

protokolu a dodržování „6 pravidel“ při každém podání léku. Autoři neuvedli, o jaká pravidla se jednalo, ale např. Cook (19) uvádí „Šest práv všeobecných sester pro bezpečné podání léku“, a to právo na: 1) úplné a jasné písemné ordinace; 2) spolehnout se na lékárnu ve smyslu včasné distribuce léků pro pacienta; 3) informace a přístup k nim; 4) přístup ke standardu o podávání léčiv; 5) podílet se na bezpečné medikaci, navrhovat vhodnější řešení a identifikovat chyby a 6) zastavit se, přemýšlet a být ostražití při podávání léků. V České republice, kromě bezpečnostních opatření vycházející z legislativy Ministerstva zdravotnictví a Resortních bezpečnostních cílů, jako je např. Bezpečná identifikace pacienta, kde je nutná existence minimálně dvou nástrojů pro identifikaci (např. jméno a datum narození) (20), se stále používá obecný model pěti pravidel: správný lék, správný pacient, správný čas, správný způsob a správná dávka. MZ ČR se pro zvýšení bezpečnosti pacientů a zapojení pacienta i jako aktivního aktéra v procesu medikace, vydalo v roce 2019 aktualizovanou příručku „Rádce pacienta“, kde jednou z kapitol je kapitola „Léky v nemocnici“ (21).

Schubert et al. uvádějí, že bylo medikační pochybení pozorováno někdy, příp. často (12), v roce 2009 se již zaměřili na medikaci jako na jednu z pěti nejčastějších komplikací u pacientů. Na základě vytvořené modelové řady u medikace zjistili, že byla v první modelové řadě hodnota „1,00“ spojena se zvýšením faktoru od 2,50 do téměř 5 (v 30 % bylo medikační pochybení pozorováno někdy, příp. často); v druhé modelové řadě se u medikace jednalo již o hodnotu „1,5“, což v obou případech znamenalo již negativní účinky na pacienta. (13) Jones, Hamilton, Murry (17) uvádějí pouze medikační pochybení bez další specifikace, zatímco Winters, Neville (14) v kvalitativní studii již medikační pochybení specifikují respondenty na zmeškání nebo opomenutí podání léčiv. Papastavrou, Andreou, Efstathiou (15) v 17 vyhledaných studiích v rámci systematické review uváděli v rámci opomíjené péče zhodnocení účinnosti podaných léčiv, obecně uváděné chyby při medikaci a konkrétně např. chyby, kdy pacienti dostávali nesprávné léky nebo dávky.

Studie autorů Kalisch, Lansdtrom a Williams (22) vedla k závěru, že velká část ze všech hospitalizovaných pacientů je kvůli zmeškané ošetrovatelské péči ohrožena. Autoři často uváděli jako důvod nedostatek léků (8, 16, 17) a materiálu či přístrojů (14, 17) nutných pro péči o pacienty. Četnou položkou, která byla často uváděna, byl zvýšený objem péče, péče o pacienty s náhlým akutním zhoršením stavu, počet a závažnost příjmů a s tím spojené propouštění či překlady pacientů (5, 8, 15, 16, 17). V kvalitativní studii autorů Winters, Neville (14), bylo zmíněno vyrušování personálu telefonáty. Respondenti uváděli několikrát, že častým vyrušením, kromě hovorů v rámci návaznosti péče od jiného personálu různých oddělení, byly např. telefonáty rodin pacientů a nutnost podávání informací. Za vyrušení, respektive „konkurenční požadavky“, uváděli autoři Verrall et al. (7) nedokončenou či přerušovanou práci jinými situacemi, které museli zdravotníci vykonat přednostně.

Důležitou roli v chybějící péči sehrával tým, kdy nekooperace, špatná komunikace či napětí hrají významnou roli v zajištění nedostatečné péče (5, 12, 15, 17, 18). Ve studii Palese et al. (5) bylo komunikační napětí mezi registrovanými sestrami a asistenty sester identifikováno jako prediktivní faktor zvyšující přibližně o polovinu pravděpodobnost hlášení MNC.

Za signifikantní důvody pro nedostatečnou péči bylo nejčastěji uváděno autory nedostatečný počet personálu/sester/pomocného personálu (6, 7, 8, 12, 14, 15, 16) včetně pracovních pozic na plný a částečný úvazek, počtu pacientů na pracovníka na směnu, kdy Palese et al. (5) zjišťovali navíc i denní péči na pacienta v minutách. Účastníci pracující na plný úvazek byli ve 4násobném riziku hlášení MNC, dle autorů možná proto, že jejich pracovní expozice byla vyšší ve srovnání s těmi, kteří pracují na částečný úvazek. Mají také globálnější pohled na potřeby pacientů a vyšší vnímání opomíjené péče. Kalisch, Tschannen, Lee (4) uvádějí, že četné studie prokázaly vliv personálního zajištění nelékařského zdravotnického personálu na výsledcích léčby pacientů. Zvýšená úroveň personálního zajištění byla spojena se snížením počtu nežádoucích příhod během péče o pacienta. Dle Palese et al. (5) navíc existují důkazy, které dokládají, že poměr pěti pacientů k jedné sestře zabraňuje komplikacím a smrti. Ani v jedné studii nebyl uveden takto nízký počet pacientů na jednu sestru. Zajištění minimálního počtu sester je v České republice dáno vyhláškou č. 99/2012 Sb., *o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*. Personální zabezpečení péče je stanoveno podle jednotlivých odborností zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, druhu a oboru poskytované péče (23). Zabezpečení pracovníky musí být stanoveno tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče. Bragadóttir, Kalisch, Tryggvadóttir (24) poukazují na již dříve uskutečněné studie, které potvrzují přispění k opomenutí ošetrovatelské péče charakteristikami nemocnic a jednotlivých oddělení, vnímání adekvátnosti personálního zajištění a ošetrovatelské týmové práce, které jsou uvedeny v modelu MNC. Chybou pro nemožnost splnit ošetrovatelskou péči standardně a dle potřeb pacientů byla některými autory (12, 14) přičítána právě managementu a s tím mohly souviset i další faktory, jako je struktura personálu na směně (5, 7, 15, 17, 18), což bylo vyjádřeno např. neefektivními metodami pro určování úrovně personálu, nedostatečnou kombinací personálu na základě znalostí, dovedností a kompetencí (5, 7). V článku *Spot and prevent instances of missed nursing care* (25) jsou uvedeny tři výzvy, které by měly zabránit chybám v ošetrovatelské péči v budoucnosti. První výzvou důležitou pro lokální systém kontroly zdravotní péče je identifikovat konkrétní příklady chybějící péče. Druhou výzvou je pomoc s vyplněním identifikovaných mezer v ošetrovatelské péči a třetí výzvou je využití takto získaných informací v praxi. Je doporučeno: 1) sledovat ošetrovatelskou a terapeutickou dokumentaci; 2) zúčastnit se vizit a týmové práce spolu se sestrami a lékaři; 3) věnovat čas pacientovi a jeho rodině (pozorovat pacienta a jeho rodinu). V naší studii se chyba přičítala také personálnímu systému, který neuměl reagovat na měnící se požadavky péče (7). AHSP (American Society of Health-System Pharmacists) doporučuje zavedení systémového přístupu v institucích, který by zabránil budoucím chybám; tento přístup usiluje o změnu pracovních podmínek a vytváří obranu, bariéry a bezpečnostní opatření, aby se zabránilo vzniku chyb nebo aby se snížila škoda, pokud dojde k chybám. Obviňování zdravotnických pracovníků, kteří se účastní chyb, nebo je pasivně povzbudí, aby byli opatrnější, nebrání chybám, protože nezmění základní podmínky, které k chybě přispěly. (26) Jak dokládá studie Tubbs-Cooley et al. (18) zaměřená na zavedení kvality ve zdravotnických zařízeních, hrál pod-