační pochybení nehlásila, přestože si myslí, že hlášení medikačního pochybení může být přínosné. Strach z hanby je hlavním důvodem, proč pochybení nebylo hlášeno.

Výzkumná část práce má určité limity. Jedním z nich je nezkušenost výzkumníka. Dále se výsledky výzkumu nedají vztahovat na celou nemocnici. Pozitivním aspektem výzkumu je fakt, že byly zjištěny a popsány nedostatky zkoumaných oddělení. Výsledky budou nabídnuty manažerce kvality ve zkoumaném zařízení. Výzkum může posloužit jako sonda, která bude zdrojem podkladů k vytvoření vnitřního auditu.

Zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví je nikdy nekončící proces. Snaha o poskytování péče na té nejvyšší úrovni by měla být součástí profesní cti každého zdravotnického pracovníka.

6 POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BĚHOUNEK, Jan, a kol. *Systém Optimalizace Vnitřních Auditů - S.O.V.A.. Management rizik ve zdravotnictví*. 2019, roč. 3, č. 1, s. 18 – 22. ISSN 2570 – 6926.
3. BRABCOVÁ, Iva a kol. *Možnosti zapojení pacienta do prevence medikačního pochybení*. Kontakt. 2014. 16(2): 81-87. ISSN 1212-411
4. EYBL, Vladislav. *Vybrané kapitoly z obecné farmakologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1827-2.
5. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
6. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
7. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.
8. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 248 s. ISBN 80247-0585-0.
9. MALÍK HOLASOVÁ, V.: *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
10. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3871-0.
11. *Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře: Controlled quality in health and social care sphere*. Ostrava: Dům techniky, 2004. ISBN 80-02-01660-2.
12. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.

13. SLÁDEK, Miloš. *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb - etické aspekty*. V Praze: FHS UK, 2013. Kvalifikační práce, sv. 1. ISBN 978-80-87398-37-1.
14. ŠEVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3146-9.
15. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
16. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
17. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
18. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.
19. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2763-9.
20. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0705-5.
21. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1919-3.
22. VONDRÁČEK, Lubomír a Miroslav LUDVÍK. *České ošetrovatelství. 12, Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-376-7.
23. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-3421-7.
24. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
25. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 80-247-3754-6.

26. DURHAM, Barbara. *The nurse's role in medication safety*. In: Nursing2015 [online]. 2015, roč. 15, č. 4 [cit. 2019-23-3]. Dostupné z: https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2015/04000/The_nurse_s_role_in_medication_safety.20.aspx
27. Health First Europe [online]. *Health First Europe 2019* [cit. 2019-24-02]. Dostupné z: <http://healthfirsteurope.eu/>
28. International Organization for Standardization [online]. ISO - *International Organization for Standardization 2019* [cit. 2019-24-02]. Dostupné z: <https://www.iso.org/home.html>
29. Joint Commission International [online]. *Joint Commission International* © 2015 [cit. 2019-21-02]. Dostupné z: <https://www.jointcommissioninternational.org/about/>
30. KARLECOVÁ, Markéta. *Ředění a podávání léčiv intravenózní cestou - výsledky diplomové práce*. In: Braunoviny [online]. 2011 [cit. 2019-3-23]. Dostupné z: <https://braunoviny.bbraun.cz/redeni-a-podavani-leciv-intravenozni-cestou-vysledky-diplomove-prace>
31. Komora auditorů České republiky [online]. Praha: *KOMORA AUDITORŮ ČESKÉ REPUBLIKY*, © 2012 – 2019 [cit. 2019-23-03]. Dostupné z: <https://www.kacr.cz/okomore-auditoru>
32. MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: TIGIS, spol. s r. o., 2013. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb* [online]. 2018 [cit. 2019-7-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html
34. MZ ČR. *Věstník 8/2018* [online]. 2018 [cit. 2019-7-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2018_15911_3810_11.html
35. MZ ČR. *Věstník 7/2018* [online]. 2018 [cit. 2019-26-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2018_15836_3810_11.html

36. MZ ČR. *Věstník 5/2012* [online]. 2012 [cit. 2019-17-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html
37. MZ ČR. *Věstník 16/2015* [online]. 2015 [cit. 2019-17-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
38. NENADÁL, Jaroslav, Darja NOSKIEVIČOVÁ a Růžena PETŘÍKOVÁ. *Moderní management jakosti-principy, postupy, metody*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2011, 377s. ISBN 978-80-7261-186-7
39. O lécích: *Poznejte své léky* [online]. 2019 [cit. 2019-24-02]. Dostupné z: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/podminky-skladovani-lecivych-pripravku>
40. OSTINI, Remo, et al. *Quality Use of Medicines – medication safety issues in naming; look-alike, sound-alike medicine names. INTERNATIONAL JOURNAL OF Pharmacy Practice* [online]. 2012, roč. 20, č. 6 In: [cit. 2019-03-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2012.00210.x>
41. Pokorná A., Štrombachová V., Mužík J., Bůřilová P., Kučerová J., Pospíšil M., Dolanová D., Gregor J., Komenda M., Dušek L; *Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz>
42. *Řešení oblastí bezpečí pacientů*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, 2010 [cit.2018-22-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/reseni-oblasti-bezpecipacientu_2375_20.html
43. Spojená akreditační komise [online]. *SAK 2019* [cit. 2019-23-02]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz/>
44. SÚKL. *Převzetí nepoužitelných léčiv k likvidaci* [online]. 2012 [cit. 2019-24-02]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/lekarny/prevzeti-nepouzitelnych-leciv-k-likvidaci>

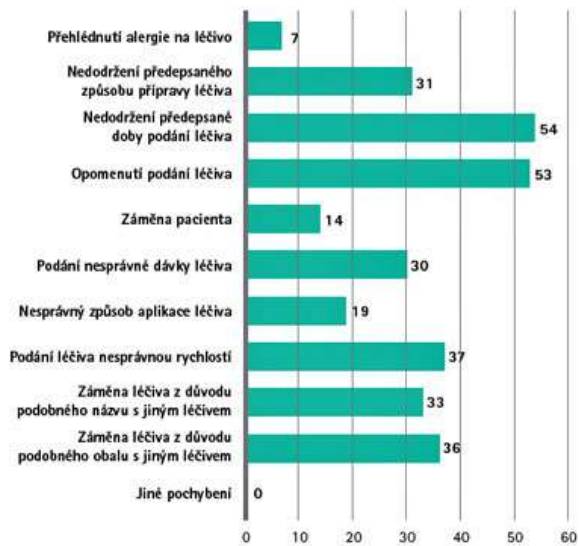
PŘÍLOHY

Příloha A: Přehled pochybení.....	70
Příloha B: Model kontinuálního zvyšování kvality	71
Příloha C: Příklad obdobně vypadajících obalů léků	72
Příloha D: Příklad podobně znějících názvů léků	72
Příloha E: Informovaný souhlas.....	73

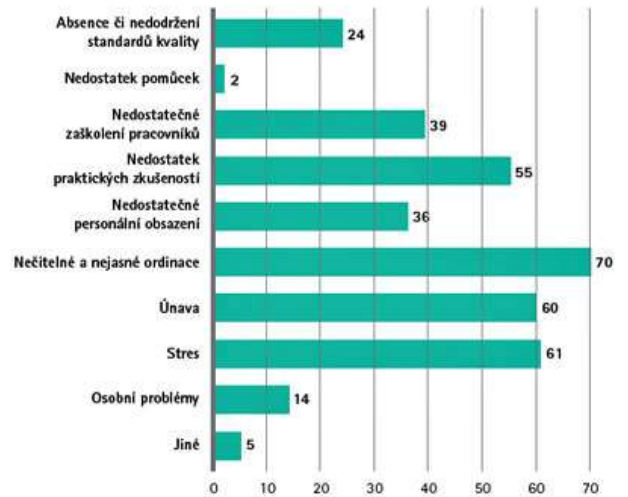
Příloha A: Přehled pochybení

<https://braunoviny.bbraun.cz/redeni-a-podavani-leciv-intravenozni-cestou-vysledky-diplomove-prace>

Přehled pochybení, kterých se respondenti dopustili

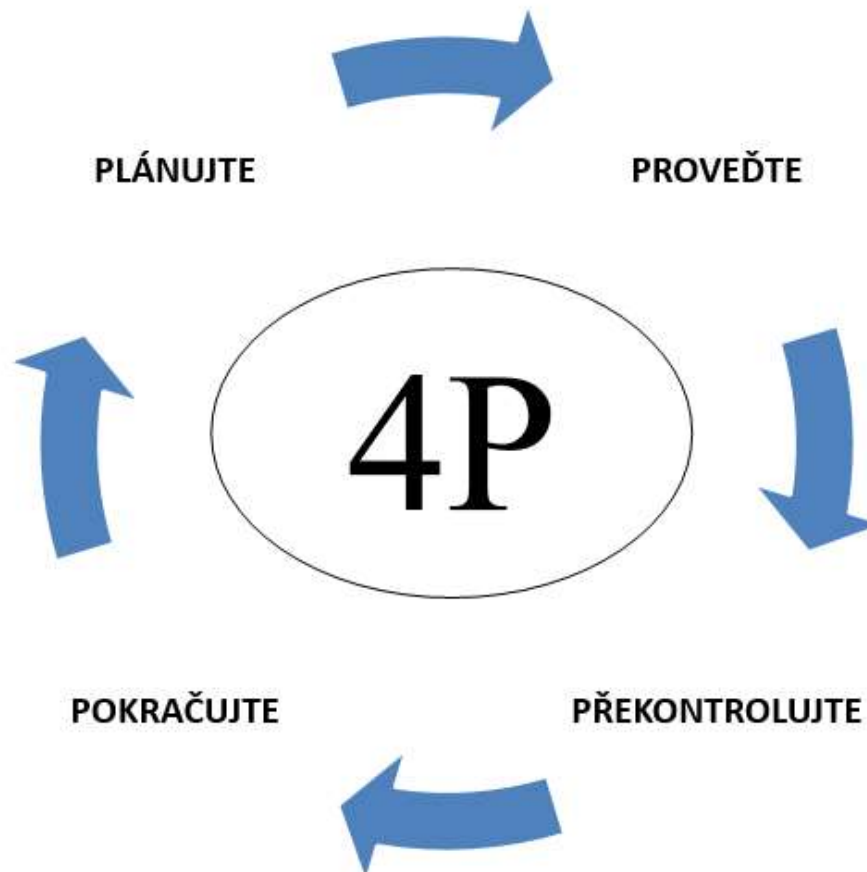


Názor respondentů na tři nejčastější příčiny medikačních pochybení



Příloha B: Model kontinuálního zvyšování kvality

dle publikace Škrla a Škrlová 2003



Příloha C: Příklad obdobně vypadajících obalů léků



Příloha D: Příklad podobně znějících názvů léků



Příloha E: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: *Kvalita a bezpečí při zacházení s léčivými přípravky v rámci perioperační péče*

Souhlasím s tím, že má účast ve výzkumu je dobrovolná, mám možnost kdykoli z něj vystoupit a veškeré údaje, které v rámci výzkumu autorce poskytnu, budou zpracovány pouze pro účely tohoto výzkumu a nebudou předány třetí straně. Beru na vědomí, že veškeré o mně poskytnuté údaje budou anonymizovány.

Rozumím cíli, povaze výzkumného šetření a v čem spočívá moje zapojení. Tyto informace mi byly srozumitelným způsobem předány. Měl/a jsem možnost položit otázky, na které mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď.

Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budu mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.

.....

Jméno

|

.....

Příjmení

Autorka výzkumu: Bc. Jitka Polívková
Tel.: 732 905 597
E-mail: polivkova.jitka@email.cz