

Tab. 3. Odhadovaný počet skutečně nahlášených medikačních pochybení

Typ pochybení u neintravenózní medikace	Průměr	Počet skutečně nahlášených pochybení
46 Nesprávný způsob podání.	1,7	17 %
47 Nesprávný čas podání.	2,1	21 %
48 Nesprávný pacient.	1,6	16 %
49 Nesprávná dávka.	1,7	17 %
50 Nesprávné léčivo.	1,6	16 %
51 Léčivo je nepodáno.	2,1	21 %
52 Léčivo je podáno, ale nebylo předepsáno lékařem.	2,1	21 %
53 Léčivo bylo podáno po pokynu k přerušení léčby.	1,9	19 %
54 Léčivo bylo podáno pacientovi s prokázanou alergií na toto léčivo.	1,8	18 %

Poznámky: Sestry byly požádány, aby na 10bodové stupnici odhadly procento skutečně nahlášených pochybení.

Každý bod na číselné škále představoval 20% interval hlášených pochybení: (1) 0–20 %; (2) 21–30 %; (3) 31–40 %; (4) 41–50 % atd.

kteřá tuto záměnu provedla (15). Řešením je elektronická preskripce léčiv prostřednictvím nemocničního informačního systému, který je propojen s ústavní lékárnou a nedovolí ošetřujícímu lékaři předepsat nedostupný lék.

Jako další faktory zvyšující riziko pochybení při přípravě a podávání léků sestry uváděly: problémy v komunikaci s lékařem (častá změna pokynů – $3,2 \pm 1,5$, nečitelnost – $3,1 \pm 1,6$ a nejasnost lékařských záznamů – $2,6 \pm 1,5$), tabulka 1. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny průkazně, komplexně, pravdivě a čitelně. Musí být opatřeny datem zápisu, identifikací osoby, která záznam učinila a u akutní péče i časem zápisu (9). Včasné, přesné, srozumitelné předávání jak písemných, tak ústních informací mezi lékařem a sestrou je nezbytným předpokladem minimalizace rizika pochybení.

Nedostupnost klinických farmaceutů 24 hodin denně ($3,7 \pm 2,0$) hodnotí sestry jako rizikový faktor, který přispívá ke vzniku medikačních pochybení. Hlavním úkolem klinických farmaceutů v nemocnici je optimalizovat farmakoterapii hospitalizovaných pacientů s cílem maximalizovat účinek a minimalizovat rizika jimi užívané farmakoterapie. Doplňují tak ostatní farmaceuty pracující v nemocnici, jejichž hlavní činností je mimo jiné zajištění, skladování, resp. uchování a výdej léčivých přípravků a ostatních prostředků pro terapii pacientů hospitalizovaných nebo ošetřovaných v dané nemocnici. Farmaceuti jako hlavní odborníci na léčiva mohou významně přispívat na všech úrovních k minimalizaci medikačních pochybení (16).

V současné době roste úloha klinických farmaceutů. Kliničtí farmaceuti primárně spolupracují systematickou nebo konziliární formou s lékaři na racionalizaci medikace hospitalizovaných pacientů. Vedle toho spolupracují s ostatním zdravotnickým personálem včetně sester, kdy mohou přispět k minimalizaci medikačních pochybení. např. vhodnou strategií podání léčiv ve vztahu k potravě nebo nápojům, omezením nevhodného zacházení s lékovou formou (např. dělení nebo drcení lékových forem léčiv) nebo správnou technikou podání jednotlivých aplikačních forem léčiv. Řadě pochybení při podání léčiv lze předcházet

již při předepisování léčiv pacientovi, proto je podstatné podporovat spolupráci lékařů a klinických farmaceutů. V neposlední řadě je úlohou farmaceutů vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti prevence medikačních pochybení (17).

Mezi další důvody pochybení při podávání léčiv sestrou patří časté vyrušování sester při přípravě a podávání léčiv ($3,6 \pm 1,6$), nedostatečné proškolení sester ($2,6 \pm 1,4$) a nedostatek personálu ($2,5 \pm 1,5$), tabulka 1. Nedostatek personálu je dle sester druhým nejčastějším důvodem pochybení při podávání léčiv (18).

Ošetřovatelská péče o pacienty na standardních odděleních je organizovaná tzv. skupinovou péčí, kdy sestry mají přidělenou skupinu pacientů a u této skupiny provádějí komplexní ošetřovatelské činnosti. V případě velké skupiny pacientů oslovené sestry poukazyvaly na nemožnost dodržení doporučeného času podání léčiv ($2,9 \pm 1,6$), tabulka 1. Koncept chybějící péče (Missed Nursing Care) se věnuje situacím, kdy nedojde k realizaci potřebné ošetřovatelské péče pro pacienta, který ji potřeboval nebo vyžadoval. Mezi nejčastěji opomíjené ošetřovatelské činnosti patří podpora a edukace pacientů, péče o dutinu ústní, otáčení pacientů, zápis záznamů do dokumentace a nedodržení času podání léčiv (léčiva podávaná během 30 minut před plánovaným časem nebo po něm) (19).

Ve třetí části výzkumu byly sestry požádány, aby odhadly procento skutečně nahlášených pochybení spojených s podáváním léčiv neintravenózní cestou. Dle názoru sester pouze malá část těchto pochybení je nahlášena do nemocničního systému (od 16 % do 21 %), tabulka 3.

Ve studii Lee (11) byla míra hlášení pochybení, ke kterým dochází při podávání léčiv sestrami, také velmi nízká. Pohybovala se od 6,3 % do 29,9 % bez ohledu na typ nemocnice. Proto nás zajímaly důvody, proč sestry nejsou ve vyšší míře ochotné hlásit medikační pochybení do nemocničního informačního systému. Nejčastějším důvodem, proč sestry nehlásí pochybení, je strach z obviňování ze zhoršení zdravotního stavu pacienta ($3,3 \pm 1,7$), strach z nepříznivých důsledků hlášení ($2,7 \pm 1,4$) a strach z reakce lékaře na pochybení ($2,6 \pm 1,4$), tabulka 2. Je třeba si uvědomit, že i ti nejlepší zaměstnanci se mohou dopustit vážného pochybení. Většina pochybení je neúmyslných a nezáměrných. Obviňování lidí za jejich chyby neovlivní jejich tendenci činit nová pochybení (3). Nejenom pacienti a jejich rodiny jsou zasaženi pochybením. Zdravotničtí pracovníci, kteří se dopustili pochybení, dlouhodobě trpí pocitem viny a nejistotou. Proto je žádoucí, aby jim byla ze strany managementu nabídnuta psychologická podpora, která zmírní jejich psychické utrpení a umožní jim znovu získat sebedůvěru (20).

Z výsledků tohoto výzkumu je zřejmé, že stále přetrvává tradiční reakce managementu na vzniklé pochybení. Dle názoru oslovených sester při výskytu pochybení se ošetřovatelský management zaměřuje na jednotlivce, místo na systém jako možnou příčinu pochybení ($2,9 \pm 1,5$), tabulka 2. Nicméně jen zřídka je jedinou příčinou pochybení individuální selhání jednotlivce. Ve většině případů jde o kombinaci nepříznivých faktorů systémového charakteru (15). Proto je vhodné změnit přístup k dané problematice. Novou strategií k ochraně pacienta je tzv. kultura bezpečí. Jde o prostředí, ve kterém všichni zdravotničtí pracovníci přijmou odpovědnost za svou bezpečnost, bezpečnost svých kolegů,