

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



Bc. Eva Ptáčková

Podávání léčivých přípravků na základě telefonické ordinace

Application of Drugs Based on Telephone Orders

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 4. 2014

Eva Ptáčková

Identifikační záznam

PTÁČKOVÁ, Eva. *Podávání léčivých přípravků na základě telefonické ordinace [Application of Drugs Based on Telephone Orders]*. Praha, 2014. 67 s., 7 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Prošková, Eva.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. et Mgr. Evě Proškové za podnětné rady a cenné připomínky, které mi v průběhu tvorby diplomové práce udílela. Dále bych chtěla poděkovat všem zástupcům zdravotnických zařízení, kteří mi pro účely práce poskytli vnitřní předpisy těchto nemocnic.

Abstrakt

Tato práce se zabývá podáváním léčivých přípravků na základě přímé verbální a telefonické ordinace v nemocnicích.

Teoretická část práce proběhla metodou rozhovoru se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb a metodou analýzy dokumentů. Na základě popisu a rozboru úprav verbálních ordinací v akreditačních standardech čtyř společností pro akreditaci ve zdravotnictví a vnitřních předpisech pěti nemocnic definují rizikové prvky verbálních ordinací a nastiňují návrhy úprav těchto oblastí pro zvýšení bezpečnosti těchto ordinací.

To, zda jsou verbální ordinace v nemocnicích postupem *lege artis*, se odvíjí především ze situace, při níž k této formě pokynu dochází, kompetencí zdravotnických pracovníků, kteří se ordinace účastní a od dodržení správného postupu při vlastní komunikaci včetně záznamu do zdravotnické dokumentace.

Přestože jsou verbální ordinace z komunikačního, forenzního, a především odborného hlediska rizikové, nebyla u nás jejich úpravě donedávna věnována větší pozornost. Existuje pouze jediný dokument, který představuje národní standard pro postup při verbálních ordinacích. České akreditační společnosti se stanovování postupů při verbálních ordinacích podle mého průzkumu samostatně nevěnují, a ani samotné nemocnice tento proces neupravují příliš detailně. Vzhledem ke vzrůstajícímu povědomí o rizikovitosti verbálních pokynů a stoupajícímu zájmu o problematiku však vývoj české, a zejména zahraniční situace naznačuje, že bude docházet jejich komplexnějším analýzám a úpravám. Díky tvorbě a používání bezpečnostních prvků bude moci docházet ke zvýšení bezpečnosti verbálních pokynů, a tím i celkové bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb.

Klíčová slova

lege artis, přímé verbální a telefonické ordinace, kvalita a bezpečí zdravotní péče, indikace po telefonu, zdravotnická dokumentace

Abstract

The topic of this work is the administration of medicine following a face-to-face and telephone medication-related orders at hospitals.

The methods used in the theoretic part of this work included both discussions with representatives of health care providers and the analysis of documents. Based on the description and analysis of the set-up of verbal medication-related orders as featured in the accreditation standards of four healthcare accreditation organisations and internal rules of five hospitals, the author of this work seeks to identify any possible risk elements of verbal orders, and to propose ways how to modify such parts of standards and rules so as to make the verbal ordination less risky.

Whether or not the verbal medication-related orders at hospitals is a *lege artis* procedur depends first of all on the situation in which the verbal order is issued, on the authorization or qualifications of health employees who are involved in the implementation of such verbal order, and on the strict observance of procedures concerning the communication (including its recording into the medical documentation).

Although verbal medication-related order represents risk arising from the ordinance's communication, forensic, or specialist consequence, no greater attention has been paid to them so far. There exists only one document constituting the national standard applying to verbal medication-related orders. The author hereof has found out that the Czech Accreditation Associations do not deal with the determining of procedures for verbal orders as a separate item, nor do hospitals themselves lay down such regulations in greater detail. On the other hand, the rising awareness concerning verbal orders in the Czech Republic, but especially abroad indicates that more comprehensive analyses will be carried out and the applicable rules and procedures will be modified accordingly. The forthcoming creation and application of security elements will increase the safety of verbal instructions, and thus enhance the overall provision of health service.

Key words

lege artis, face-to-face and telephone medication-related orders, health care quality and safety, indication based on telephone, health care documentation.

Obsah

Úvod	1
1. Vymezení pojmu přímá verbální a telefonická ordinace	3
2. Přímé verbální a telefonické ordinace jako postup <i>lege artis</i>	3
2.1 Legislativní dokumenty	4
2.2 Etické kodexy	7
2.3 Národní standardy upravující postup při používání verbálních ordinací	8
2.4 Telefonické ordinace v České republice	10
3. Podávání léčivých přípravků	12
3.1 Definice pojmů	12
3.2 Záznam lékové ordinace ve zdravotnické dokumentaci	15
4. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb	16
4.1 Národní a mezinárodní systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb	16
4.1.1 Mezinárodní úroveň hodnocení kvality a bezpečí	17
4.1.2 Národní úroveň hodnocení kvality a bezpečí	17
4.1.3 Resortní bezpečnostní cíle MZ ČR	18
4.2 Vybrané společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví	20
5. Problematika pochybení	24
5.1 Problematika pochybení obecně	24
5.1.1 Klasifikace pochybení	24
5.1.2 Selhání systémů – lidská pochybení	25
5.1.3 Nástin řešení pochybení	27
5.2 Problematika medikačních pochybení	28
5.2.1 Medikační pochybení	28
5.2.2 Instituce zabývající se výskytem a problematikou lékových chyb	30
5.2.3 Příklady pochybení při podávání léčivých přípravků na základě verbální a telefonické ordinace	31
5.2.4 Prevence lékových pochybení	32
6. Publikovaná doporučení pro zvýšení bezpečnosti verbálních a telefonických příkazů	34
7. Úvod do praktické části	39
7.1 Výzkumný vzorek	39

7.2	Metodika výzkumu.....	41
7.3	Limitace výzkumu.....	41
8.	Úprava přímých verbálních a telefonických ordinací ve vnitřních předpisech nemocnic	42
9.	Přímé verbální a telefonické ordinace v akreditačních standardech a vnitřních předpisech zdravotnických zařízení	44
9.1	Úpravy verbálních ordinací ve vnitřních předpisech nemocnic ve srovnání s požadavky akreditačních standardů	44
9.2	Diskuze a závěry	46
10.	Podrobná analýza vnitřních předpisů	48
10.1	Analýza vnitřních předpisů nemocnic, upravujících verbální ordinace, z hlediska vybraných kritérií.....	49
10.1.1	Analýza vnitřních předpisů vybraných nemocnic.....	49
10.1.2	Diskuze a závěry	54
10.2	Porovnání výsledků analýzy se zahraničním výzkumem.....	57
11.	Závěr.....	60
12.	Seznam použitých zkratk	62
13.	Seznam použité literatury	64

Úvod

Přímé verbální, a především telefonické ordinace jsou považovány za rizikovou oblast v poskytování zdravotní péče (Wakefield & Wakefield, 2009).

Protože jsem byla v praxi svědkem nejasných, nejednotně stanovovaných verbálních ordinací, které neměly daleko k nějaké z forem medikačního pochybení, rozhodla jsem se na ně zaměřit svou diplomovou práci jako na důležitou oblast bezpečnosti zdravotní péče.

V České republice lze přímé verbální a telefonické ordinace považovat za poměrně neprobádanou oblast. V zahraničí se jim začala věnovat pozornost až v 90. letech, po zveřejnění studie, která v případě verbálních pokynů uvedla až čtyřnásobně vyšší výskyt medikačních chyb, než k jakému dochází při užívání pokynů písemných (Wakefield & Wakefield, 2009).

Verbálními pokyny se, jakožto rizikovým procesem, začaly zabývat společnosti Joint Commission, Institute of Medicine nebo Institute of Safe Medication Practices. S rostoucím výzkumem v oblasti verbálních pokynů začalo docházet k úpravám podmínek, za kterých smí ordinace probíhat i k jejich samotnému průběhu, a k vytváření bezpečnostních opatření a implementaci prvků, které zvýšením bezpečnosti pokynů mají vést ke zvýšení bezpečnosti zdravotní péče.

Hlavním cílem této diplomové práce, jenž má charakter teoretického výzkumu, je identifikovat nejrizikovější oblasti a prvky verbálních ordinací, odhalit největší nedostatky jejich úprav a nastínit, jak by tyto oblasti a prvky mohly být v našich podmínkách za účelem zvýšení bezpečnosti pokynů upraveny či pozměněny.

Pro splnění hlavního cíle jsem si stanovila také cíle dílčí, jejichž dosažení je pro splnění hlavního cíle nezbytné. Těmito dílčími cíli jsou: popsat, jakou pozici mají verbální ordinace v české legislativě a dalších, obecně závazných i nezávazných dokumentech; popsat, jaká úprava procesu verbálních ordinací včetně souvisejících aspektů je českou legislativou a dalšími dokumenty vyžadována nebo doporučována; popsat úlohu, jakou mají verbální ordinace v bezpečí a kvalitě zdravotních služeb; popsat a analyzovat požadavky, které kladou na úpravu verbálních ordinací akreditační standardy společností pro akreditaci ve zdravotnictví a analyzovat úpravy verbálních ordinací ve vnitřních předpisech nemocnic za pomoci informací, které jsem získala při rozhovoru se zástupci těchto nemocnic.

Hlavním přínosem této práce není pouze stanovení problémových oblastí verbálních ordinací a nástin možných úprav těchto oblastí. Přínos spočívá také ve vlastním komplexním popisu problematiky verbálních příkazů, neboť v České republice je problematika minimálně popsána, a není ani příliš diskutována.

Doufám, že práce umožní čtenářům nahlédnout do problematiky verbálních a telefonických ordinací jak z komplexního pohledu, tak z hlediska jejich jednotlivých problémů, a že poukáže na oblasti, jejichž úpravám je třeba věnovat další pozornost.

1. Vymezení pojmu přímá verbální a telefonická ordinace

Nejprve bych chtěla vysvětlit, co přesně verbální ordinace znamená. Jedná se o formu medikačního příkazu, při kterém lékař ordinaci vydává ústně. Přijímající osoba tak při výkonu ordinace nevychází z běžné, písemné lékařské ordinace, ale z informace, kterou od předepisující osoby obdržela slovně. Verbální forma ordinace probíhá typicky z důvodu časové tísně (kdy by písemný záznam vedl k prodlevě, která v danou situaci není přípustná) nebo v případě, že není možná okamžitá fyzická přítomnost lékaře v místě, kde k podání léčivého přípravku musí bez odkladu dojít.

Verbální ordinace lze dělit na přímé, které probíhají mezi zúčastněnými osobami přímo, a telefonické, které probíhají na dálku prostřednictvím telefonu. Rozdíl mezi přímou a telefonickou ordinací tedy tvoří především místo, ze kterého lékař pokyn vydává, a z toho vyplývající skutečnosti .

Než však začnu hovořit o problematice verbálních ordinací podrobněji, zastavím se u otázky, zda jsou vůbec tyto ordinace v rámci poskytování nemocniční péče v České republice považovány za postup *lege artis* – zda smí být používány.

2. Přímé verbální a telefonické ordinace jako postup *lege artis*

Abych mohla stanovit, zda jsou či nejsou verbální ordinace, používané v nemocnicích, postupem *lege artis*, pohovořím nejprve o samotném pojmu *lege artis*. Stanovím, z jakých úprav lze při jeho vymezení vycházet, co je jeho obsahem, a zda užívání těchto ordinací postupu *lege artis* odpovídá.

Navzdory tomu, jak často je pojem *lege artis* užíván, není tento v české zdravotnické legislativě výslovně definován. Samotný pojem je dokonce zmíněn v jediném legislativním dokumentu, a to ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Pro definování, co péče *lege artis* znamená, musím proto vycházet z požadavků na poskytovanou zdravotní péči, vyjádřených v legislativě a dalších závazných i nezávazných dokumentech. Právními předpisy mám na mysli ústavní zákony a vyhlášené mezinárodní smlouvy, zákony, nařízení vlády a vyhlášky ministerstev, jenž tuto problematiku upravují. Předpisy, které nemusí mít obecnou závaznost, ale ze kterých je třeba při dovozování definice pojmu *lege artis* dále vycházet, jsou standardy a metodické návody Ministerstva zdravotnictví, stanoviska profesních komor a vnitřní předpisy¹ zdravotnických zařízení. Nelze opomenout ani etické kodexy pracovníků ve zdravotnictví.

¹ Vnitřní předpisy zdravotnických zařízení jsou závazné pro zaměstnance těchto zdravotnických zařízení. Dle § 301 části třinácté písm. a) a c) zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, jsou zaměstnanci povinni pracovat řádně dle svých sil, znalostí i schopností, a dále plnit pokyny nadřízených, jenž jsou vydány v souladu s právními předpisy, spolupracovat s ostatními zaměstnanci a dodržovat právní předpisy a ostatní předpisy, které se vztahují k práci jimi vykonávané.

Po tomto krátkém souhrnu obecně závazných i nezávazných úprav, které se vyjadřují k náplni péči *lege artis*, uvedu již konkrétní předpisy. Smyslem uvádění těchto dokumentů je vyvodit, co se skrývá za pojmem *lege artis*, a především, jak lze z pohledu poskytování péče *lege artis* obhájit či vyvrátit možnost používání verbálních ordinací v nemocnicích. Pro lepší přehlednost rozdělují úpravy na legislativní dokumenty, etické kodexy a dokumenty, jenž představují národní standard pro postup při verbálních ordinacích.

2.1 Legislativní dokumenty

Z mezinárodních smluv je z hlediska náležitostí poskytované zdravotní péče stěžejní *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně* (dále *Úmluva*). Tento dokument v kapitole I, čl. 3 uvádí, že „*Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.*“ Čl. 4 *Úmluvy* uvádí, že „*jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy*“ a čl. 5 rozšiřuje poskytování této péče o podmínku svobodného informovaného souhlasu.

Podle *Úmluvy* lze vyjádřit péči *lege artis* jako péči patřičné kvality, která je poskytována na základě informovaného souhlasu pacienta a v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

V dílu 1, oddílu 1, § 2900 *zákona č. 89/2012Sb., občanského zákoníku* (dále *OZ*) je uvedeno, že „*je každý povinen počínat si při svém konání tak, aby nedošlo k nedůvodné újmě na svobodě, životě, zdraví nebo vlastnictví jiného.*“ Jako ostatně všechny osoby, tato obecná prevenční povinnost zavazuje i zdravotnické pracovníky: zdravotní služby, poskytované řádným odborníkem, nesmí ohrozit život a zdraví pacientů.

K péči, jenž lze považovat za péči *lege artis*, se *OZ* vyjadřuje dále v § 2643 odst. 1 dílu devátého. Zde je uvedeno, že „*poskytovatel postupuje podle smlouvy s péčí řádného odborníka, a to i v souladu s pravidly svého oboru.*“ V § 2637 části deváté je uvedeno, že „*Péče o zdraví zahrnuje úkon, prohlídku nebo radu a všechny další služby, které se týkají bezprostředně ošetřovaného a které jsou vedeny snahou zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav.*“ I tato úprava vztah k *lege artis* nepřímou má: zavazuje zdravotnické pracovníky k povinnosti poskytovat správné rady a vyjadřuje úmysl, s jakým mají být zdravotní služby poskytovány.

Obsahovou náplň pojmu *lege artis* lze odvodit také ze *zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* (zákon o zdravotních službách, *ZZS*), konkrétně z částí upravujících povinnosti poskytovatelů zdravotní péče, povinnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří se na poskytování zdravotních služeb podílí (dále *JOP*) a práva pacientů.

Dle § 45 odst. 1 části páté ZZS je poskytovatel zdravotních služeb povinen „poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.“ Náležitá odborná úroveň poskytovaných zdravotních služeb je pak definována jako „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (§ 4 odst. 5 části první ZZS).“

Dle § 47 odst. 3 písm. a) ZZS je poskytovatel v případě, že se při poskytování služeb odchýlí od uznávaného medicínského postupu, povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb své rozhodnutí odůvodnit ve zdravotnické dokumentaci.

Péče *lege artis* je v této úpravě popsána jako péče, která, s ohledem na okolnosti a individualitu pacienta, dodržuje pravidla vědy a uznávaných medicínských postupů, a při které jsou dodržována práva a povinnosti zúčastněných osob.

ZZS v § 49 odst. 1 písm. a) ukládá zdravotnickému pracovníku a JOP povinnost poskytovat takové zdravotní služby, k nimž získal odbornou či specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů v rozsahu, který odpovídá jeho způsobilosti a zdravotnímu stavu pacienta. Poskytované služby musí dosahovat náležitě odborné úrovně (což lze odvodit i z práv pacientů uvedených v § 28 odst. 2 části čtvrté tohoto zákona) a pracovníci se při jejich poskytování musí řídit etickými principy.

Tato věta rozšiřuje náležitosti péče *lege artis* o další významný bod, a to o závazek pracovníků poskytovat péči v souladu s etickými principy. Etickým principům, které lze odvodit z obsahu etických kodexů určených pracovníkům ve zdravotnictví, se věnuje v kapitole 2.2.

Úmluva stanovuje zásady poskytování zdravotní péče prostřednictvím poměrně obecných, zato však zásadních principů. Péče má být patřičné kvality, poskytovaná v souladu s příslušnými profesními standardy a na základě informovaného souhlasu pacienta. Konkrétnější požadavky na poskytovanou péči uvádí české zákony. Těmi je vyžadováno poskytování péče na náležitě odborné úrovni, dle pravidel vědy a uznávaných medicínských pravidel. Péče musí vycházet ze stavu pacienta, konkrétních podmínek a objektivních možností, při čemž je třeba respektovat individualitu pacienta. Pracovníci musí poskytovat služby, které jsou v jejich kompetenci a vycházet při tom z etických principů. Během poskytování péče je třeba zajistit uplatňování práv zúčastněných osob.

Z poněkud jiného hlediska se k požadavkům na poskytované zdravotní služby staví zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon o veřejném zdravotním pojištění) a vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy (vyhláška, kterou se vydávají rámcové služby).

Zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 13 odst. 1 části páté písm. a) až c) uvádí, že ze zdravotního pojištění jsou hrazeny zdravotní služby, jenž jsou pojištěncům poskytovány s cílem zlepšit nebo zachovat jejich zdravotní stav či zmírnit jejich utrpení, a které jsou pro ně přiměřeně bezpečné. Hrazení těchto služeb dále podmiňuje skutečnost, že služby musí odpovídat zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, který má být jejich poskytováním dosažen. Poskytované služby musí být dále v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a musí existovat důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění požaduje poskytování takových zdravotních služeb, které jsou adekvátní, bezpečné, účelné a založené na důkazech (tedy tzv. medicíny založené na důkazech) – ovšem jenom pro účely péče, která veřejným zdravotním pojištěním bude hrazená. Nestanovuje, zda poskytované služby, které by se od těchto požadavků lišily, by byly služby poskytované správně či nesprávně, jednalo by se pouze o služby nehrazené. Z toho vyplývá, že povinnost poskytovatelů zdravotních služeb poskytovat péči založenou na důkazech je pouze podmínkou pro úhradu těchto služeb, nikoli definicí péče *lege artis*.

K charakteru poskytovaných zdravotních služeb, ovšem opět pouze ve vztahu k péči, kterou uhradí veřejné zdravotní pojištění, se vyjadřuje také *vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy*. Dle čl. 3 odst. 2 části druhé písm. e) přílohy č. 1 této vyhlášky musí zdravotnické zařízení (ZZ) poskytovat hrazenou zdravotní péči *lege artis* bez nadbytečných nákladů, přičemž musí brát zřetel na to, aby diagnostický či terapeutický efekt byl dosažen s ohledem na zdravotní stav konkrétního pojištěnce.

Ve čl. 9 písm. b) bodu 5 je uvedeno, že, nelze-li v důsledku závažných okolností rozumně očekávat další plnění smlouvy, je možno před uplynutím sjednané doby smlouvu ukončit výpovědí. Závažnými okolnostmi jsou míněny případy, kdy je prokazatelné, že zdravotnické zařízení neposkytuje pojištěncům zdravotní péči kvalitně a *lege artis*. Čl. 11 odst. 2 písm. a) dále v případě, že nastane důvodné podezření na nedodržení postupu *lege artis*, ukládá zdravotnickému zařízení, aby pojišťovně doložilo, že při poskytování hrazené péče došlo k použití zdravotnických prostředků v souladu se zvláštními právními předpisy.

Přestože vyhláška o rámcových smlouvách pojem péče *lege artis* užívá, nedefinuje konkrétně, co pojmem rozumí.

Podle § 3 odst. 1 písm. a) části druhé *vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* (vyhláška o činnostech) poskytuje zdravotní pracovník s odbornou způsobilostí zdravotní péči v souladu s právními předpisy a se standardy. Podle § 2 písm. h) části první této vyhlášky se standardem rozumí „*písemně zpracovaný postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředí jiného ústředního správního úřadu.*“

Dle § 3 odst. 1 zákona č. 220/1991 o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře (Zákon o ČLK, ČSK a ČLékK) musí být každý lékař (vyjma hostujících osob), vykonávající lékařské povolání na území ČR, členem České lékařské komory. Komory dle § 2 odst. 1 písm. a) musí dbát na to, aby jejich členové své povolání vykonávali odborně, v souladu s jejich etikou a způsobem, který stanoví zákony a řády komor. Dle odst. 2 písm. i) jsou komory oprávněny vydávat stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotních služeb. Tato stanoviska jsou pro členy komor závazná. Povinností každého člena komory je dle § 9 odst. 1 písm. a) „*vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony.*“

Na základě úprav všech zmíněných předpisů mohu říci, že péči *lege artis* je možno označit péči patřičné kvality, která je poskytována v souladu s právními předpisy, příslušnými profesními povinnostmi a standardy (v případě lékařů také s řády České lékařské komory), která je na náležité odborné úrovni (tj. poskytovaná dle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů) a v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Poskytování péče *lege artis* dále probíhá za respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, za dodržování práv a povinností zúčastněných osob a je pro pacienta odpovídající, přiměřeně bezpečná, a poskytovaná na základě jeho informovaného souhlasu. Péče *lege artis* je poskytována v souladu s etickými principy.

2.2 Etické kodexy

Ze zákona o zdravotních službách a zákona o ČLK, ČSK a ČLékK vyplývá povinnost zdravotnických pracovníků postupovat v souladu s etickými principy; k poskytování péče *non lege artis* může tedy docházet také porušením těchto principů. Z tohoto důvodu se zaměřím na skutečnost, jak se k poskytování péče *lege artis* vyjadřují etické kodexy České lékařské komory, Mezinárodní rady sester (ICN), České asociace sester (ČAS) a Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, který zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví, a jaké etické principy v souvislosti s poskytováním péče *lege artis* z těchto kodexů vyplývají.

Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 – Etický kodex České lékařské komory v § 2 odst. 1 uvádí, že, v rámci své odborné způsobilosti a kompetence, lékař svobodně volí a vykonává preventivní, diagnostické a terapeutické úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy, a které pro nemocného pokládá za nejvýhodnější. Přitom musí v co největší možné míře *respektovat vůli nemocného*, případně jeho zákonného zástupce.

Etický kodex Mezinárodní rady sester, k němuž se zdravotní sestry hlásí prostřednictvím ČAS, *Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků*, který je závazný pro zdravotnické pracovníky registrované ČAS (která kodex vydala), a Ministerstvem zdravotnictví vytvořený *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů* jsem pro jejich obsažnost přiložila do přílohy (Příloha č.1-3). Zde shrnu etické principy, které jsou těmto kodexům společné. Těmito principy jsou:

dodržování lidských práv, poskytování rovné péče, zákaz diskriminace, respekt lidské individuality, zachovávání lidské důstojnosti a bezpečnosti, ochrana pacientů, poskytování informací a podpora autonomie pacientů. Pracovníci mají své služby poskytovat zodpovědně, na základě posouzení vlastních znalostí a dovedností, v rámci svých kompetencí a za spolupráce s dalšími pracovníky za účelem poskytnutí komplexní péče, povinnost ochrany informací a povinnost mlčenlivosti.

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů zavazuje pracovníky k *dodržování právních předpisů, Úmluvy a práv pacientů* a k *usilování o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované péče, za jejíž úroveň jsou zodpovědní*. Pokud tak nemůže učinit způsobilý pracovník, je zdravotní pracovník v situaci, kdy riziko z prodlení převyšuje riziko z úkonu, povinen poskytnout nezbytně nutnou péči i nad rámec svých pravomocí. Etický kodex ICN sestře ukládá povinnost *realizovat co možnou nejvyšší úroveň poskytované péče*.

K prvkům péče, jejichž prostřednictvím definují právní předpisy péči, kterou je možno vyjádřit jako *lege artis*, přidávají etické kodexy označení *péče co nejvyšší možné úrovně a péče co nejvyšší kvality*.

2.3 Národní standardy upravující postup při používání verbálních ordinací

Holčapek (2011, p. 97) uvádí, že *lege artis* je možno chápat jak v užším, tak v širším smyslu slova. Širším pojetím rozumí například selhání ošetrovatelské péče nebo selhání organizace v návaznosti péče. Z hlediska verbálních ordinací je však třeba *lege artis* pojmout z pohledu užšího slova smyslu, tedy z pohledu doporučených postupů a standardů.

Mach (Ptáček, Bartůněk & Mach 2013, p. 182) uvádí, že *lege artis* postupuje lékař vždy, když postupuje dle uznávaného medicínského postupu, respektive podle kteréhokoli z nich. Proto nyní shrnu, jaké doporučené postupy k verbálním a telefonickým ordinacím jsou v České republice vydány.

České lékařské komora vydala *Závazné stanovisko ČLK č. 1/2012, Nepřímá ordinace*. Nepřímou ordinací (tedy ordinací na dálku, prostřednictvím telefonu, e-mailu či jiné techniky) jsou zde myšleny veškerá zdravotnická doporučení pro pacienta i zdravotnické pracovníky, která poskytne lékař na základě sdělení o zdravotním stavu pacienta, kdy nemá možnost ověřit si diagnózu či stav pacienta bezprostředním objektivním vyšetřením.

Toto stanovisko je závazné pro všechny lékaře, vykonávající své povolání v ČR; vztahuje však na situace při poskytování v sociálních službách, ne přímo na problematiku telefonických ordinací v nemocniční péči.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydalo *Resortní bezpečnostní cíle*, mezi nimiž je také uveden RBC 6 – Bezpečná komunikace, který je určen poskytovatelům lůžkové

a jednodenní péče. Tento cíl stručně popisuje průběh verbálních a telefonických ordinací. RBC jsou závazné pro organizace v přímé působnosti MZ a pro ostatní slouží jako doporučení. RBC se zabývám podrobněji v kapitole 4.1.3.

Při hledání dokumentů, které lze považovat za národní standard, nemohu opomenout ani postupy uveřejněné v odborné literatuře. Pro zjištění, jak se k problematice verbálních ordinací vyjadřují autoři odborných ošetřovatelských publikací, jsem vybrala učebnice ošetřovatelství obsahující kapitolu o zdravotnické dokumentaci, předepisování a podávání léčivých přípravků nebo o komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Pozornost jsem zaměřila na skutečnost, zda jsou v textech verbální pokyny zmíněny, jaký postoj k nim autoři zaujímají a jaké doporučené či naopak zakázané postupy k verbálním pokynům, a s nimi spjatým úkonům, uvádí.

Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník, první díl, s pracovním sešitem (Kelnarová, 2009), v kapitole věnované podávání léků uvádí, že léky jsou podávány na základě písemné ordinace lékaře (Kelnarová, 2009, p. 103). V pracovním sešitu jsou dále zmíněny odborné kompetence zdravotnického asistenta v procesu manipulace s léčivými přípravky, k verbálním pokynům však údaje vztaženy nejsou. *Ošetřovatelství v Intenzivní péči* (Kapounová, 2007) o možnosti podávání léčivých přípravků na základě přímé verbální nebo telefonické ordinace nehovoří. Také učebnice *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné, první díl* (Vytejková, 2011) ani *Kapitoly z ošetřovatelské péče I* (Mikšová, Froňková, Hernová & Zajíčková, 2006) problematiku nezmínily.

V žádné z těchto běžně dostupných učebnic ošetřovatelství není problematika verbálních a telefonických ordinací zmíněna. Autoři formám ordinací nevěnovali pozornost vyjma Kelnarové (2009), která připouští pouze ordinaci písemnou. Pozornost autoři věnovali jiným prvkům v oblasti podávání léčivých přípravků. Pokud se věnovali náležitostem ordinace, jednalo se vždy o ordinaci písemnou. Ani u nás dostupné zahraniční publikace *Kapesní průvodce zdravotní sestry* (Doenges & Moorhouse, 2010) nebo *Klíčové dovednosti sester* (Workman & Bennett, 2006) o problematice verbálních pokynů nehovoří.

Kromě učebnic ošetřovatelství jsem se úpravu postupu při verbálních ordinacích snažila nalézt také v dalších odborných publikacích, u nichž jsem předpokládala, že by se problematice, především z pohledu legislativy, mohly vyjadřovat. Autoři knih *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi* (Vondráček & Wirthová, 2008), *Univerzita medicínského práva* (Mach et al., 2013), *Medicínské právo* (Těšinová, Žďárek & Polícar, 2011), *Lege artis v medicíně* (Ptáček et al., 2013) ani *Management v ošetřovatelství* (Plevová, 2012) se problematikou verbálních ordinací nezabývají.

O tomto typu ordinací nehovoří ani *Etika a komunikace v medicíně* (Ptáček & Bartůněk, 2011). V souvislosti s verbální komunikací se autoři vyjadřují pouze k telefonické domluvě za účelem konzultace nebo jedná-li se o žádost o vyšetření pacienta.

I v těchto případech je však pro ochranu lékařů i sester doporučují písemný zápis komunikace.

Mach v knize *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky* (2010) připouští výskyt pokynů, které lékař do dokumentace nemusí zaznamenat, a které tedy proběhnou pouze ústní formou komunikace; to se však netýká ordinování léčiv.

Shrnu-li poznatky ze všech analyzovaných dokumentů a odborné literatury, 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. Na základě existence tohoto doporučení mohu říci, že verbální ordinace lze (za splnění podmínek, jimž se budu dále věnovat) označit za postup *lege artis*.

2.4 Telefonické ordinace v České republice

Přes narůstající znalost zdravotnických zařízení ohledně rizik při poskytování zdravotní péče nebývá podávání léčivých přípravků upraveno z hlediska bezpečí pacienta. Zejména se jedná o neupravení dvou oblastí podávání léčivých přípravků – verbálních či telefonických ordinací a ordinací „dle potřeby“ (Marx & Dostál, 2005).

K otázce posouzení problému ordinace léků z hlediska právní odpovědnosti Marx a Dostál uvádí, že chybí-li výslovná právní úprava, je třeba vycházet z principu, že lékař postupuje tak, aby v co nejvyšší možné míře předcházel možnosti poškození zdraví pacienta. Pokud je z tohoto hlediska nejbezpečnějším postupem podání léku na základě písemné ordinace, s přesně stanovenými náležitostmi, je lékař povinen takový postup použít. Pokud by lékař při ordinování postupoval jiným, méně spolehlivým a průkazným způsobem (tedy verbální formou ordinace), jehož následkem by došlo k pochybení s následkem újmy na zdraví pacienta, musel by ve svém zájmu lékař prokázat, že v danou situaci nemohl postupovat jinak (typicky z důvodu časové tísně). Prokázat by také musel skutečnost, že s ohledem na okolnosti provedl veškerá možná opatření k prevenci případné chyby. Značně problematickou by se mohla stát obhajoba lékaře, pokud by došlo k pochybení při neakutní ordinaci nebo při nejasnostech a nejasnostech v medikačním pokynu.

Co se týče závazné úpravy postupu při verbálních, telefonických ordinacích, tito autoři se přiklání k úpravě vnitřními předpisy konkrétních zdravotnických zařízení. Dle jejich názoru by měl vnitřní předpis výslovně definovat situace, při kterých smí k verbálním pokynům docházet s tím, že tyto situace mohou vycházet z jediného kritéria, a to zdravotního stavu pacienta. Přípustné pro verbální ordinace jsou pouze situace, kdy existuje reálné riziko z prodlení, například v případě ordinování léčiv při resuscitaci. Za nepřipustné pak lze považovat například verbální pokyn sestře pro podání antipyretika nebo analgetika uprostřed noci.

Zatímco se autoři Marx a Dostál orientují na nemocnice a léčebny, Vondráček (2011) se v rámci problematiky telefonických ordinací zaměřuje na praxi ambulantních lékařů, se kterými pacienti kvůli svému komfortu stále více upřednostňují telefonický kontakt. Kontaktovaní praktičtí lékaři či ambulantní specialisté ve snaze vstřícného chování i strachu z nařčení z neochoty, neempatie a neetického přístupu rady ohledně medikace po telefonu udílí.

Neexistuje platný předpis, standard, ani odborné doporučení, ze kterých by ošetřujícímu lékaři vyplývala povinnost ordinovat léky po telefonu. Vzhledem k povinnosti každého, tedy i lékaře, počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na životě a zdraví, jsou změny v medikaci provedené po telefonu v nesouladu s předpisy – riziko možné škody na zdraví totiž zvyšují. Aby toto riziko bylo co nejmenší, a naopak přínos terapie co největší, změny v medikaci by měly být provedeny po podrobném obeznámení se současným stavem pacienta. Je otázkou, zda je telefonický kontakt pro změny v terapii dostačující.

Navíc, na rozdíl od nemocných v lůžkových zařízeních, kteří jsou pod neustálým dohledem profesionálních pracovníků, a mají tak okamžitě dostupnou odbornou intervenci v případě nežádoucích reakcí, jsou tito pacienti pod dohledem pouze laické rodiny a mimo osobní kontakt s lékařem.

Dále vyvstává otázka ohledně možného úniku citlivých osobních údajů – zda je kontaktovaný lékař schopen přes telefon rozeznat, že opravdu hovoří s dotyčnou osobou. Tu však lze identifikovat podle rodného čísla, které sama nahlásí, a podle toho, že pouze ona ví přesně, jakou medikaci užívá. I z charakteru hovoru vyplyne, zda je volající tím, za koho se vydává. Samotný telefonický kontakt lékaře a pacienta však nelze označit za postup *non lege artis*.

Z hlediska vedení zdravotnické dokumentace je dodatečný záznam doporučení z telefonického rozhovoru v souladu s kladenými požadavky. Kvalitní, pečlivý, věcný a detailní záznam telefonické ordinace se stává důležitým podkladem při řešení případných sporů a pro obhajobu lékaře. Lékař se při kolizi ocitá v důkazní tísní. Nemůže prakticky doložit, jaké informace přesně pacientovi sdělil, jak byla ordinace podána, ani zda byl pacient řádně poučen o nežádoucích účincích terapie.

Vzhledem k tomu, že telefonické ordinace s sebou pro lékaře přináší více negativ než pozitiv, mělo by k nim docházet zcela výjimečně a s vědomím všech potenciálních rizik. Jako běžný, standardní postup v ambulantní praxi jej nelze doporučit (Vondráček, 2011).

Problémů, které telefonické (a další ordinace probíhající na dálku) přináší, je více. Za největší z nich lze považovat skutečnost, že lékař u nemocného intervnuje, aniž by jej sám fyzicky prohlédl – koná na základě zprostředkovaných informací (zprostředkovaných pracovníkem, jehož vzdělání není směřováno ke kompetenci ordinování všech léčivých přípravků, a jehož pozorování nemusí obsáhnout veškeré důležité skutečnosti). Shrnu-li problémy verbálních ordinací, mohu určit tyto tři oblasti: odbornou, forenzní a předcházení

chyb. *Problémem odborným* mám na mysli výše zmíněný fakt, že pacientovi je podána, upravena či zastavena medikace, aniž by byl vyšetřen lékařem. *Forenzní oblastí* myslím stanovení odpovědnosti v případě medikační chyby a *prevencí chyb* problematiku bezpečnostních opatření. Forenzní oblast a oblast prevence chyb lze upravit tak, aby došlo k výraznému snížení, možná i částečné eliminaci problémů upravením postupu při ordinaci způsobem, při kterém by z každého kroku bylo zřejmé, kdo, jakým způsobem postupoval a jaké informace předal a přijal a analýzou verbálních příkazů a procesu ordinace, vytvářením a zaváděním bezpečnostních opatření pro verbální komunikaci. Problém však přetrvává v oblasti odborné. Otázkou je, co představuje hranici mezi postupem *lege artis* a *non lege artis*. Ordinance na dálku jsou správným postupem, nelze-li v dané situaci postupovat jinak: nastane-li případ nouze, je-li ohrožen život nebo zdraví pacienta (tedy v situaci, kdy jsou rizika ordinování na dálku přípustná). Pokud se však tímto způsobem postupuje, když se lékař dostavit na místo potřeby může, nelze jednání označit jako správné.

3. Podávání léčivých přípravků

Jedním z dalších zásadních prvků, které by měly být v rámci používání verbálních ordinací z bezpečnostních důvodů jasně stanoveny, jsou kompetence zdravotnických pracovníků k vydávání a přijímání medikačních pokynů.

V této kapitole nejprve vymezím základní pojmy, spjaté s předepisováním a podáváním léčivých přípravků, a dále se budu věnovat pravomocím jednotlivých zdravotnických pracovníků v procesu zacházení s léčivými přípravky, zejména v souvislosti s verbálními ordinacemi.

3.1 Definice pojmů

Humánními léčivými přípravky se dle dílu 1, § 2 odst. 1 části první písm. a) a b) zákona č. 378/2008 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech) rozumí látky či kombinace látek, které jsou prezentovány s tím, že mají preventivní nebo terapeutické vlastnosti v případě onemocnění lidí, a které lze použít nebo podat lidem za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí nebo stanovení lékařské diagnózy.

Co přesně se léčivými přípravky rozumí, uvádí § 2 odst. 2 písm. a) až q) tohoto zákona. V rámci verbální komunikace dochází především k pokynům ohledně humánních léčivých přípravků. Z vyjmenovaných položek bych zmínila i krevní deriváty a transfuzní přípravky. Krevní deriváty jsou průmyslově vyráběné léčivé přípravky, které pochází z lidské krve či plazmy – např. albumin, koagulační faktory a lidské imunoglobuliny. Transfuzní přípravky jsou přípravky připravené z lidské krve a jejích složek, jenž nejsou krevními deriváty; dále nejsou za transfuzní přípravky považovány krevní kmenové buňky ani lymfocyty dárce krvetvorných kmenových buněk, které jsou určeny pro příjemce těchto buněk.

Zacházením s léčivy se dle dílu 2 § 5 části první zákona o léčivech mimo jiné rozumí používání léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb; *používáním léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb* pak jejich podávání pacientovi při poskytování těchto služeb.

Zákon o léčivech se k možnosti přímé verbální ani telefonické ordinace nevyjadřuje. Jednou z *povinností osob zacházejících s léčivy* je však dle dílu 2 § 7 odst. 1 písm. a) tohoto zákona dbát na co největší prospěšnost léčivých přípravků při jejich používání a minimalizovat nepříznivé důsledky působení léčiv na zdraví člověka. Otázku, zda používání verbálních ordinací tento požadavek splňuje, bych odpověděla povahou situace, při níž k verbální ordinaci dojde, tedy zda je možné v daném momentu zvolit bezpečnější způsob ordinace nebo zda je verbální ordinace jedinou možností, jak odvrátit možnou újmu na životě nebo zdraví pacienta.

Činnosti spočívající v zacházení s léčivy mohou dle dílu 2 § 7 odst. 2 zákona o léčivech vykonávat pouze osoby oprávněné k dané činnosti na základě tohoto zákona. *Způsobilost osob pro zacházení s léčivy* je dána předpoklady obecnými a odbornými. Dle dílu 2 § 20 odst. 1 zákona o léčivech smí s léčivy zacházet pouze osoby starší 18 let, které jsou způsobilé k právním úkonům, bezúhonné a zdravotně i odborně způsobilé pro konkrétní druh činnosti. Výjimku tvoří osoby, které s léčivy zachází v rámci výuky či zaškolování pod odborným dohledem. Odborné předpoklady pro používání léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb stanoví dle dílu 2 § 21 odst. 3 zákona o léčivech zvláštní právní předpisy, konkrétně zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (zákon č. 95/2004 Sb.), ve znění zákona č. 125/2005 Sb. a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

Dle § 80 odst. 1 zákona o léčivech *předepisuje léčivé přípravky* podle své odbornosti *lékař* poskytující zdravotní služby. Dle § 7 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb. se za výkon povolání zubního lékaře s odbornou způsobilostí považuje mimo jiné diagnostická a léčebná péče. Vzhledem k praxi a tradici lze dovést, že osobou předepisující léčivé přípravky je také *zubní lékař*.

Pracovníky, kteří mohou zacházet s léčivými přípravky, určuje vyhláška o činnostech. Z osob, které se dle mého názoru mohou nejspíše účastnit verbálních ordinací, a které ve vyhláškou specifikovaném rozsahu a způsobem smí *podávat léčivé přípravky* jsem vybrala následující: všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře.

Všeobecná sestra dle § 4 odst. 3 části druhé vyhlášky o činnostech může na základě indikace lékaře a bez odborného dohledu podávat léčivé přípravky vyjma intravenózních injekcí a infuzí u novorozenců a dětí do 3 let, s výjimkou radiofarmak. Pod odborným

dohledem lékaře pak dle odst. 4 může podávat intravenózně krevní deriváty, asistovat při zahájení podávání transfuzních přípravků; dále smí bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu jejich podávání a podávání ukončit.

Tyto vyjmenované činnosti vykonává stejným způsobem dle § 5 odst. 4 vyhlášky o činnostech také *porodní asistentka*, ovšem u těhotných a rodících žen, u žen do šestého týdne po porodu a u pacientek s gynekologickým onemocněním.

Zdravotnický záchranář podle § 17 odst. 2 části druhé vyhlášky o činnostech v rámci přednemocniční neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu může bez odborného dohledu a bez indikace zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a u pacienta s ověřenou hypoglykemií podávat intravenózně roztoky glukózy. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může dále podávat léčivé přípravky včetně krevních derivátů, asistovat při zahájení podávání transfuzních přípravků, ošetřovat pacienta v průběhu jejich podávání a podávání ukončit; dále může zajišťovat intraoseální vstup.

Kompetence k podávání léčivých přípravků nelékařských zdravotnických pracovníků se dále mohou rozšířit získáním specializované způsobilosti nebo úspěšným absolvováním certifikovaného kurzu.

V některých akreditačních standardech a publikovaných doporučeních, kterým se budu v práci dále zabývat, se však objevují požadavky/doporučení nejen pro stanovení, které osoby smí verbální pokyny vydávat a přijímat (ať už se jedná o seznam profesí či o seznam konkrétních osob), ale i pro stanovení osob, které smí v případě nebezpečí z prodlení léčivé přípravky podávat nad rámec běžného oprávnění.

Podobně v Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů je uvedeno, že pokud tak nemůže učinit způsobilý pracovník, je zdravotní pracovník v situaci, kdy riziko z prodlení převyšuje riziko z úkonu, povinen poskytnout nezbytně nutnou péči i nad rámec svých pravomocí.

Tato vyjádření poukazují na institut krajní nouze, definovaný v § 28 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, a na přípustné riziko, uvedené v § 31 tamtéž. Jednání v krajní nouzi splňuje tyto podmínky: osoba konáním odvrací nebezpečí, které hrozí bezprostředně, a které nelze odvrátit jiným způsobem. Následky tohoto konání nesmí být stejně závažné nebo ještě závažnější než následky, které hrozily.

Přesné stanovení kompetencí v procesu verbálních ordinací považuji za jeden ze základních prvků, které je třeba vždy jasně stanovit.

V souvislosti s kompetencemi bych ještě chtěla definovat zmíněný pojem *indikace*. Indikací se dle § 2 části první zákona o nelékařských zdravotnických povoláních rozumí pověření k výkonu činnosti na základě pokynu nebo ordinace; vyhláška o činnostech v § 2 písm. e) části první definuje indikaci v souladu se zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Z této definice a ze skutečnosti, že verbální pokyny nejsou zakázány žádným

předpisem, vyplývá, že indikovat lze také pokynem ústním, nepochybně i pokynem telefonickým.

3.2 Záznam lékové ordinace ve zdravotnické dokumentaci

V této kapitole se budu věnovat problematice záznamu lékové ordinace do zdravotnické dokumentace. Lze říci, že porušením postupu *lege artis* při verbálních ordinacích v širším slova smyslu je také nesprávná forma jejího záznamu do zdravotnické dokumentace. Zastavím se proto také u otázky, zda pro nemocnice existuje předpis, který by stanovil náležitosti, jež musí záznam verbální ordinace obsahovat.

Povinností poskytovatele je dle § 53 zákona o zdravotních službách vést zdravotnickou dokumentaci. Povinně zaznamenávané údaje však tento zákon stanovuje pouze obecně. Neuvádí, jakou detailní podobu má záznam konkrétní skutečnosti mít. Dle § 54 odst. 2 musí být zdravotnická dokumentace, včetně jejích samostatných součástí, vedena „*průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována*“. Zápisy se musí provádět bez zbytečného odkladu. Dle hlavy II § 54 odst. 3 písm. a) bodů 1 a 2 musí být každý zápis do zdravotnické dokumentace, vedené v listinné formě, opatřen datem zápisu a podpisem pracovníka, který zápis provedl, včetně otisku razítka se jmenovkou nebo čitelným přepisem jeho jména/jmen a příjmení (vyjma případu, kdy poskytovatel poskytuje zdravotní služby vlastním jménem).

Odst. 2 vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, v bodu 2.2 uvádí standard Stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace, který v bodu 2.2.1 písm. a) ukládá zdravotnickým zařízením stanovit a dodržovat „*zásady vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče a organizační strukturu zdravotnického zařízení*.“

V bodu 2.4 dále vyhláška uvádí standard Bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky, který zdravotnické zařízení splní, pokud mimo jiné dle bodu 2.4.1 písm. a) stanoví, dodržuje a vyhodnocuje vnitřní postupy pro předepisování a podávání léčivých přípravků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly.

Dle § 1 odst. 2 písm. e) bodů 1 a 2 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, je součástí zdravotnické dokumentace také záznam o předepsání léčivých přípravků, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, a záznam o podání léčivých přípravků včetně podaného množství (v případě podání transfuzního přípravku jednoznačné evidenční číslo transfuzního přípravku, včetně kódu identifikujícího zařízení transfuzní služby, datum, čas a podpis zdravotnického pracovníka, který transfuzní přípravek podal). Dle § 1 odst. 2 písm. g) této vyhlášky musí být v dokumentaci provedeny také záznamy o provedené ošetrovatelské péči.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že povinnost záznamu lékové ordinace do zdravotnické dokumentace je dána; stanovení přesných náležitostí ordinace jsou však již ponechány na jednotlivých poskytovatelích zdravotních služeb. Bližším požadavkem je (pominu-li požadavky pro případ transfuzních přípravků) pouze zaznamenat údaj o dávce

ordinovaného léčiva. Způsob, jakým by mělo docházet k záznamu přímých verbálních nebo telefonických ordinací v nemocnici, a jaké náležitosti by měl záznam tohoto typu ordinací mít, jsem nenalezla v žádné z úprav. Náležitostmi ordinace se zabývá podrobně pouze vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů. Ta se však věnuje pouze problematice lékařských receptů a žádanek, a je tedy podstatná spíše pro předepisování léčiv v domácí péči či sociálních službách; lékových ordinací probíhajících během hospitalizace se netýká.

Předpis, který by výslovně uváděl náležitosti záznamu verbálních ordinací, není. Pouze v RBC 6 je uvedeno, že osoba, která verbální nebo telefonický pokyn přijímá, zaznamená úplnou ordinaci. Předpokládám, že pojmem úplné ordinace jsou zde myšleny náležitosti, které jsou vnitřním předpisem nemocnic vyžadovány u ordinací písemných. Otázkou, zda by však, oproti ordinacím písemným, náležitosti verbální ordinace z důvodu své rizikovosti neměly obsahovat údaje rozsáhlejší (z hlediska záznamu i způsobu, jakým se údaje pro možnost správného záznamu mají předat), se budu věnovat ve své práci dále.

4. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Organizace Joint Commission, Institute of Medicine nebo Institute of Safe Medication Practices považují verbální pokyny za faktor, který může snižovat bezpečnost a kvalitu poskytovaných zdravotních služeb (Wakefield & Wakefield, 2009). Abych mohla přiblížit vztah mezi kvalitou a bezpečím zdravotních služeb a verbálními ordinacemi, nastíním nejprve tuto problematiku z obecnějšího pohledu. Budu se věnovat národním a mezinárodním systémům hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, pohovořím o již zmiňovaných resortních bezpečnostních cílech Ministerstva zdravotnictví a v závěru kapitoly charakterizují společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví a jejich akreditační standardy, z nichž budu mimo jiné také vycházet v praktické části práce.

Pro začátek bych však měla uvést, co se vůbec pojmem kvalitní a bezpečné péče rozumí. Organizace Joint Commission International (JCI) definuje kvalitu péče jako *„úroveň, na kterou se při poskytování zdravotní péče v souladu s aktuálními odbornými poznatky zvýší pravděpodobnost dosažení stanovených cílů v oblasti zdravotního stavu jednotlivce či populace. Součástí kvality péče jsou: respekt k názorům pacienta, bezpečné prostředí, ve kterém se poskytuje péče, dostupnost, přiměřenost, kontinuita, účinnost, efektivita a včasnost poskytované péče (Joint Commission International [JCI], 2008, p. 298).“* Za bezpečí pak považuje míru, *„v jaké budovy, pozemky a vybavení nemocnice nepředstavují riziko pro její pacienty, zaměstnance a návštěvníky (JCI, 2008, p. 295).“*

4.1 Národní a mezinárodní systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Systémy hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví slouží především pro zajišťování kvality procesů, které zde probíhají. Doporučení pro zavedení těchto systémů na národní úrovni udělila Rada Evropy roku 1997. Rada Evropské unie

formulovala požadavky na zajištění kvality a bezpečnosti při poskytování zdravotních služeb v *Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí*. Další požadavky pak stanovily i WHO/Aliance pro bezpečí pacientů a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD).

Hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví lze rozdělit na úroveň národní a mezinárodní. Národní úroveň má dvě roviny: dobrovolnou externí a interní, která je uložena zákonem.

4.1.1 Mezinárodní úroveň hodnocení kvality a bezpečí

Na mezinárodním poli se hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví věnuje Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Organizace ISQuA a Světová zdravotnická organizace (WHO) definovaly mezinárodní akreditační principy, které na poskytované služby kladou tyto požadavky: zaměření na pacienta a respektování jeho práv, odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování, optimální využívání zdrojů, řízení rizik, proces jasného řízení v organizaci, zahrnutí všech činností do strategického plánování a kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu.

4.1.2 Národní úroveň hodnocení kvality a bezpečí

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb stanovuje zákon o zdravotních službách. Jak jsem zmínila, kvalitu a bezpečí zdravotních služeb lze hodnotit interně a externě

a) interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Dle § 47 odst. 3 písm. (b) zákona o zdravotních službách je v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb povinností poskytovatele zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Pro zavedení tohoto systému vytvořilo MZ ČR „minimální požadavky“. Ty byly zveřejněny ve Věstníku MZ č. 5/2012.

b) externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb stanovuje § 98 zákona o zdravotních službách, a jeho prováděcí vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (vyhláška č. 102/2012 Sb.). Účelem těchto předpisů je legislativní ukotvení a přesné stanovení podmínek a požadavků na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí. Předpisy jsou v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví.

Vyhláška č. 102/2012 Sb. upravuje podmínky hodnocení kvality a bezpečí v lůžkové zdravotní péči. Ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že požadavky na kvalitu a bezpečí u poskytovatelů jiných forem a druhů zdravotní péče budou stanoveny poté, co míra připravenosti těchto poskytovatelů dosáhne stejného stupně, jako připravenost

poskytovatelů zdravotní péče lůžkové. Do této vyhlášky není zahrnuto hodnocení kvality a bezpečí lékárenské péče. Tu, z hlediska její kvality a bezpečí, upravuje zákon o léčivech a vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky.

Kromě trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb jsou obecnými cíli hodnocení kvality a bezpečí také posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a zlepšení systému řízení ve zdravotnictví.

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče je, na rozdíl od povinného interního hodnocení, dobrovolný proces, provedený u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří o provedení hodnocení kvality požádají oprávněnou osobu. Oprávněnou osobou je fyzická nebo právnická osoba, která k této činnosti získala oprávnění dle zákona o zdravotních službách.

Pro získání certifikátu bezpečí a kvality musí poskytovatel zdravotní péče splnit minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, včetně požadavků na personální zabezpečení. Standardy obsahují způsob a postup hodnocení jejich splnění. V případě, že úroveň poskytování zdravotních služeb v lůžkovém zdravotnickém zařízení odpovídá požadavkům uvedeným v zákonu o zdravotních službách a vyhlášce č. 102/2012 Sb., vydává oprávněná osoba certifikát kvality a bezpečí. Jeho platnost je tři roky.

Oprávněná osoba je povinna zpřístupnit veřejnosti hodnotící standardy i pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí na svých internetových stránkách (Ministerstvo zdravotnictví České republiky [MZ], 2012).

Seznam osob, oprávněných k provádění hodnocení kvality a bezpečí, je zveřejněn na internetových stránkách MZ. Momentálně se jedná o těchto šest společností:

- CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti,
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.,
- e-ISO, a.s.,
- EURO CERT CZ, a.s.,
- Spojená akreditační komise, o.p.s.,
- T Cert, s.r.o. (MZ, 2013a).

Vybranými společnostmi pro akreditaci ve zdravotnictví se zabývám podrobněji v kapitole 4.2.

4.1.3 Resortní bezpečnostní cíle MZ ČR

Jak jsem uvedla, poskytovatel zdravotních služeb je dle zákona o zdravotních službách povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ vydalo pro tento interní systém „minimální požadavky“. Jedním z nich je zavedení resortních bezpečnostních cílů.

RBC jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012, schváleného MZ v březnu 2010. Jedná se o jedno ze systémových opatření, jejichž cílem je zajištění vyšší bezpečnosti pacientů a kvality poskytované zdravotní péče. RBC byly roku 2012 doplněny o dva nové cíle: RBC 6 – Bezpečná komunikace a RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů. Dále byly rozšířeny doporučující metodiky RBC 3 a 5.

RBC vychází z doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a z doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů. Jsou vyhlášeny formou doporučených postupů, jejichž cílem je snížit riziko poškození pacientů a jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. RBC jsou závazné pro přímo řízené organizace MZ. Pro ostatní zdravotnická zařízení (bez ohledu na jejich typ) slouží jako doporučení.

V následujících tabulkách uvádím aktualizované RBC pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče (tab. 4.1.1) a RBC pro poskytovatele ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby (tab. 4.1.2):

Tab. 4.1.1: Resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče

RBC 1	Bezpečná identifikace pacientů
RBC 2	Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti
RBC 3	Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
RBC 4	Prevence pádů
RBC 5	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
RBC 6	Bezpečná komunikace
RBC 7	Bezpečné předávání pacientů

Tab.4.1.2: Resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby

RBC 2	Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti
RBC 5	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Pro účely diplomové práce je nejpodstatnějším z cílů RBC 6 – Bezpečná komunikace, neboť se vyjadřuje k úpravě ústních a telefonických ordinací. V tabulce níže (tab. 4.1.3) uvádím realizaci tohoto cíle, respektive její část týkající se verbálních ordinací (MZ, 2013b).

Vzhledem k tomu, že standrady a metodické návody MZ mají charakter doporučených postupů (Žďárek, 2011, p.26), lze RBC 6 určit jako národní standard upravující postup při ústních a telefonických ordinacích u poskytovatelů lůžkové a jednodenní péče, jehož dodržení při verbálních ordinacích znamená postup *lege artis*.

Tab. 4.1.3: Realizace RBC 6 – Bezpečná komunikace, část o verbálních ordinacích

RBC 6 – Bezpečná komunikace
Realizace cíle:
1. Zdravotnické zařízení vnitřním předpisem určí postup při ústní a telefonické komunikaci při ordinování léčiv.
2. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci, zaznamená písemně úplný obsah ordinace.
3. Osoba, která přijímá ústní či telefonickou ordinaci, tuto ordinaci zpětně přečte.
4. Osoba, která stanoví ordinaci, potvrdí správnost opakovaného hlášení přijímací osobou.

4.2 Vybrané společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví

Protože akreditační standardy vybraných společností pro akreditaci ve zdravotnictví tvoří jeden z výchozích bodů praktické části této diplomové práce, ráda bych zde společnosti (konkrétně Spojenou akreditační komisi, Českou společnost pro akreditaci ve zdravotnictví a Joint Commission International) a normy ISO 9001:2008 stručně přiblížila. Nejprve pohovořím o samotné společnosti (normě), a následně charakterizuji její akreditační standardy, jimž se budu věnovat podrobněji v praktické části práce.

a) Spojená akreditační komise

Spojená akreditační komise, o.p.s. (SAK) vznikla roku 1998. Cílem společnosti je trvale zvyšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče v nemocnicích, léčebnách, léčebných ústavech a dalších zařízeních následné, dlouhodobé péče a ambulantních zařízeních na území České republiky. Své poslání společnost plní prostřednictvím akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

Akreditační standardy pro nemocnice (Spojená akreditační komise [SAK], 2013) popisují klinické i neklinické oblasti a činnosti – veškeré oblasti činnosti zdravotnického zařízení s přímou či nepřímou souvislostí s péčí o pacienty. Tyto oblasti a činnosti musí zdravotnické zařízení, které o akreditaci žádá, upravit, a tím zajistit jejich standardizaci. Obvykle se jedná o úpravu vnitřním předpisem.

Splněním požadavků akreditačních standardů jsou splněny minimální hodnotící standardy specifikované v příloze č.1 vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Novinkou standardů je mimo jiné zařazení resortních bezpečnostních cílů, jejichž splnění se posuzuje v samostatné kapitole Akreditačních standardů SAK.

Akreditační standardy SAK upravují tyto oblasti: resortní bezpečnostní cíle, práva pacientů a jejich edukaci, dostupnost a kontinuitu péče, diagnostickou péči, terapeutickou péči, anesteziologickou a chirurgickou péči, objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv, hygienu nemocničního prostředí a protiepidemiologická opatření, řízení a správu,

řízení kvality a bezpečí, bezpečí prostředí, informace a komunikaci a řízení lidských zdrojů.

Vzhledem k rozsahu činností zdravotnických zařízení akreditační standardy nestanovují, až na výjimky, přesný postup provedení činností. Nejsou-li Spojenou akreditační komisí pro danou činnost vypracovány preskriptivní akreditační standardy (tj. standardy s přesně stanovenými postupy), vypracovává si jejich náplň samo zdravotnické zařízení. Opírá se při tom o platnou národní a oborovou legislativu, publikované doporučené postupy i o odborné názory vedoucích pracovníků.

Principem akreditace je posuzování shody procesů, které probíhají ve zdravotnickém zařízení, s akreditačními standardy. Akreditační šetření se dále opírá o prezentace analýzy dat, shromážděných daným zdravotnickým zařízením, která znázorňují trendy v jednotlivých oblastech.

Výsledkem akreditačního šetření je závěrečná zpráva auditorů, předložená Kanceláři SAK. Ta následně seznámí vedení zdravotnického zařízení s výsledkem šetření (zda je akreditace udělena, neudělena). Uspěje-li zdravotnické zařízení v akreditačním šetření, je mu udělena akreditace SAK s platností 3 roky. Pokud si chce udržet statut „akreditováno“, musí zdravotnické zařízení projít reakreditačním šetřením (SAK, 2010) .

b) Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví

Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví s.r.o. (ČSAZ) je Ministerstvem zdravotnictví oprávněna k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb od roku 2012.

Posláním společnosti je kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče prostřednictvím zavedení systému řízení kvality zdravotní péče a následně akreditace zdravotnického zařízení, dále konzultační, poradenská, publikační a vydavatelská činnost a kontinuální vzdělávání a trénink zájemců v oblasti řízení kvality zdravotní péče (Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. [ČSAZ], n.d).

Hodnotící standardy ČSAZ jsou rozděleny na čtyři celky: Hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí, Hodnotící standardy péče o pacienty, Hodnotící standardy řízení lidských zdrojů a Hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance.

Je-li úroveň poskytovaných zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení hodnotitelským týmem vyhodnocena jako vyhovující, získá toto zařízení certifikát kvality a bezpečí s platností 3 roky.

c) Joint Comission International

Mezinárodní společnost Joint Comission International (JCI) byla založena roku 1994 (Who is JCI, n.d.). Jedná se o neziskovou nestátní dceřinou společnost organizace

The Joint Commission (USA) se sídlem v USA. Cílem společnosti je mezinárodní zvyšování kvality ve zdravotnictví (JCI, 2008, p. 10).

Kromě akreditačních standardů pro nemocnice vypracovala JCI standardy a akreditační programy pro klinické laboratoře, dlouhodobou a následnou péči, ambulantní péči a zdravotnický transport. JCI také poskytuje možnost certifikovat programy, které zajišťují péči o pacienty s konkrétním onemocněním – např. péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou a další.

Proces akreditace vychází z mezinárodního rámce standardů, které lze aplikovat na místní podmínky. Přitom, s ohledem na dodržení vysokých standardů péče o pacienty a jejich bezpečí, respektuje právní prostředí daného státu a místní náboženské a/nebo kulturní odlišnosti. Akreditační proces se opírá o standardy, které vytváří mezinárodní pracovní skupina, a které schvaluje mezinárodní správní rada. Základem těchto standardů jsou principy řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality. Konečné rozhodnutí o udělení nebo neudělení akreditace rozhoduje mezinárodní akreditační výbor (JCI, 2008, p.10-11).

Při rozhodování o udělení akreditace se dále samostatně hodnotí plnění Mezinárodních bezpečnostních cílů. Tyto cíle jsou od roku 2008 povinnou součástí akreditačního šetření pro nemocnice; jsou zaměřeny na problémové procesy v rámci poskytování zdravotních služeb.

Výčet Mezinárodních bezpečnostních cílů uvádím v následující tabulce (tab. 4.2.1).

Tab. 4.2.1: Výčet Mezinárodních bezpečnostních cílů

Výčet Mezinárodních bezpečnostních cílů	
Bezpečnostní cíl 1	Správná identifikace pacientů
Bezpečnostní cíl 2	Efektivní komunikace
Bezpečnostní cíl 3	Zvýšení bezpečí u rizikových léků
Bezpečnostní cíl 4	Prevence záměny pacienta
Bezpečnostní cíl 5	Nemocnice zavede postupy vedoucí ke snížení rizika nozokomiálních infekcí
Bezpečnostní cíl 6	Nemocnice zavede postup vedoucí ke snížení rizika poškození pacientů v důsledku pádů

Hodnocení standardů i Mezinárodních bezpečnostních cílů je totožné: „splněno“, „splněno částečně“ nebo „nesplněno“ (JCI, 2008, p. 49).

Mezinárodní akreditační standardy jsou rozděleny na dvě hlavní části: na standardy zaměřené na pacienta a standardy zaměřené na řízení nemocnice. Standardy zaměřené na pacienta upravují tyto oblasti: dostupnost a kontinuitu péče, práva pacientů a jejich blízkých, diagnostickou péči, terapeutickou péči, anesteziologickou a chirurgickou péči, skladování, předepisování a podávání léčiv a edukaci pacientů a jejich blízkých. Standardy zaměřené na řízení nemocnice zahrnují oblast kvality péče a bezpečí pacientů, prevence

a kontroly nozokomiálních a profesionálních nákaz, řízení a vedení, zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí, kvalifikace a vzdělávání personálu a oblast řízení informací a komunikace (JCI, 2008).

Chtěla bych zmínit, že dle zákona o zdravotních službách smí externí akreditaci poskytovatelů zdravotních služeb provádět pouze osoby k tomu oprávněné, a které jsou zveřejněny v seznamu osob k tomu oprávněných. JCI mezi oprávněnými osobami není. Přesto, že je tudíž provedení akreditace touto společností na území ČR nelegální, k němu dochází.

d) *International Organisation for Standardization*

Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO), se sídlem v Ženevě, byla založena roku 1947. Od této doby vytvořila přes 19 500 mezinárodních norem, pokrývajících téměř všechna odvětví technologie a výroby – například automobilový a potravinářský průmysl, služby (doprava, volný čas apod.) a zdravotní služby. Členy organizace jsou národní normalizační instituce, které normalizaci zastupují ve svých zemích s tím, že každá země má v ISO pouze jednoho zástupce. Českou republiku zde zastupuje Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví se sídlem v Praze. Členem ISO se nemůže stát jednotlivec ani společnost. V současnosti má ISO 164 členů.

Cílem mezinárodních standardů je přinést technologické, ekonomické i společenské výhody, sladit technické specifikace výrobků a služeb, a tím zefektivnit průmysl a prolomit překážky mezinárodního obchodu. Standardy mají zajistit bezpečné, kvalitní produkty a služby, zvýšit produktivitu firem a minimalizovat plýtvání a chybovost.

Přes 1200 standardů je určeno zdravotním službám. Jsou zaměřeny na různé oblasti, např. na osobní bezpečnost (ochranné pomůcky a oděvy), zubní lékařství, chirurgické nástroje, protetiku a ortotiku, ale i na bezpečnost hraček nebo tradiční čínskou medicínu.

Standardy mají za cíl podporovat zdraví například těmito způsoby: podpořit světovou jednotu medicínských praktik, a tím zajistit celosvětovou jednotu (úroveň) poskytované péče, chránit zdraví a bezpečí pacientů a poskytovatelů zdravotní péče, podporovat účinnou výměnu informací a ochranu dat nebo zvyšovat kvalitu péče (About ISO, n.d.).

ISO 9001:2008 je systém řízení kvality, patřící do skupiny ISO 9000. Norma pochází z Velké Británie, odkud se záhy rozšířila do Evropy a dalších kontinentů. Stanovuje zásadu, kdy vedení firmy určí své cíle a plány v oblasti kvality své produkce. Tyto cíle a plány jsou postupně pomocí nastavených procesů realizovány. Účinnost procesů je přitom měřena a sledována, což firmě umožní přijmout případná opatření pro změnu.

Norma ISO 9001:2008 je zaměřena na principy řízení dokumentace, lidských zdrojů a infrastruktury. Dále zavádí procesy komunikace se zákazníky, měření výkonnosti procesů, hodnocení dodavatelů a interní audity zajišťující zpětnou vazbu (ISO 9001, n.d.).

Hodnotící standardy procesu hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče představují soubor požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Hodnotící standardy vychází ze zákona o zdravotních službách, resp. přílohy 1 vyhlášky č. 102/2012 Sb. Dalšími souvisejícími dokumenty jsou Systémy managementu jakosti – směrnice pro zlepšování procesů ve zdravotnických organizacích (IWA 1), Systémy managementu kvality – Požadavky (ČSN EN ISO 9001:2009) a Věstník MZ č. 5/2012. Vypracované standardy jsou rozděleny do čtyř větších celků: řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů a zabezpečení bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance (Standardy kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotní péče, n.d.).

5. Problematika pochybení

Organizace Joint Commission, Institute of Medicine a Institute of Safe Medication Practices považují verbální pokyny za faktor, který může snižovat bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotní péče. Z tohoto důvodu se začaly zabývat zaváděním opatření, která upravují podávání verbálních pokynů a vedou k jejich snížení, případně úplné eliminaci (Wakefield & Wakefield, 2009). Není však známo, v jaké míře jsou verbální příkazy mezi personálem pacientovi nebezpečné (Wakefield et al., 2009). Studií, které hodnotí bezpečnost různých forem ordinací, je málo, a jejich výsledky si navíc často protířící (Baum, 2009). Potenciál pro pochybení při verbálních příkazech spočívá v množství lidských faktorů a faktorů prostředí, ať už jde o únavu, přepracování, hlučné prostředí nebo podobně znějící názvy předepisovaných léčiv (Wakefield, 2012a). Obsahuje-li navíc verbální ordinace pokyn k více přípravkům zároveň, riziko chyb se zvyšuje (Pennsylvania Patient Safety Authority [PPSA], 2006).

Základem porozumění potenciálních chyb spjatých s verbálními příkazy je pochopení spojitosti výskytu chyb a lidského faktoru. Tohoto porozumění je třeba dosáhnout dříve, než se začnou zavádět opatření k jejich snížení (Wakefield et al., 2009). Než k medikačnímu pochybení, a zvláště pochybení spjatému s verbálními ordinacemi přistoupím, nastíním proto problematiku pochybení v obecné rovině, s vysvětlením základních pojmů.

5.1 Problematika pochybení obecně

5.1.1 Klasifikace pochybení

Pochybení obecně lze rozdělit do tří celků: na téměř pochybení (near-miss), nežádoucí událost bez následků a nežádoucí událost s následky.

Téměř pochybení je definováno jako pochybení, jemuž bylo v poslední chvíli, vědomě či nevědomě, zabráněno nápravnou akcí. Vztaženo na medikační chyby, lze uvést příklad, kdy si sestra před podáním léku pacientovi bezděčně uvědomí, že lék předepsaný gramáže má vlastně jinou barvu, než lék přichystaný v lékovce. Lék proto nepodá. *Nežádoucí událostí bez následků* se rozumí činnost, která nebyla provedena dle plánu,

pravidel či odpovídajícího standardu, a nevedla k poškození zdraví pacienta nebo majetku. Došlo tedy k pochybení, nevznikly však negativní následky. *Nežádoucí událost s následky* je činnost, která nebyla provedena dle plánu, pravidel či odpovídajícího standardu, a vedla k poškození zdraví pacienta, případně majetku zdravotnického zařízení (Škrála, 2005, p.22).

Existuje vzorec pro určení míry rizika pochybení, díky němuž je možné orientovat se přednostně na rizikové procesy. Nejdůležitější je najít příčiny pochybení. Pokud se neurčí, nelze nalézt a zvolit účinná preventivní opatření, která dalším podobným případům zamezí.

James Reason pochybení dělí na aktivní a latentní. *Aktivní* pochybení jsou zapříčiněná lidským faktorem, při interakci lidí a komplexního systému – tedy při zapojení člověka do pracovního procesu. Jde o chybu osoby na tzv. „aktivním konci“, tedy osoby, která je v přímém kontaktu s pacientem, například sestry, která svým chybným konáním bezprostředně pacienta poškodí. *Latentní*, neboli skrytá pochybení, nastávají v situaci, kdy osoba (např. manažer), svým činem či rozhodnutím ovlivní protokol, proceduru, alokaci zdrojů nebo organizační klima zdravotnického zařízení. Tyto chyby Reason dále rozděluje na technické (nevhodně navržený formulář, vadný software, komplikovaná technika) a organizační (nezdravá organizační kultura, nesprávně navržená procedura, špatné rozhodnutí). Latentní pochybení vznikají obvykle na úrovni manažersko-technické, tedy na tzv. „pasivním konci“ systému.

Rasmussen, zabývající se zejména aktivním pochybením, definuje chyby v oblasti dovedností (dojde-li k chybě při změně či přerušení známého, rutinního výkonu), znalostí (pracovník v nových nebo nečekaných situacích neumí, není schopen aplikovat nebo využít nabyté znalosti) a dodržování pravidel a standardů (pracovník nepostupuje dle daných pravidel, standardů, protokolu, případně postupuje podle nevhodného protokolu nebo provede nevhodnou proceduru).

Ve Velké Británii bývají pochybení dělena na dvě kategorie – „*Errors of commission*“ a „*Errors of omissions*“. V prvním případě se jedná o chyby vzniklé prováděním nesprávné věci (špatný protokol, špatná strategie, špatné rozhodnutí), v druhém případě o chyby vzniklé špatným provedením věci správné (opomenutí důležitého kroku při použití správného protokolu) (Škrála, 2005, p. 24-26).

5.1.2 Selhání systémů – lidská pochybení

Vyšetřování chyb a omylů je spojeno s pojmem „lidská chyba, selhání“. Lidským pochybením je míněno pochybení pracovníků na tzv. „sharp-end“ systému: poskytovatelů péče v přímém kontaktu s pacientem, tedy například sestry či lékaře, týmu či jedince. Obecně se jedná o oblast, kde člověk řídí konkrétní rizikový proces.

Veřejnost i samotní vyšetřovatelé vážných medicínských pochybení používají výraz „lidské pochybení“ k popisu výkonu, jenž se z jejich zpětného pohledu na událost jeví jasně podúrovňový, neprofesionální a diletantský, a nelze jej tudíž omluvit. Všeobecný

názor je takový, že pracovníci (lékař, sestra), si v momentu pochybení měli svůj problém, chybné rozhodnutí nebo chybné konání uvědomit a následkům za každou cenu zabránit.

Vyšetřovatelé vážných medicínských pochybení se snaží prokázat, že výkon člověka těsně před incidentem byl prokazatelně chybný, a že pochybení zavinil právě lidský faktor. Lidskou chybou nebo omylem je subjektivní názor o lidském výkonu. Je nutno si uvědomit, že názor na takovéto pochybení nebo omyl se vytváří až po daném incidentu, a že tvorba takového názoru je zatížena efektem dodatečného rozumu. Problém spočívá v tom, kdy konkrétně se opomenutí stává lidskou chybou. Na problém lidského pochybení je třeba pohlížet komplexně. K pochybení dochází na aktivním konci procesu. Přichází nové technologie, které s sebou přináší prostor pro další možná pochybení a omyly. Zpochybňovaný konkrétní lidský výkon se často týká práce celého týmu. Následné rozhodnutí o tom, co představuje pochybení, je spíše společenským úsudkem než vědeckým závěrem.

Selhání komplexního systému – zdravotnického zařízení – je skoro vždy způsobeno nakupením zdánlivě na sebe nenavazujících, téměř ve stejný okamžik vzniklých, drobných závad. Žádná z těchto závad (tzv. skrytých selhání) by ale přitom sama o sobě nezpůsobila ohrožení systému. Až v 80 % případů vážných selhání v komplexních systémech je zapříčiněno „lidským selháním“. Z tohoto důvodu se návrháři systémů stále více zaměřují na větší automatizaci a větší využití techniky.

Proč je lidem přisuzována zodpovědnost za pochybení? Lidé jsou snadným terčem. Na aktivním konci komplexního systému je pár snadno identifikovatelných odborníků (ošetřující lékař, sestra apod.), kteří jsou úzce spojeni s funkcí systému. Je nepravděpodobné, že selhání nastane v momentu jejich nepřítomnosti. Dalším důvodem je skutečnost, že je obtížné retrospektivně objasnit řetězec událostí, které selhání systému předcházely, a ještě obtížnější je ozřejmit roli jednotlivých osob v takovém řetězci událostí. Vina se pak klade na osobu, jejíž úlohu lze v selhání prokázat tzv. nestandardním, podprůměrným výkonem. Odpovědnost za pochybení je lidem dále přisuzována proto, že komplexní systémy jen zřídka selhávají. To vede veřejnost k domněnce, že jsou bezproblémové. Veřejnost proto očekává jak od komplexních systémů, tak od zdravotníků bezchybný výkon, a naruší-li se její představa významným selháním, očekává odhalení viníka. Posledním důvodem je pak fenomén zvaný „dodatečná moudrost“. Lidé, kteří incident pochybení retrospektivně posuzují, nemohou komplexně pochopit situaci, ve které se při incidentu nacházela dotyčná osoba (stres, řešení krizové situace s omezenými zdroji). Soustředí se na předpisy, které nebyly dodrženy, a varovné signály, které byly přes svou zřejmost ignorovány.

Lidské pochybení v komplexním systému nelze eliminovat restrikcemi. Zjednodušený přístup (odstranění viníka ze scény, odebrání licence) většinou problém neřeší – je nutno zabývat se hlubšími okolnostmi.

Analýzy selhání systémů, jejichž součástí jsou lidé, spíše výjimečně ukazovaly na jeden (lidský) faktor coby na příčinu selhání. Informace z analýz odhalují v pozadí selhání systémů situace, kdy bylo požadováno extrémní soustředění a pozornost, znalosti

nebyly efektivně využity, případně se jednalo o situace způsobené neúčinnou snahou vrcholového managementu omezovat náklady a šetřit zdroje (Škrála, 2005, p. 41-44).

5.1.3 Nástin řešení pochybení

Základem úspěšné implementace programu k prevenci pochybení a vytvoření bezpečnějšího prostředí pro pacienty je podpora vrcholovým managementem. Vrcholový management program navrhuje, řídí, kontroluje i financuje. Rozhoduje o nastavení úrovně poskytované zdravotní péče. Vedoucí pracovníci determinují postoje zaměstnanců k chybám a omylům jak vlastním příkladem, tak reakcí na jejich pochybení.

Stěžejní je, aby se zaměstnanci ztotožňovali s cíli „svého“ zdravotnického zařízení, aby s nimi sladili své myšlení a postoje. K tomu přispívají strategické dokumenty – formulované poslání, hodnoty a vize zdravotnického zařízení. Proto je důležité, aby součástí strategických dokumentů byly principy zajišťování bezpečí pacientů. Zmíněné strategické dokumenty vytváří základ pro poskytování kvalitnější a bezpečnější zdravotní péče. Proto například ISO 9001:2000 i Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) klade na jasnou prezentaci poslání, hodnot a vize takový důraz (Škrála, 2005, p. 50-52).

Existují dva pohledy na problematiku pochybení: individuální a systémový.

Individuální pohled na pochybení klade primární odpovědnost za pochybení člověku. Pochybením je myšlen chybný mentální proces nebo povahová „slabost“, například zapomnětlivost, neopatrnost, nedbalost, nepozornost. Tato teorie bývá označována jako teorie „shnilých jablek“ – shnilé jablko mezi zdravá nepatří, protože ostatní jablka se šířením nákazy mohou nakazit. Menší kazy jablka lze odstranit menším nožem, tedy menší sankcí, zatímco pro větší kazy je zapotřebí použít většího nože, větších trestů. Strategie „shnilých jablek“ považuje nedostačující a chybné výsledky za následek nesprávného chování. Takové chování musí být za každou cenu napraveno. Náprava probíhá prostřednictvím předpisů a směrnic, bezpečnostních seminářů, disciplinárních akcí a pohrůzek. Dochází k obviňování a zesměšňování.

Hypotéza teorie je definována přibližně takto: „*Když objevíme viníka a dostatečně jej potrestáme, zapamatuje si lekci a stejnou chybu už neudělá. Dostal za vyučenou a dá si příště pozor*“ (Škrála, 2005, p. 53).“ Poněvadž se však pracovník chyby nedopustí vědomě, a proto ji vědomě nemůže kontrolovat, nemůže vzniku chyby zabránit. Z tohoto důvodu je hypotéza mylná.

Strategie „shnilých jablek“ přináší atmosféru strachu a nedůvěry. Omyly a pochybení jsou, kvůli strachu z dopadení, i za cenu poškození pacientova zdraví zatajovány. Důraz je kladen na dokonalost poskytované péče. Vzhledem k dříve vybudovanému image neomylnosti a bezchybnosti lékařů a sester očekává veřejnost péči bez omylů a bez chyb. Případné pochybení pak vnímá jako selhání člověka.

Systémový pohled na pochybení pojímá činnost zdravotnických pracovníků jako vzájemně závislé, propojené lidské a technické faktory (medicínské a informační

technologie, vybavení, výkony, protokoly), jejichž účelem je dosažení určitého cíle. „Výzkum naznačuje, že chyby a omyly vznikají většinou následkem problémů v procesech nebo systémech, ve kterých nebo se kterými lidé pracují, a ne díky individuálnímu výkonu jednotlivce (Škrla, 2005, p.53).“

Principem teorie je přijetí faktu, že všichni lidé chybují, a proto i v nejlepších organizacích k pochybení dochází. Chyby v komplexních systémech vznikají jako výsledek neočekávaných událostí či faktorů, které vznikají shodou okolností na více místech. Dojde-li k pochybení, není cílem hledat konkrétního viníka, nýbrž definovat příčinu selhání ochranných bariér. Systémový pohled rozvíjí bezpečnější péči třemi principy: navrhováním systémů, které chybám zabrání, nebo ve kterém je možnost pochybení výrazně ztížena, navrhováním procedur, které chyby zviditelní a navrhováním procedur a opatření, které vedou ke zmírnění důsledků pochybení (Škrla, 2005, p.52-54).

Jsou dvě strategie řešení problému pochybení. *Reaktivní strategie* řešení problému pochybení vychází z již existujících chyb, omylů a mimořádných situací. Patří sem management mimořádných událostí, Root Cause Analysis (analýza kořenů pochybení), peer review a hlášení „téměř pochybení“ (Škrla, 2005, p. 58). *Proaktivní strategie* prevence chyb umožňuje (oproti reaktivní strategii) zvyšovat bezpečnost péče dříve, než k pochybení, mimořádné události a poškození zdraví pacienta dojde. Mezi nejužívanější strategie patří bezpečnostní kultura, FMEA (metodologie preventivní analýzy), JCAHO, 6-Sigma, ISO 9001:2000, Iniciativy Evropského výboru sester (ICN) a Pacient, chybějící partner v programu bezpečné péče (Škrla, 2005, p.78).

5.2 Problematika medikačních pochybení

Tolik tedy k pochybení v obecné rovině; nyní již přejdu k problematice pochybení medikačních.

5.2.1 Medikační pochybení

Pochybení, která v medicíně nastávají, lze rozdělit na chybnou diagnózu a nesprávnou terapii (40 %), medikační chyby (28 %), chyby a omyly v průběhu procedur a zákroků (23 %) a ostatní pochybení (9 %) (Škrla, 2005, p. 26). Pochybení v medikaci tvoří navíc 10 % všech pochybení s následkem smrti (Institute of Medicine, 2000 in Škrla, 2005, p.26).

V tabulce (tab. 5.2.1) uvádím, jak shrnuli medikační chyby Leape & Gutierrez (1995).

Z hlediska pochybení je nejbezpečnější ordinace léku lékařem. Je to proto, že pohyb léku prochází, od momentu jeho ordinace, nejvyšším počtem kontrolních bodů. Na konci pohybu léku je podání léku sestrou, kterážto činnost se stává pro pacienta nejrizikovější, neboť sestra je poslední, kdo kontroluje správnost medikace (Škrla, 2005, p. 29).

Medikační pochybení je nejvíce vázáno k oboru dětského lékařství a ambulantní péči (Škrla, 2005, p. 30). Ohroženější skupinou jsou také staří lidé, především pro možné

Tab. 5.2.1: Intercepce medikačních chyb (převzato ze Škrla, 2005, p. 29)

Intercepce medikačních chyb		
Medikační proces	Distribuce chyb	% zachycených chyb
Preskripce léku	39 %	48 %
Transkripce léku	12 %	33 %
Příprava léku	11 %	34 %
Podání léku	38 %	2 %

poruchy metabolismu léků, a děti (Škrla, 2005, p. 114-115). „*Studie (Kaushal, 2001) naznačuje, že nejméně 5,7 % pediatrických pacientů je postiženo následkem medikačních chyb. 93 % těchto medikačních chyb bylo možné předejít praktickým aplikováním vhodného počítačového programu, který by sledoval váhu a věk pacientů, maximální dávky, alergie a medikační interakce* (Škrla, 2005, p. 115).“

Medikační chyby vzhledem k jejich možným důsledkům nelze brát na lehkou váhu. Škrla poukazuje na výsledky studie s názvem Výskyt medikačních omylů u seniorů v ambulantním prostředí z roku 2003, publikované v časopise JAMA. Závažnost výsledků této studie vedla FDA (Food and Drug Administration, USA) k tomu, že začala prosazovat legislativní opatření k používání čárových kódů u veškerých předepsaných léků.

Selhání člověka, tzv. lidský faktor, lze identifikovat jako příčinu (či důležitý faktor) v 60-80 % případů všech medicínských pochybení. Mezi nejčastější příčiny lidského pochybení patří například zlovyky (nečitelné písmo), vyrušování, stres, spěch, únava, nezvyklé situace a problémy, nezkušenost, nedostačující znalosti a dovednosti nebo komunikační omyly (Škrla, 2005, p. 30-31).

V roce 2008 se v Ústřední vojenské nemocnici v Praze konalo symposium o kvalitě a bezpečí (ošetřovatelské) zdravotní péče. Hlavním hostem akce byla americká sestra Marlis Daerr, konzultantka JCI. Daerr zde uvedla příklad řešení jedné z příčin lidského pochybení: „*V Singapuru například při analýze lékových pochybení zjistili, že sestry při rozdávání léků neustále někdo vyrušoval. Zavedli proto vesty s velkým nápisem nerušit, které si sestry při práci s léky braly. Pro danou kulturu to bylo dobré řešení. Sestra tam jen těžko může lékaři říci nerušte. Vesta ale fungovala* (Ion, 2008).“

Co se medikačních pochybení týče, nejčastěji dochází k chybě v dávce léku, přehlédnutí alergií, špatně zvolenému léku a chybějícím informacím. K pochybením dochází často v kombinaci s podpůrnými faktory, jako je rušivé prostředí, neefektivní komunikace nebo špatné označení léků (Škrla, 2005, p. 36). Dalšími příklady praktických chyb spojených s procesem medikace ve ZZ jsou tyto: opomenutí ordinace vhodného léku, ordinace nesprávného léku, ordinace správného léku ve špatné dávce, nedostačující či žádná instrukce o léku nebo medikační chyba. Lék může být dále podán jinému

pacientovi, nevhodnou cestou, nebo je chyba způsobena chybnou technikou (infuzní pumpa apod.) (Škrála, 2005, str.57).

5.2.2 Instituce zabývající se výskytem a problematikou lékových chyb

Instituce, jejímž posláním by bylo zabývat se výskytem a problematikou medikačních chyb, v České republice není. Orgánem státní správy pro dohled nad nakládáním s léčivy je Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Ten má celostátní působnost a jeho hlavním úkolem – v oblasti léčiv – je dohlížet na jejich jakost, bezpečnost a účinnost. Farmakovigilance je ale orientována pouze na problematiku nežádoucích účinků léku, na výskyt a problematiku medikačních chyb nikoli. (Štrbová, 2013; SÚKL, 2010).

Jinak je tomu v zahraničí. Štrbová (2013) stručně popisuje činnost institucí, které se problematice medikačních pochybení a bezpečného užívání léčiv věnují ve Spojených státech amerických.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) je instituce usilující o maximalizaci bezpečného užívání léčiv a zlepšení informovanosti o medikačních chybách prostřednictvím otevřené komunikace, zvýšením sledování lékových chyb a propagací strategií pro prevenci těchto pochybení. Tento orgán je nezávislý a skládá se z 27 národních organizací.

Institute for Safe Medication Practice (ISMP) je nezisková instituce, která se zabývá bezpečným užíváním léčiv a předcházením medikačních chyb. Provozuje dva národní programy, které sbírají informace o medikačních chybách. Prvním z nich je Národní program hlášení lékových chyb, druhým Národní program hlášení chyb spojených s vakcinací.

Institute of Medicine (IOM) je nezisková organizace s širší působností na poli zlepšování zdraví. Mimo jiné také provádí výzkumy v oblasti identifikace a předcházení medikačních chyb (Štrbová, 2013).

Pochybením v oblasti medikace se, v rámci snižování a eliminace medicínských chyb, zabývá také organizace *Pennsylvania Patient Safety Authority (PPSA)*. PPSA Identifikuje problémy a navrhuje řešení, jejichž smyslem je zvýšení bezpečí pro pacienty v nemocnicích, ambulantních chirurgických pracovištích, porodních centrech a některých potratových centrech. Tato organizace vytvořila Patient Safety Reporting System (PA-PSRS) – systém pro hlášení závažných a nežádoucích situací (Pennsylvania Patient Safety Authority [PPSA], n.d.).

V jiných zemích se medikačním chybám věnují farmakovigilanční centra. Shromažďují a analyzují informace o pochybení, dále upozorňují zdravotnické pracovníky na význam dokumentování a hlášení chyb a na důležitost uvědomění si jednotlivých faktorů, které ke vzniku medikačních chyb přispívají.

SÚKL zahájil projekt pro vytvoření regionálních farmakovigilančních center (RFC). Centra by měla být zakládána ve všech krajích, při každé velké nemocnici. Nyní se ale zabývá jen hlášením nežádoucích účinků léčiv (Štrbová, 2013).

5.2.3 Příklady pochybení při podávání léčivých přípravků na základě verbální a telefonické ordinace

Pro názornost uvádím pochybení, které byly, v souvislosti s ordinováním léčiv verbálním způsobem, v praxi zaznamenány.

Neporozumění ordinace

Díky nepřesnému porozumění ordinace byl pacientovi podán erytromycin místo azitromycinu, clonidin místo klonopinu. Vznikla i pochybení v dávce léku – místo Tramadolu 50 mg bylo podáno 15 mg. Nahlášeny byly také chyby vzniklé při ústním sdělování údajů z laboratoře – často se jednalo o hodnoty glykémie u pacientů na inzulinoterapii (PPSA, 2006).

Špatný záznam pokynů

V lékařské studii z Cincinnati Children's Hospital Medical Center byl porovnáván výskyt chyb při užití a neuzití postupu zpětně čtených verbálních příkazů, následně zaznamenaných do elektronické dokumentace. V tomto zařízení bylo zvykem se mezi lékaři během vizit domlouvát slovně. Lékař-rezident² následně u lůžka pokyny zaznamenal do počítačového systému.

V první části studie byl sledován dosavadní postup týmu. Během vizit bylo obdrženo a zapsáno celkem 70 verbálních pokynů. Po skončení vizity byly zapsané údaje zkontrolovány – přibližně 9 % údajů bylo zaznamenáno mylně. Chyby se nejčastěji týkaly dávkování léčivých přípravků v rozsahu, který by neohrozil pacienty. Ve dvou případech se jednalo o zápis špatného léku.

V druhé části studie byl průběh vizit pozměněn. Dříve, než tým opustil pacientův pokoj, lékař-rezident zapsaný pokyn do počítače zpětně přečetl a další lékař³ potvrdil jeho správnost. Na vzorku 75 příkazů se ukázalo, že chybovost komunikace klesla z téměř 9 % na 0 %. Zpětné čtení navíc trvalo pouze pár vteřin navíc, takže nezpomalilo lékařské vizity (Cincinnati Children's., 2006).

Kromě komunikačních nedorozumění s sebou telefonické příkazy přináší i další rizika. Může se jednat o situace vzniklé neúmyslně, avšak, v případě falešných telefonátů, dokonce úmyslně. Z publikovaných problémů uvádím alespoň tyto tři příklady.

Lékař, který mluvil ze spaní

² lékař, který se připravuje na samostatný výkon činnosti v určité specializaci

³ attending physician (lékař, který úspěšně ukončil atestační zkoušku ve vybrané specializaci) nebo chief resident (lékař-rezident, který je pověřen dohledem nad ostatními rezidenty)

Na ošetrovateľskom sympoziu v březnu 2005 v New Orleans, byla zmíněna tato událost: byly čtyři hodiny ráno a pacient trpěl velkými bolestmi. Lékařské záznamy však pro případ bolesti neobsahovaly ohledně medikace pokyny. Všeobecný ošetrovatel proto zavolał lékařce domů. Kontaktovaná lékařka, která po hlase zněla, jako by byla v polospánku, dala všeobecnému ošetrovateli pokyn. Všeobecný ošetrovatel jej zapsal a přečetl nazpět. Pacient následně na preparát reagoval anafylaktickou reakcí s nutností resuscitace. Kontaktovaná lékařka později popřela, že příkaz k podání této medikace vůbec vydala (Brooke, 2005).

Falešné telefonáty

Přítel pacienta s AIDS chtěl pomoci ukončit jeho život. Zavolał do nemocnice a vydal pokyn k podání inzulínu tomuto nemocnému. Přestože pacient nebyl diabetik, sestra příkaz splnila, následkem čehož pacient zemřel.

Zaměstnanec nemocnice, který se chtěl stát lékařem, odpovídal na telefonické dotazy chirurgů-rezidentů. Tento zaměstnanec měl, jakožto sekretář s částečným úvazkem, přístup k počítačovým záznamům pacientů i k systému pro volání přes pagery, a byl schopen přesunout volání z pageru lékaře, kterému bylo původně směřováno, na pager svůj. Takto vydal pokyny pro šest pacientů – včetně příkazů ohledně heparinu, kyslíkové terapie a laboratorních testů. Když byly činy zaměstnance odhaleny, primář chirurgie uznal, že veškeré pokyny byly z medicínského hlediska pro dané situace odpovídající a správné. Žádný pacient nebyl poškozen. Zaměstnanec adekvátně reagoval na informace, které mu sestry do telefonu sdělovaly, navíc i jeho hlas a způsoby, jakými hovořil, byly věrohodné, a proto nebudil podezření (ISMP, 2008).

5.2.4 Prevence lékových pochybení

V rámci prevence lékových pochybení navrhuje Škrla (2005, p. 106-107) tato opatření: zredukovat počet verbálních a telefonických ordinací, zajistit co nejvyšší počet hlášení mimořádných událostí a téměř pochybení a zlepšení zapojení pracovníků nemocniční lékárny. Doporučuje, aby bylo zajištěno účinnější varování na rizikových medikacích (inzulín, narkotika, KCl), dodržování standardizace ordinace, přípravy a administrace rizikových léků, zavedení systému kontroly dávky rizikových léků dvěma sestrami a omezení přístupu k rizikovým lékům. Dále nabádá ke sledování účinků léků ve spolupráci s pacientem, sledování laboratorních výsledků, standardizaci používání zkratk a využívání čárového kódu a počítačového preskriptivního systému. Systém je schopný varovat před lékovou interakcí a předávkováním, lze jej integrovat s laboratorními výsledky a může zkvalitnit komunikaci mezi poskytovateli péče.

Škrla (2005) a Štrbová (2003) se shodují, že jedním z prvků, který by mohl mít vliv na zvýšení medikační bezpečnosti, je *automatizace procesů předepisování a objednávání léčiv*. Zahraniční studie v rámci prevence lékových chyb zkoumají i využitelnost elektronických systémů pro předepisování a objednávání léků. Elektronickou preskripcí a transkripcí se eliminuje problém nečitelného ručního písma. Získává se možnost upozornění na lékovou interakci, opomenutí alergie, případně systém dokonce navrhne

doporučenou dávku léku či úpravu stávajícího dávkování u nemocných s poruchou jaterních, ledvinných funkcí (Štrbová, 2013). Přestože elektronický systém může poskytuje výše jmenované výhody, výzkum dokazuje, že na samotnou míru užívání verbálních příkazů nemá elektronický systém (CPOE) výraznější vliv (Wakefield, 2012a).

V USA je v rámci ordinací na dálku využívána také *ordinace faxem*. Mezi její výhody patří rychlost ordinace a snížení pravděpodobnosti chyb. Obdržený fax sestra založí do chorobopisu pacienta. Je-li to požadavkem zdravotnického zařízení, přepíše ještě co nejdříve faxovanou ordinaci do ordinačního listu ve znění, v jakém byla přijata. K záznamu připojí datum, čas, poznámku, že šlo o ordinaci faxovanou, jméno lékaře a svůj podpis. (Průvodce A-Z, p. 163). Faxování ordinace je doporučeno také jako doplňující úkon ordinace telefonické, při které fax slouží jako potvrzení této ordinace (Paparella, 2004). V České republice způsob ordinace faxem neupravuje žádný předpis (Průvodce A-Z, p. 163).

Posledním prvkem, který zde uvedu jako prvek prevence lékových pochybení, jsou *kliničtí farmaceuti*. „*Role farmaceuta v prevenci lékových chyb je nezastupitelná zejména ve fázi dispenzarizace léčiv a poučení pacienta o správném užívání. Mnohé studie se zabývají úlohou nemocničního farmaceuta v rámci prevence lékových chyb v lůžkových zařízeních. Jeho role spočívá zejména v identifikaci a řešení rizik farmakoterapie a kontrole nakládání s léčivy na lůžkových odděleních s cílem minimalizace výskytu chyb ze strany lékařů a sester* (Štrbová, 2013, p. 40).“

ČOSFK ČLS JEP vydala v roce 2012 Doporučení k zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení v ČR. Tento dokument navazuje na ZZS a na vyhlášku č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která vyžaduje zajištění dostupnosti klinického farmaceuta na lůžkových odděleních pro akutní lůžka standardní a intenzivní péče. Dokument na základě výsledků zahraničních zkušeností uvádí, že na lůžkových odděleních klinický farmaceut zajišťuje bezpečnost a racionalitu farmakoterapie.

Dle PharmDr. Milady Halačové, PhD., vedoucí Oddělení klinické farmacie z pražské Nemocnice na Homolce, výhody přináší farmaceutům také elektronický systém (Elektronický systém, 2013). V této nemocnici pracuje více týmů klinických farmaceutů. Jednotlivé týmy se věnují přiděleným nemocničním oddělením. Denně prochází dokumentaci pacientů na těchto odděleních a kontrolují správnost medikace. Halačová vidí výhody elektronického systému v tom, že umožňuje získání údajů o farmakoterapii v nemocnici, zajišťuje kontinuitu informací při překladech pacientů mezi odděleními a návaznost informací v případě opakovaných hospitalizací. Systém umožňuje také rychlou dostupnost sdělení v momentě, kdy není klinický farmaceut fyzicky přítomen.

Z recentních prací podle Halačové vyplývá, že až polovině nežádoucích účinků po podání léků hospitalizovaným pacientům lze předcházet. Uvádí, že činnost klinického farmaceuta mohou nejen zvýšit bezpečnost farmakoterapie, ale také snížit náklady s ní spojené.

Postupy a prvky, které jsou různými autory a organizacemi doporučovány pro prevenci chyb, vznikajících v souvislosti s verbálními a telefonickými pokyny, věnuji následující kapitole.

6. Publikovaná doporučení pro zvýšení bezpečnosti verbálních a telefonických příkazů

Již jsem uvedla, že verbální pokyny byly organizacemi Joint Commission, Institute of Medicine a Institute of Safe Medication Practices určeny jako faktor, který může snižovat kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče, a že toto určení přivedlo společnosti k zavádění opatření, jenž upravují podávání verbálních pokynů a vedou k jejich snížení, případně úplné eliminaci (Wakefield, 2009).

JCAHO si je například vědoma faktu, že nelze verbálním příkazům naprosto zamezit (Paparella, 2004), a proto obrátila pozornost na bezpečný proces komunikace. Z hlášení reportovaných PA-PSRS vyplývá, že doporučením JCAHO (tedy pokyn zapsat, přečíst zpět a obdržet jeho schválení) lze opravdu mnohým chybám při verbálních příkazech zabránit (PPSA, 2006).

Zajímavý je nepoměr mezi malým výzkumem v oblasti verbálních pokynů a velkým zaujetím touto problematikou (Wakefield & Wakefield, 2009). Nedostatek studií o verbálních příkazech lze vysvětlit formou vedení zdravotnické dokumentace. Zatímco provádět výzkumy z písemné dokumentace bylo náročné, s elektronizací záznamů je sběr a analýza dat daleko snazší, takže počet studií na toto téma vzrůstá. Díky elektronickým záznamům je také snazší zaměřit se specifičtěji na obsah a kontextu verbálních pokynů (Wakefield et al., 2009).

Verbální příkazy přináší mnohé výhody a jsou rychlé. Je však nutno stanovit, kdy je užívat lze, a kdy nikoli. V určitých situacích jsou nezbytné (pokud osoba vydávající příkaz v daném okamžiku provádí zákrok, není v noci fyzicky přítomná nebo jedná-li se o emergentní podání léku, kdy nelze akceptovat časovou prodlevu při písemném záznamu ordinace). Neměly by se však používat v případě pokynů týkajících se DNR a komplexní chemoterapie (Wakefield & Wakefield, 2009). Výzkum poukazuje na fakt, že verbální příkazy mohou být užívány spíše z důvodu pohodlnosti než nutnosti (Wakefield, 2012a). Ve studii, která sledovala medikační příkazy na jedenácti odděleních nemocnice akreditované JCAHO, vyšlo, že v přibližně 90 % případů verbálních ordinací bylo nestatimových (Wakefield, 2008).

K opatrnosti při přímých ústních pokynech nabádají i jiní autoři. Paparella (2004) z organizace ISMP na základě do této organizace nahlášených chyb uvádí, že k přímým ústním pokynům by mělo docházet pouze tehdy, není-li možné se jim vyvarovat. Telefonické pokyny označuje za „nutné zlo“ dnešní mobilní společnosti.

Některá zdravotnická zařízení zakazují verbální formy příkazů úplně (vyjma přesně stanovených situací), jiná například zakazují na základě verbálního příkazu podání určitých, vysoce rizikových léků, např. trombolitik, heparinu (Paparella, 2004).

Baum (2009) je názoru, že namísto zjednodušeného rušení či minimalizování verbálních příkazů by bylo lepší prohlubovat porozumění bezpečné medikace mezi poskytovateli péče. Problematiku verbálních příkazů nelze zjednodušit na tvrzení „verbální příkazy jsou nebezpečné a vedou k chybám“ a „příkazy přes počítač jsou nejbezpečnější“. Verbální příkazy mohou být naopak bezpečnější než psané – záleží na situaci.

Například verbální příkaz nového, nezkušeného pracovníka může být bezpečnější, než kdyby jej ručně zapsal nebo zadal do elektronického systému. Osoba přijímající příkaz (např. sestra) s ním totiž může pokyn ihned projednat, a poskytnout tak okamžitou zpětnou vazbu a náhled na pacientovu situaci, což by se při psaném nebo elektronicky zadaném pokynu nestalo. Naopak verbální komunikace mezi pracovníky, kteří spolu obvykle nespolupracují, může rizika (v porovnání s příkazy psanými nebo zadanými do elektronického systému) zvýšit.

Namísto otázky, zda určitá intervence funguje nebo ne, bychom měli definovat specifické situace, které predikují úspěch či selhání. V případě verbálních příkazů bychom se neměli ptát, kdy jsou tyto pokyny nejbezpečnějším způsobem předepisování, ale pro koho, a za jakých okolností.

Doporučení jednotlivých autorů a organizací zabývajících se medikačním pochybením, která mají za cíl zvyšovat bezpečnost verbálních a telefonických příkazů, lze shrnout do sedmi skupin, upravujících:

- kdy by verbální příkazy měly a neměly být použity,
- kdo je oprávněn verbální příkazy udílet a přijímat,
- co vytváří, představuje verbální příkaz, a jaký související slovní obsah musí být zdokumentován,
- limity a zákazy v používání verbálních příkazů,
- autorizace a ověřování verbálních příkazů,
- strategie, techniky a speciální úkony pro zvýšení jasnosti a zefektivnění verbálních příkazů,
- požadavky pro periodické sledování a vyhodnocování verbálních příkazů (Wakefield, 2009a).

Susan Paparella (2004) z ISMP publikovala doporučení, které lze, dle skupin pracovníků, jimž je určeno, rozdělit do tří celků: na doporučení pro manažery ZZ a na osoby, které pokyn vydávají a přijímají.

Manažeři dle tohoto doporučení mají prostřednictvím limitace používání verbální komunikace zajistit bezpečí pacienta; dále pak mají zabezpečit alternativní metody komunikace. Sestry mohou například použít předtiskuté formuláře nebo komunikovat faxem.

Za účelem minimalizace rizik verbální komunikace uvádí Paparella pro osoby, které pokyn vydávají, tato doporučení:

- jasně vyslovovat, nejlépe hláskovat název léku,
- použít generický i obchodní název přípravku pro ujasnění, který lék byl ordinován (to může pomoci zejména u přípravků, jejichž název zní při vyslovení podobně),
- vyvarovat se objemovým údajům ohledně ordinované dávky (neordinovat „1 amp.“, ale „1 mg“, neboť léčivý přípravek může být dostupný v rozdílných koncentracích),
- vyžadovat zpětné přečtení či zopakování množství dávky pomocí jednotlivých číslic (zejména v angličtině může dojít k mylnému porozumění podobně znějících čísel – například 15 a 50, vyslovováno *fifteen* a *fifty* – proto je doporučeno číslo opakovat jako *one-five, five-zero*),
- očekávat zpětné přečtení ordinované medikace, v naléhavých situacích její zopakování, a také informaci o tom, že byl lék podán,
- podepsat protokol obsahující záznam verbální ordinace co nejdříve, před opuštěním místa, kde byl ústní pokyn vydán,

a pro osoby, které pokyn přijímají:

- potvrdit jméno, diagnózu, alergie, a další informace o pacientovi,
- jasně zopakovat, přečíst obdržení pokyn zpět osobě, která jej vydala, a ujistit se o správnosti pokynu,
- ujistit se, že pokyn odpovídá stavu pacienta,
- zajistit si další osobu, která potvrdí, že slyšela stejný pokyn, a pokyn ihned zapsat přímo do dokumentace jako záznam verbálního pokynu,
- v případě telefonického pokynu zaznamenat telefonní číslo nebo číslo pageru, aby bylo osobu, která pokyn vydala, v případě dotazů kontaktovat,
- pokusit se získat potvrzení verbálního příkazu písemně, prostřednictvím faxu,
- nikdy nepoužívat verbální pokyny jako náhražku rutinních metod komunikace, je-li lékař je fyzicky přítomen, je dostupná dokumentace pacienta nebo nejedná-li se o neodkladnou situaci či sterilní výkon,
- ujistit se, že existuje pravidlo pro včasné stvrzení verbálních příkazů podpisem ordinující osoby,
- zavést nezávislou dvojí kontrolu vysoce rizikových léků, podávaných na základě verbální ordinace.

Společnost ISMP z důvodu rizik, která přináší podobně znějící a vysoce rizikové léčivé přípravky, zveřejnila seznamy těchto léčiv. Studie, sledující verbální pokyny (Wakefield, 2012a), zaznamenala, že z 2251 medikačních příkazů, jenž byly během jednoho týdne zachyceny, se 442 (20 %) týkalo léků, které ISMP zařadila na seznam často zaměňovaných přípravků. Z těchto 442 příkazů jich 21 % proběhlo verbálním způsobem. V příkazech byly nejčastěji zmiňovány přípravky Fentanyl, Lasix, Lidocain 1% inj., Versed

a Dextrose 50% inj., tedy přípravky ze seznamu často zaměňovaných léčiv. Vysoce rizikových léků, uvedených v seznamu ISMP, se pak týkalo 919 (40 %) případů ze 2251 všech medikačních příkazů. 189 (20 %) těchto příkazů proběhlo verbálním způsobem. Nejčastěji se jednalo o příkazy ohledně narkotik a opiátů (17 %), sedativ (7 %), antikoagulancií (7 %) a nízkomolekulárních heparinů (6 %).

Doporučení k zajištění bezpečného procesu verbálních ordinací vydala také PPSA (2006). Vzhledem k tomu, že některá jsou velice podobná těm, která zveřejnila Paparella (2004), a některá není možno, vzhledem k odlišnostem v kompetencích zdravotnických pracovníků a organizace práce v našich podmínkách uplatnit, vybrala jsem následující:

- omezit verbální předepisování léků či medikačních pokynů na urgentní situace, kdy okamžité zapsání nebo elektronická komunikace není možná,
- v oborech neonatologických a pediatrických uvádět při příkazech dávky v mg/kg,
- osoba vydávající pokyn se zeptá na důležité skutečnosti o pacientovi: na alergie, laboratorní hodnoty, diagnózu a komorbidity, které by mohly mít na předepisovanou medikaci vliv,
- je-li to možné, ať je vyslechnutí příkazu přítomna další osoba; studenti a osoby s nedostatečnými zkušenostmi by měli mít při používání verbálních příkazů speciální dohled,
- zaznamenat příkaz přímo do dokumentace pacienta; přepisování (např. z poznámkového bloku) zvyšuje riziko chyb,
- úpravou ve vnitřních předpisech ZZ může lze vyžadovat od osoby, která příkaz přijímá, příkaz zaznamenat, opatřit datem, časem a podpisem; osoba vydávající příkaz může být pověřena, aby během stanovené doby zapsaný příkaz ověřila a stvrdila datem a svým podpisem,
- nepovolovat verbální pokyny pro chemoterapii z důvodu jejich komplexity a potenciálním tragickým chybám,
- omezit verbální příkazy na léky uvedené v seznamu léčivých přípravků; pokud se příkazy týkají léků, které zaměstnanci běžně neznají, riziko chyby se zvyšuje – zaměstnanci mohou špatně rozumět, neznat obvyklé dávky a indikace,
- omezit počet osob, které mohou obdržet telefonický pokyn; lépe se tak zajistí obeznámenost s vnitřními předpisy a schopnost rozpoznat volající osobu - to může snížit riziko falešných telefonátů;
- zvyšovat ve ZZ povědomí o podobně znějících přípravcích, stanovených na základě hlášení do PA-PSRS.

PA-PSRS dále uvádí tři rady, jejichž provedením mohou pracovníci úseku, zabývající se bezpečím pacientů, zvýšit bezpečnost verbálních ordinací léčivých přípravků:

- zjistit, zda předpisy ZZ verbální ordinace zmiňují; pokud ne, zvážit začlenění jejich úpravy do stávajících předpisů, či vytvořit předpisy nové,

- pokud již ve ZZ předpisy týkající se verbálních pokynů existují, lze využít otázky uvedené v kontrolním seznamu; jejich pomocí je možno v předpisech a postupech identifikovat nedostatky a oblasti, které lze zdokonalit,
- pokud jsou zajištěny všechny prvky bezpečného prostředí s ohledem na verbální ordinace, je třeba zjistit, jak přesně lékaři stanovené postupy dodržují; v tabulce (tab. 6.1) je představen stručný dotazník, který lze (s případnými úpravami) využít pro posouzení, jak pracovníci přijatým bezpečnostním opatřením porozuměli, a jak je dodržují.

Kontrolní seznam pro předpisy a postupy týkající se verbálních pokynů ve zdravotnickém zařízení zahrnuje tyto otázky: existuje omezení či zákaz používání verbálních pokynů? Je dán mechanismus, kterým si příjemce může ověřit autenticitu předepisující osoby? Jsou definovány požadavky, které musí verbální pokyn obsahovat? Jsou definovány situace, ve kterých verbální příkazy mohou a nemohou být použity? Existuje seznam konkrétních osob, které mohou vydávat a přijímat verbální pokyny? Jsou vypracovány postupy pro jasnou a efektivní komunikaci během verbálních pokynů?

NCC MERP (2001) uvádí údaje, které by každá verbální ordinace měla obsáhnout. Těmito prvky jsou:

- jméno pacienta,
- věk a hmotnost pacienta (je-li to adekvátní situaci),
- název léku,
- léková forma (např. tableta, kapsle, inhalace),
- přesná síla nebo koncentrace léčivého přípravku,
- dávka, frekvence, způsob podání, množství a/nebo časová délka medikace,
- účel, indikace léčivého přípravku (pokud se předepisující osoba nedomnívá, že by uvedení důvodu bylo nevhodné),
- speciální instrukce o podání léčivého přípravku,
- jméno předepisující osoby a její telefonní číslo, je-li to vhodné,
- jméno osoby, která příkaz vzkázala, pokud se jedná o odlišnou osobu, jenž příkaz sděluje.

Tab.6.1: Vzorové otázky pro zaměstnance, umožňující posouzení porozumění a dodržování předpisu týkajícího se verbálních ordinací

1.	Jak jsou Vám známy místní pravidla a postupy verbálních pokynů?	Znám je výborně 5	4	Znám je nějak 3	2	Neznám je 1
2.	Jak často čte osoba, která přijímá verbální pokyn, jeho znění nazpět osobě, která jej vydala?	Vždy 5	4	Občas 3	2	Nikdy 1
3.	Jak často vyslovuje osoba vydávající verbální pokyn čísla jednotlivě (například vyslovením „jedna-šest“ místo „šestnáct“)?	Vždy 5	4	Občas 3	2	Nikdy 1
4.	Jak souhlasíte s tímto tvrzením: „Verbální, telefonické příkazy jsou vydávány pouze v případech emergentních situací nebo není-li možné je zapsat (např. během sterilních výkonů).“	Naprosto souhlasím 5	Spíše souhlasím 4	Nevím 3	Spíše nesouhlasím 2	Naprosto nesouhlasím 1
5.	Vydává-li osoba verbální pokyn týkající se medikace, jak často vysloví také indikaci daného přípravku?	Vždy 5	4	Občas 3	2	Nikdy 1
6.	Jak souhlasíte s tímto tvrzením: „Byl/a jsem osobně přítomný/á nebo součástí procesu, kdy došlo k poškození pacienta z důvodu neporozumění verbálního nebo telefonického příkazu.“	Naprosto souhlasím 5	Spíše souhlasím 4	Nevím 3	Spíše nesouhlasím 2	Naprosto nesouhlasím 1

7. Úvod do praktické části

7.1 Výzkumný vzorek

Během tohoto akademického roku jsem se dotázala zástupců poskytovatelů zdravotních služeb z 12 akreditovaných nemocnic, zda by tato zdravotnická zařízení byla ochotna poskytnout mi informace o vnitřní úpravě verbálních a telefonických ordinací. Uvedla jsem, že informace by byly poskytnuty pro potřeby mé diplomové práce, jenž se věnuje podávání léčivých přípravků na základě přímé verbální a telefonické ordinace.

Uvedla jsem, že dokumenty by byly poskytnuty za účelem detailního rozboru a zhodnocení těchto úprav včetně porovnání s požadavky společností, jejichž akreditace jsou dané nemocnice držitelé. Zástupcům poskytovatelů jsem zároveň sdělila, že analýza dokumentů bude probíhat anonymně, a že název zdravotnického zařízení nebude v práci zveřejněn.

Z dvanácti akreditovaných nemocnic jsem osobně kontaktovala zástupce pěti z nich, z nichž čtyři souhlasili s poskytnutím vnitřních předpisů pro účely práce. Prostřednictvím e-mailu jsem kontaktovala zástupce zbylých sedmi zařízení, z nichž pouze tři odpověděli. S poskytnutím dokumentů souhlasili dva zástupci těchto zařízení. Vzhledem k tomu, že z šesti nemocnic, které vyslovily souhlas, bylo více nemocnic akreditovaných stejnými akreditačními společnostmi, rozhodla jsem se vybrat vždy jedno zdravotnické zařízení akreditované určitou společností pro akreditaci ve zdravotnictví, a k tomu pro porovnání vybrat ještě páté, které externí akreditaci nemá. Výsledným vzorkem se tedy staly čtyři nemocnice, které jsou držitelé jedné akreditace (společnosti SAK, ČSAZ, JCI nebo ISO 9001:2008) a jedna nemocnice, která certifikovaná není.

Přehled dotázaných nemocnic uvádím v následující tabulce (tab. 7.1.1).

Tab. 7.1.1: Přehled dotázaných nemocnic

Akreditace	Dotázané osobně	Souhlasící	Dotázané e-mailem /odpovědělo	Souhlasící	Souhlasící celkem	Počet vybraných nemocnic pro účely diplomové práce
SAK	2	1	-	-	1	1
JCI	1	1	1/1	1	2	1
ČSAZ	1	1	6/2	1	2	1
ISO 9001:2008	1	1	-	-	1	1
Celkem akreditovaných	5	4	7/3	2	6	4
Neakreditováno	1	1	-	-	1	1
Celkem nemocnic	6	5	7/3	2	7	5

7.2 Metodika výzkumu

Praktická část proběhla metodou analýzy dokumentů a informací, které jsem získala při rozhovoru se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb. Výzkum je rozdělen do tří částí. V první z nich popisuji znění úprav verbálních ordinací ve vnitřních předpisech nemocnic. V druhé části analyzuji, do jaké míry plní vnitřní předpisy nemocnic požadavky akreditačních standardů. Třetí část je věnována detailnímu rozboru úpravy verbálních ordinací dle stanovených kritérií, ve které vycházím především z úprav ordinací ve vnitřních předpisech. Výsledky, které třetí část přináší, porovnávám s výsledky obdobné zahraniční studie.

Výtah z akreditačních standardů, z nichž dále při analýze úprav verbálních pokynů vycházím, jsem pro jejich obsáhlost zpracovala do tabulek a přiložila do přílohy (Příloha č. 4-7). V textu uvádím již zjištěné údaje.

Struktura kapitol, věnovaných rozboru, je následující: nejprve uvádím faktický stav, dle určených kritérií tento stav analyzuji, a výsledkům této analýzy věnuji diskuzi, spojenou se závěry.

Prostřednictvím rozboru dle určitých kritérií se snažím vystihnout klíčové prvky verbálních ordinací a poukázat na oblasti, které by dle mého názoru měly být vnitřními předpisy popsány a upraveny. V závěrečné části porovnávám výsledky své analýzy se zahraniční studií, která do vnitřních předpisů zdravotnických zařízení o verbálních a telefonických ordinacích proniká z pohledu obdobných kritérií.

7.3 Limitace výzkumu

Ve svém výzkumu jsem vycházela z dokumentů a informací, které mi poskytli zástupci pěti nemocnic při dotazu na vnitřní úpravu verbálních a telefonických ordinací. Je možné, že další údaje, související s problematikou, nejsou zmíněny výslovně v předpisu týkajícím se verbálních a telefonických pokynů, ale jsou součástí jiné oblasti vnitřních úprav a v předpisu o verbálních, telefonických ordinacích již nejsou znovu opakovány. Mohlo se proto stát, že jsem při rozboru vycházela z neúplných či zkreslených informací.

Dalším omezením analýzy je podmínka, že bude zachována anonymita poskytovatelů zdravotních služeb. To znemožňuje rozbor určitých oblastí, např. zda je pro ZZ závazné/nezávazné implementovat RBC 6 do vnitřních předpisů. Na základě údaje o závaznosti/nezávaznosti RBC pro konkrétní ZZ a akreditace zařízení by bylo možno odvodit, o jaké ZZ jde. Totéž platí i o údajích o velikosti nemocnic a druhu péče, kterou tyto nemocnice poskytují.

Pro zachování anonymity si dovoluji zdravotnická zařízení uvést pod názvy nemocnice A, B, C, D a E.

Následující text je analýzou psaných pravidel, nikoli postupů v praxi. Hovořím-li v textu o „vnitřním předpisu“, mám na mysli vnitřní předpis upravující přímé verbální a telefonické ordinace.

Vzhledem k tomu, že nemocnice akreditovaná dle norem ISO 9001:2008 je akreditovaná společností, u níž se mi nepodařilo dohledat či jinak získat akreditační standardy, použiji pro analýzu (na základě předpokladu, že jedná-li se o tytéž normy, budou vyžadovány tytéž podmínky) dostupné akreditační standardy společnosti EURO CERT CZ.

8. Úprava přímých verbálních a telefonických ordinací ve vnitřních předpisech nemocnic

V následujících bodech uvádím doslovné, či téměř doslovné znění úprav verbálních ordinací ve vnitřních předpisech jednotlivých nemocnic.

a) Nemocnice A, akreditovaná Spojenou akreditační komisí

Telefonická medikace/ordinace léčivého přípravku je možná pouze výjimečně, pokud v daný okamžik není možná přítomnost lékaře na pracovišti. Povinností nelékařů (všeobecná sestra, porodní asistentka, dětská sestra), kteří tuto ordinaci přijímají, je zapsat ji do zdravotnické dokumentace a zapsanou ordinaci ordinujícímu lékaři znovu přečíst a nechat si potvrdit její správnost.

Nelékařský zdravotnický pracovník dále doplní údaj o tom, kdo, kdy léčivý přípravek ordinoval, a kdo jej podal. Ordinující lékař je povinen ordinaci bez zbytečného odkladu zkontrolovat a stvrdit svým podpisem.

Medikace/ordinace léčivých přípravků v urgentních/akutních situacích (např. v případě resuscitace pacienta) probíhá ústním pokynem lékaře, který je povinen tuto medikaci/ordinaci dodatečně bez zbytečného odkladu zapsat do zdravotnické dokumentace pacienta a stvrdit svým podpisem.

b) Nemocnice B, akreditovaná dle norem ISO 9001:2008

Ústní ordinace léčivých přípravků po telefonu či osobně je možná pouze ve výjimečných případech a je za ni plně odpovědný indikující lékař. Ústní ordinace je možná pouze za těchto podmínek:

- osoba, která stanoví ordinaci telefonicky, potvrdí správnost ordinace přijímající osobou,
- poté bude proveden záznam do dokumentace, kde bude uvedeno jméno indikujícího lékaře, čas, datum, jméno a podpis zaznamenávajícího a poznámka „ústní / telefonická ordinace“,
- ordinace bude dodatečně stvrzena podpisem lékaře.

c) Nemocnice C, akreditovaná společností Joint Commission International

V tomto zařízení existuje metodický pokyn k postupu při přebírání telefonicky hlášených výsledků vyšetření nemocných a telefonických ordinací na klinickém úseku zdravotnického zařízení. Metodický pokyn slouží k zajištění správné praxe v těchto procesech. Vychází z toho, že efektivní komunikace snižuje výskyt pochybení při poskytování zdravotní péče a vede ke zvýšení bezpečí pacientů. Efektivní komunikací se rozumí komunikace včasná, přesná, úplná, jednoznačná a srozumitelná. Verbální a telefonické ordinace jsou zde označeny za nejrizikovější formu komunikace. Za rizikové je považováno také hlášení výsledků vyšetření, například urgentně provedených laboratorních testů, telefonickou cestou.

Následující body, obsažené v metodickém pokynu, jsou závazné pro každého, kdo zajišťuje převzetí telefonicky hlášené ordinace nebo výsledků.

1. Příjemce hlášení se identifikuje do telefonu,
2. zaznamená a zopakuje jméno pacienta, datum narození,
3. zaznamená a přečte nahlášené hodnoty nebo ordinovanou medikaci,
4. předávající osoba odsouhlasí opakovaný obsah hlášení,
5. příjemce zapíše datum a čas převzetí hlášení, jméno (event. pracoviště) předávající osoby, potvrdí razítkem a parařou,
6. příjemce předá přijatou informaci ošetřujícímu lékaři,
7. při jakýchkoli nejasnostech se opakuje postup dle bodů 1 – 6.

Osoba přijímající informaci použije pro záznam telefonické komunikace speciální záznamovou tabulku. Na ní je přehledně shrnut požadovaný postup při přebírání telefonické ordinace nebo výsledků. Zaznamenávají se tyto údaje:

- datum,
- čas,
- jméno pacienta a datum narození,
- přijatá informace,
- předávající subjekt (laboratoř, jméno laboranta),
- přebírající osoba,
- informace předána (komu).

Vyplněné záznamové tabulky se předávají vrchní sestře k založení, a po uplynutí roční lhůty proběhne jejich skartace.

Metodický pokyn se týká všech lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků na určených (pro zachování anonymity zdravotnického zařízení nezveřejnitelných) odděleních. Za dodržování metodického pokynu jsou odpovědni odpovídající vedoucí lékaři a sestry.

d) Nemocnice D, akreditovaná společností ČSAZ

Léčiva se pacientům ordinují zásadně písemně. Ústní ordinace je přípustná pouze v situaci jednoznačného nebezpečí z prodlení - tedy bezprostředního ohrožení života či zdraví pacienta. V tomto případě pak lékař zapíše ordinaci do dokumentace pacienta bez zbytečného odkladu, nejdéle však do 8 hodin.

e) Nemocnice E, neakreditovaná nemocnice

Toto zařízení povoluje podání léčivých přípravků pouze na základě písemné ordinace. Dle ošetrovatelského standardu je zakázáno podání léčivých přípravků na základě jiné než písemné ordinace. Výslovně jsou zde zakázány pokyny verbální a telefonické s tím, že sestra je povinna tento pokyn odmítnout a nechat si jej do dokumentace zapsat.

9. Přímé verbální a telefonické ordinace v akreditačních standardech a vnitřních předpisech zdravotnických zařízení

V této kapitole nejprve uvedu, jakým způsobem se akreditační standardy vyjadřují k verbálním a telefonickým ordinacím. Následně popíši, do jaké míry jsou tyto standardy implementovány do vnitřních předpisů akreditovaných nemocnic. Z této části analýzy vynechávám nemocnici E, neboť není držitelem externí akreditace. V závěru kapitoly prodiskutuji zjištěné poznatky a stanovím závěry, které z poznatků vyplývají.

9.1 Úpravy verbálních ordinací ve vnitřních předpisech nemocnic ve srovnání s požadavky akreditačních standardů

a) Akreditační standardy Spojené akreditační komise a vnitřní předpisy nemocnice A

K verbálním a telefonickým ordinacím se společnost SAK vyjadřuje v akreditačních standardech odkazem na RBC 6. Tento bezpečnostní cíl stanovuje nemocnici povinnost zavést vnitřní předpis o postupu při tomto typu ordinací. Přijímající osoba úplnou telefonickou ordinaci zapíše do zdravotnické dokumentace, zpětně ji přečte a nechá si potvrdit její správnost ordinující osobou.

Ve vnitřním předpisu nemocnice A, akreditované společností SAK, jsou zcela obsaženy požadavky akreditačního standardu o verbálních a telefonických ordinacích. Nad rámec tohoto standardu je zde ještě uveden limit, kdy je možno telefonickou i přímou ústní ordinaci použít, dále určení profesí, jejichž příslušníci mohou telefonickou ordinaci vydávat a přijímat, a podmínka, že verbální ordinace budou po záznamu do zdravotnické dokumentace stvrzeny bez zbytečného odkladu podpisem lékaře, jenž pokyn vydal.

b) Normy ISO 9001:2008 a vnitřní předpisy nemocnice B

Normy ISO 9001:2008 zdravotnickému zařízení ukládají, aby vypracovalo vnitřní předpis pro zacházení s léčivý. Zda se však vypracování postupů při ordinování léčiv týká také verbálních ordinací, standardy neuvádí.

Přestože normy ISO 9001:2008 výslovně neuvádí povinnost úpravy verbálních ordinací, nemocnice B se k nim ve svých vnitřních předpisech vyjadřuje. Přijímající osoba si nechá od ordinující osoby potvrdit správnost ordinace a zapíše ordinaci do dokumentace (záznam musí obsahovat stanovené náležitosti). Ordinaci dodatečně stvrzuje lékař svým podpisem. Ústní ordinace jsou v nemocnici povoleny pouze pro vymezené situace.

c) Akreditační standardy Joint Comission International a vnitřní předpisy nemocnice C

Organizace JCI prostřednictvím akreditačních standardů nemocnicím ukládá, aby byl v jejich vnitřním předpisu popis zvláštního typu ordinací, např. při akutních stavech nebo při nutnosti bezprostředního podání léčiv, včetně popisu záznamu těchto ordinací. Pokud místní předpisy verbální a telefonické ordinace umožňují (což je případ ČR), má zdravotnické zařízení vnitřními předpisy zpracovat, jak se při těchto ordinacích postupuje, a jak probíhá jejich verifikace.

Akreditační standardy přitom odkazují na společností vydaný Mezinárodní bezpečnostní cíl 2 – Efektivní komunikace. Nemocnice dle tohoto cíle vytvoří a zavede postup upravující ústní a telefonické ordinace. Průběh ordinace je následující: přijímající osoba zaznamená úplnou ordinaci, zpětně ji přečte a nechá si od ordinující osoby potvrdit, zda informaci přijala správně. ZZ je dále povinno stanovit situace, při kterých není možno přijatou ordinaci vždy zopakovat (např. na operačních sálech nebo v kritických situacích na JIP a oddělení akutního příjmu).

Není výslovně řečeno, zda musí být verbální ordinace upraveny jednotně v celém zdravotnickém zařízení, nebo zda mohou být povoleny pouze pro vybraná pracoviště.

V akreditačních standardech není určeno, jestli se oprávnění osob k vydávání a přijímání verbálních ordinací liší od oprávnění k vydávání a přijímání ordinací písemných. Standardy uvádí, že léčivé přípravky (v rozsahu, jenž zdravotnické zařízení určí) ordinují a podávají osoby, které jsou k tomu oprávněny nemocnicí, zákonnými a podzákonnými normami a stavovskými předpisy. Nemocnice je dále povinna stanovit, které osoby nebo skupiny osob mohou nad rámec běžného oprávnění předepisovat a podávat léčiva v případě nebezpečí z prodlení. Nenašla jsem však poznámku, z níž by vyplývalo, zda se povinnost této úpravy vztahuje také na předepisování a podávání léčiv prostřednictvím či na podkladě verbálního pokynu.

Nemocnice C, jež je držitelem akreditace společnosti JCI, ve vnitřních předpisech určuje postup při telefonických ordinacích v souladu s požadavky Mezinárodního

bezpečnostního cíle 2 a dalších akreditačních standardů. Navzdory požadavkům akreditačních standardů se však nevyjadřuje k přímým verbálním ordinacím.

Nad rámec požadavků akreditačních standardů nemocnice zavedla pro příjem telefonických ordinací záznamovou tabulku, kterou pro zvýšení bezpečnosti tohoto typu ordinací doporučuje používat Paparella (2004).

Vnitřní předpis uvádí, že osobami oprávněnými telefonické ordinace vydávat jsou všichni lékaři a osobami oprávněnými tyto ordinace přijímat všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci – bez dalšího upřesnění. Problematice takto stanoveného oprávnění osob k používání telefonických ordinací se věnuji podrobněji v následující, podrobnější části analýzy vnitřních předpisů. Přestože to akreditační standardy vyžadují, nejsou vnitřním předpisem o verbálních ordinacích stanoveny osoby, které by v případě nebezpečí z prodlení byly oprávněny k předepisování a podávání léčiv nad rámec běžného oprávnění.

Akreditační standardy JCI se nezabývají přímými verbálními ordinacemi; vnitřní předpis nemocnice C se k nim také nevyjadřuje.

d) Akreditační standardy České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví a vnitřní předpisy nemocnice D

Akreditační standardy společnosti ČSAZ se k verbálním ani telefonickým ordinacím nevyjadřují. Obdobně, jako je tomu u norem ISO 9001:2008, vyžaduje ČSAZ úpravu ordinací léčiv vnitřním předpisem, nezmiňuje však, zda se vyžadovaná úprava týká také verbálních ordinací.

Přestože ČSAZ se k tomuto typu ordinací nevyjadřuje, nemocnice D svým vnitřním předpisem ústní ordinace upravuje. Povoluje je pro určité situace, s časově specifikovanou podmínkou následného záznamu ordinace do dokumentace pacienta lékařem.

9.2 Diskuze a závěry

Verbální a telefonické ordinace jsou uvedenými českými společnostmi pro akreditaci ve zdravotnictví upraveny takto: organizace SAK od roku 2014 od nemocnic pro udělení akreditace vyžaduje plnění RBC 6. Společnost ČSAZ se ve svých standardech k verbálním či telefonickým ordinacím nevyjadřuje. RBC 6 byl Ministerstvem zdravotnictví vydán roku 2012. Je proto možné, že nově zveřejněný RBC 6 společnost teprve do svých standardů začlení v rámci jejich aktualizace.

Systémový pohled na pochybení rozvíjí bezpečnější péči třemi principy: navrhováním systémů, procedur a opatření, které chybám zabrání. Tyto systémy, procedury a opatření je možno vytvářet a aplikovat poté, co dojde k analýze vlastního procesu a stanovení problémů, jenž jsou v něm obsaženy (Škrla, 2005, p. 52-54). Společným cílem společností pro akreditaci ve zdravotnictví je trvale zvyšovat bezpečí a kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, do kteréžto kategorie nepochybně spadají

i verbální ordinace. Podívám-li se na zvýšení bezpečnosti verbálních ordinací z pohledu systémového, měly by společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví problematiku analyzovat, a na základě výsledků analýz teprve stanovovat požadavky na průběh ordinací a jejich celkovou úpravu. K tomu mohou samozřejmě napomoci také výsledky cizích výzkumů.

Nevím, zda, a do jaké míry v nemocnicích probíhá sběr a analýza dat, zaměřených na verbální a telefonické ordinace, a nenalezla jsem zmínku o tom, že by sběr a analýzu těchto údajů prováděly společnosti SAK nebo ČSAZ. Neexistuje u nás ani instituce, která by se lékovým pochybením, a zvláště problematikou verbálních ordinací komplexně zabývala. Vzhledem ke skutečnosti, že český výzkum v oblasti verbálních a telefonických ordinací zatím neexistuje nebo není dostupný, je o to důležitější obracet se na výzkum zahraniční. Zejména v USA se počet studií, věnovaný této problematice, v posledních letech zvyšuje. Verbální a telefonické ordinace se stávají předmětem stále většího zájmu zahraničních organizací, které se zabývají akreditací zdravotnických zařízení, bezpečím zdravotní péče, bezpečným podáváním léčivých přípravků a medikačními chybami a dohledem nad léčivými přípravky. Není proto příliš obtížné dohledat podněcující výsledky studií nebo aktuálním výzkumem podložená doporučení k mnoha aspektům verbálních a telefonických ordinací.

Společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví by dle mého názoru měly kromě zahraničního výzkumu sledovat také doporučení, která pro účel zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotní péče vydávají mezinárodní organizace (WHO a další) a s úpravami pro místní podmínky je začleňovat do svých akreditačních standardů. Musím konstatovat, že tomu tak, alespoň v případě verbálních ordinací, vždy není.

Toto, a snad ještě pečlivěji, by mělo činit Ministerstvo zdravotnictví. RBC 6 je však jediným doporučením (pro organizace v přímé působnosti MZ závazným), které k verbálním a telefonickým ordinacím vydalo. Přihlédnu-li k počtu oblastí, které je pro bezpečný proces těchto ordinací třeba definovat a upravit, a k množství faktorů, které úspěch verbálních a telefonických ordinací ovlivňují, myslím, že RBC 6 jejich problematiku neupravuje dostatečně. Podotýkám, že Ministerstvo zdravotnictví nevytvořilo RBC na základě výsledků vlastního nebo jiného českého výzkumu, ale že při jejich tvorbě vycházelo z doporučení Rady Evropské unie a WHO.

Z rozboru akreditačních standardů zahraničních organizací, které se věnují akreditaci ve zdravotnictví, vyplývá, že normy ISO 9001:2008 se k verbálním a telefonickým ordinacím nevyjadřují. Normy ISO 9001:2008 nepatří mezi deskriptivní. To znamená, že procesy, které v nemocnicích v rámci poskytování zdravotních služeb probíhají, normy neupravují přesnými postupy. Verbální ordinace však nejsou výslovně zahrnuty ani do oblastí, které musí zdravotnické zařízení pro dosažení akreditace v rámci zajištění bezpečné péče upravit.

Tvorbou preskriptivních standardů se naopak zabývá společnost JCI. Přestože v požadavcích, které pro verbální komunikaci klade, lze definovat jisté nedostatky (v oblasti identifikace osob, úpravy přímých verbálních ordinací a další), má společnost standardy pro verbální pokyny rozpracovány ze všech analyzovaných organizací nejpodrobněji. Společnosti JCAHO/JCI problematice verbálních ordinací obecně věnují velkou pozornost. I díky nim probíhá výzkum tohoto typu ordinací; jsou autory souvisejících doporučení.

K verbálním ordinacím se JCI ve svých standardech vyjadřuje na více místech a pro jejich úpravu vyčlenila i jeden z Mezinárodních bezpečnostních cílů. Vývoj naznačuje, že s přibývajícím poznatky budou v JCAHO/JCI nadále vznikat nová a propracovanější doporučení, a zároveň se budou zvyšovat požadavky k začleňování těchto doporučení do vnitřních předpisů zdravotnických zařízení.

Shrnou-li, do jaké míry plní vnitřní předpisy nemocnic požadavky standardů společností, jež jim akreditaci udělily, mohu říci toto: nemocnice B a D, akreditované společnostmi, které úpravu verbálních ordinací výslovně nevyžadují, přesto tyto ordinace určitým způsobem upravují. Nemocnice A požadavky akreditačních standardů v oblasti verbálních ordinací plní a připojuje k nim i další zavazující prvky. Nemocnice C je akreditovaná společnost, která se verbálním ordinacím věnuje nejvíce, a má nejrozsáhlejší postup pro verbální ordinace ze všech analyzovaných nemocnic. Oblasti s vyžadovanou úpravou ve svých předpisech (kromě stanovení situací, při kterých není vždy možno přijatou ordinaci zopakovat, např. při kritických situacích na JIP a zpracování přímých verbálních pokynů) obsáhla, navíc ještě přijala další, nevyžadované zahraniční bezpečnostní doporučení – předtištěný formulář pro záznam komunikace.

Existuje velký rozdíl v úpravě verbálních pokynů jak mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, tak mezi společnostmi pro akreditaci ve zdravotnictví. Vzhledem k rizikovosti těchto pokynů je překvapivé, že dvě akreditační společnosti se problematice nevěnují vůbec, a že jediná česká společnost, která tyto ordinace obsáhla, klade na jejich zpracování tak strohé požadavky.

10. Podrobná analýza vnitřních předpisů

Nyní přikročím k detailní analýze úprav verbálních pokynů napříč zkoumanými nemocnicemi. Analýzu provádím z vnitřních předpisů nemocnic, z pohledu kritérií, jejichž povahu a důvod výběru popisuji dále. Analýza vede k definování jednotlivých aspektů verbálních ordinací, jejichž problematice se budu věnovat v diskuzi, do níž shrnu i své závěry. V druhé části kapitoly porovnáím výsledky své analýzy s výsledky zahraniční studie, která se problematice verbálních pokynů věnovala z obdobného pohledu. Výsledky zahraniční studie uvádím pro znázornění způsobu, jakým mohou být verbální ordinace upraveny mimo naší republiku, a pro nastínění odlišností, které se ve zpracování verbálních ordinací mezi státy mohou vyskytovat.

10.1 Analýza vnitřních předpisů nemocnic, upravujících verbální ordinace, z hlediska vybraných kritérií

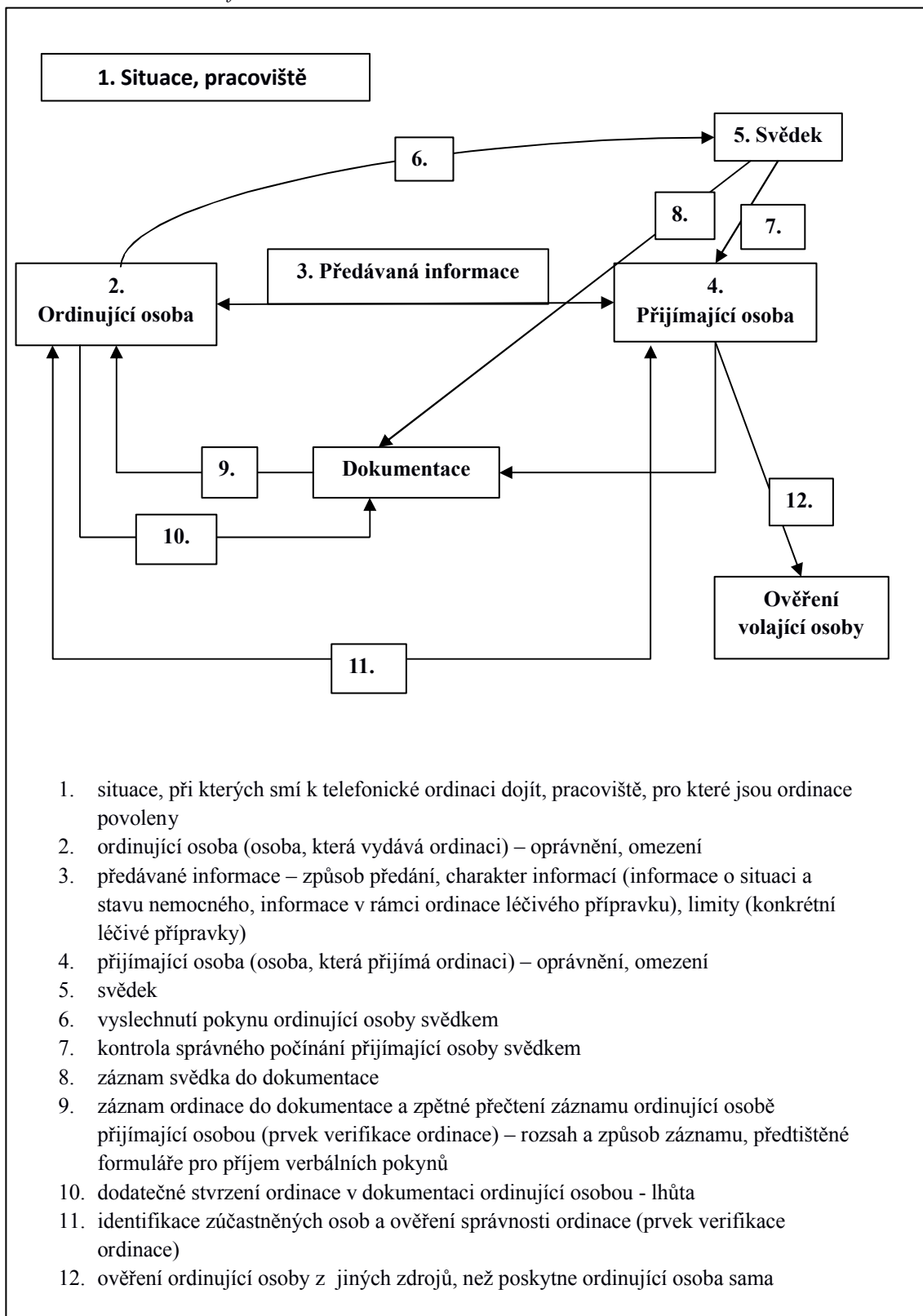
10.1.1 Analýza vnitřních předpisů vybraných nemocnic

Vnitřní předpisy nemocnic jsem analyzovala dle těchto kritérií:

1. Existuje ve ZZ vnitřní předpis, který zmiňuje verbální nebo telefonické ordinace?
2. Jsou ve ZZ verbální nebo telefonické ordinace povoleny?
3. Existuje omezení verbálních nebo telefonických ordinací z hlediska
 - a) konkrétních pracovišť ZZ,
 - b) zaměstnanců ZZ,
 - c) určitých situací,
 - d) denní doby,
 - e) konkrétních léčivých přípravků?
4. Je vnitřním předpisem dán přesný postup průběhu verbální, telefonické ordinace a způsob, kterým jsou tyto ordinace zaznamenávány do zdravotnické dokumentace?
5. Je určen způsob, jakým se mají osoby, které se účastní telefonické ordinace, při hovoru identifikovat?
6. Ukládá vnitřní předpis osobě, která verbální, telefonický pokyn vydala, pokyn ve zdravotnické dokumentaci následně stvrdit svým podpisem? Stanovuje vnitřní předpis pro toto potvrzení časovou lhůtu?
7. Byl do vnitřních předpisů zdravotnických zařízení implementován RBC 6 – Bezpečná komunikace?

Pro vysvětlení, proč jsem pro rozbor zvolila právě tato kritéria, bych chtěla předložit následující schéma, kterým znázorňuji průběh telefonické ordinace. V rámci průběhu ordinace jsou zde popsány úkony, které zúčastněné osoby provádí, informace, které se při ordinaci vyměňují a některé faktory (spíše administrativního rázu), které úspěšnost ordinace mohou ovlivnit. Z rozboru (a schématu) jsem vyčlenila faktory, které sice na úspěšnost verbální komunikace mají velký vliv, ale které nejsou předmětem úprav vnitřními předpisy. Mezi takovéto faktory patří např. stres, únava, hlučné prostředí apod.

Schéma 10.1: Průběh telefonické ordinace



1. *Existuje ve ZZ vnitřní předpis, který zmiňuje verbální nebo telefonické ordinace?*

Všechna uvedená ZZ se určitým způsobem ve vnitřních předpisech k verbálním nebo telefonickým ordinacím vyjadřují.

2. *Jsou ve ZZ verbální nebo telefonické ordinace povoleny?*

Kromě nemocnice E jsou, v rozsahu a způsobem, jenž stanovuje vnitřní předpis, verbální nebo telefonické ordinace povoleny. V nemocnici E je dle ošetrovatelského standardu zakázáno podávat léčivé přípravky na základě jiné než písemné ordinace.

V nemocnici D jsou povoleny ústní ordinace – není specifikováno, zda je ústní ordinací myšlena přímá ústní ordinace, ordinace po telefonu nebo oba typy.

3. *Existuje omezení verbálních nebo telefonických ordinací z hlediska*

a) konkrétních pracovišť ZZ

Ve vnitřním předpisu o verbálních, telefonických ordinacích nemocnic A, B a D a E není určeno, pro která oddělení je předpis závazný. Nemocnice C k dodržování metodického pokynu k verbálním a telefonickým pokynům zavazuje pracovníky vybraných pracovišť.

b) zaměstnanců ZZ

Omezením verbálních nebo telefonických ordinací pro zaměstnance ZZ mám na mysli uvedení osob, které jsou/nejsou oprávněny tuto formu ordinací přijímat a vydávat, ve vnitřním předpisu týkajícím se verbálních a telefonických ordinací.

Z vnitřního předpisu nemocnice A vyplývá, že telefonickou ordinaci přijímá nelékařský zdravotní pracovník, konkrétně všeobecná sestra, porodní asistentka a dětská sestra. Nejsou určeny požadavky (kvalifikace, praxe, délka praxe v konkrétním ZZ, odborný dohled) na lékaře, který ordinaci po telefonu či ústně vydává.

Ve vnitřním předpisu nemocnice B nejsou zmíněny požadavky na ordinujícího lékaře. Není definováno, kdo je přijímající osobou tohoto typu ordinací.

Ve zdravotnickém zařízení C se metodický pokyn k verbální, telefonické komunikaci týká všech lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků na vybraných odděleních. V části, hovořící o záznamu do tabulky „Telefonické hlášení výsledků, telefonické ordinace“, je však výslovně řečeno „...zapiše sestra“.

Vnitřní předpis nemocnice D nezmiňuje požadavky na lékaře ordinujícího po telefonu a nespecifikuje, kdo smí telefonické ordinace přijímat.

c) určitých situací

Telefonické ordinace jsou v zařízení A povoleny pouze výjimečně. Ústní ordinace je povolena v urgentních/akutních situacích. V nemocnici B je ústní ordinace léčivých přípravků (přímá či po telefonu) možná pouze ve výjimečných případech. V nemocnici C a D jsou ústní ordinace přípustné pouze v situaci jednoznačného nebezpečí z prodlení.

Vzhledem k tomu, že verbální a telefonické ordinace jsou ve ZZ povoleny pouze pro určité situace, vyvstává otázka, zda a jakým způsobem jsou tyto situace vnitřním předpisem definovány.

V nemocnici A se výjimečnou situací, která opravňuje k užití telefonické ordinace, rozumí okamžik, kdy není možná přítomnost lékaře na pracovišti. Urgentní/akutní situací je míněna např. resuscitace pacienta. Nemocnice B výjimečné případy nespecifikuje. Nebezpečí z prodlení definuje vnitřní předpis nemocnice C i D jako situaci, kdy je bezprostředně ohrožen život či zdraví pacienta.

d) denní doby

Ani v jednom z vnitřních předpisů není dán povolení/zákaz užívání verbálních a telefonických ordinací do souvislosti s denní dobou (např. povolení tohoto typu ordinací pouze v noci apod.).

e) konkrétních léčivých přípravků?

V žádném vnitřním předpisu neexistuje soupis léčivých přípravků či odkaz na léčivé přípravky, jejichž verbální, telefonické ordinování by bylo omezeno nebo zakázáno.

4. Je vnitřním předpisem dán přesný postup průběhu verbální, telefonické ordinace a způsob, kterým jsou tyto ordinace zaznamenávány do zdravotnické dokumentace?

Při příjmu telefonické ordinace pracovník nemocnice A ordinaci zaznamená do zdravotnické dokumentace. Zapsanou ordinaci zpětně přečte ordinujícímu lékaři a nechá si potvrdit její správnost. Dále doplní údaj o tom, kdo, kdy léčivý přípravek ordinoval, a kdo jej podal.

V nemocnici B je osoba, která stanoví ordinaci telefonicky, povinna potvrdit správnost ordinace přijímající osobou. Poté bude proveden záznam do dokumentace, kde bude uvedeno jméno indikujícího lékaře, čas, datum, jméno a podpis zaznamenávajícího a poznámka „ústní / telefonická ordinace“.

V nemocnici C probíhá telefonická ordinace dle následujících bodů:

1. příjemce hlášení se identifikuje do telefonu,
2. zaznamená a zopakuje jméno pacienta, datum narození,
3. zaznamená a přečte ordinovanou medikaci,
4. předávající osoba odsouhlasí opakovaný obsah hlášení,
5. příjemce запиše datum a čas převzetí hlášení, jméno (event. pracoviště) předávající osoby, potvrdí razítkem a parafou,
6. příjemce předá přijatou informaci ošetřujícímu lékaři,
7. při jakýchkoli nejasnostech se opakuje postup dle bodů 1 – 6.

Osoba přijímající informaci použije pro záznam telefonické komunikace záznamovou tabulku, nazvanou „Telefonické hlášení výsledků, telefonické ordinace“. Záznam v tabulce obsahuje datum, čas, jméno a datum narození pacienta, přijatou informaci, předávající subjekt, přebírající osobu a údaj o tom, komu byla informace předána. Do dokumentace pacienta pak zapisuje ordinaci lékař.

Proběhne-li ústní ordinace v nemocnici D, запиše pak ordinaci do dokumentace pacienta lékař.

5. *Je určen způsob, jakým se mají osoby, které se účastní telefonické ordinace, při hovoru identifikovat?*

Kromě nemocnice C nestanovuje vnitřní předpis žádného ZZ osobám, které se účastní telefonické ordinace, povinnost identifikovat se. Vnitřní předpis nemocnice C hovoří o identifikaci osoby, která hlášení přijímá a záznam subjektu, který informaci předává do záznamové tabulky; způsob identifikace nerozvádí.

6. *Ukládá vnitřní předpis osobě, která verbální, telefonický pokyn vydala, pokyn ve zdravotnické dokumentaci stvrdit svým podpisem? Stanovuje vnitřní předpis pro toto potvrzení časovou lhůtu?*

V nemocnici A, B, C i D po ústní, telefonické ordinaci následuje určitý záznam ordinující osoby do dokumentace pacienta. Přesná časová lhůta pro potvrzení ordinující osobou je stanovena pouze v nemocnici D. Lékař zde ordinaci do zdravotnické dokumentace zapisuje bez zbytečného odkladu, nejdéle však do 8 hodin.

Ordinující osoba nemocnice A je povinna telefonickou ordinaci zkontrolovat a stvrdit svým podpisem bez zbytečného odkladu. Bez zbytečného odkladu dále ordinující osoba do zdravotnické dokumentace pacienta medikaci запиše a stvrdí svým podpisem v případě ústní ordinace v urgentních/akutních situacích

V nemocnici B je podmínkou ústní ordinace její dodatečné stvrzení podpisem lékaře.

V nemocnici C, kde je telefonická ordinace zaznamenána do speciální tabulky, dopisuje ordinaci do dokumentace pacienta lékař dodatečně, bez zbytečného odkladu.

7. *Byl do vnitřních předpisů zdravotnických zařízení implementován RBC 6 – Bezpečná komunikace?*

Nemocnice A plní RBC 6 úplně. Nemocnice C cíl plní také, průběh komunikace určuje i podrobněji.

Nemocnice B v postupu při přebírání verbální ordinace prvky, které jsou bezpečnostním cílem vyžadovány, obsáhla, ale postup pozměnila: nejprve si osoby, které se ordinace účastní, vyjasní správnost ordinace, a až poté provede přijímající osoba záznam ordinace do zdravotnické dokumentace.

Nemocnice D plní RBC 6 pouze částečně (vnitřní předpis o ústních ordinacích existuje, ale není určen průběh ordinací) a nemocnice E tento cíl do vnitřních předpisů nevložíla vůbec.

10.1.2 Diskuze a závěry

V předchozích bodech jsem stručně popsala, jak se k různým otázkám verbálních a telefonických ordinací staví vnitřní předpisy dotázaných nemocnic. Nyní bych chtěla zjištěné informace shrnout a pozastavit se u jednotlivých bodů.

Co se *povolení verbálních ordinací* týče, všechna dotázaná zdravotnická zařízení se k verbálním ordinacím ve vnitřních předpisech vyjadřují. Verbální ordinace jsou povoleny ve všech dotázaných nemocnicích, vyjma jediné. Většinou však nebylo výslovně určeno, zda jsou verbální ordinace povoleny v rámci celého zdravotnického zařízení, nebo jenom pro určité úseky či oddělení.

Nemocnice, které verbální ordinace povolují, jejich užití ale vnitřními předpisy *omezují pouze pro určité situace*, definované převážně ohrožením pacientova života a zdraví.

Dalším prvkem, který používání verbálních ordinací omezuje, je *určení osob, které jsou verbální ordinace oprávněny vydávat a přijímat*. Vnitřní předpisy nespecifikují speciální požadavky, jako například kvalifikace, praxe, délka praxe v daném ZZ nebo odborný dohled, na lékaře, který tyto příkazy vydává. Pokud jsou uvedeny profese (ne ve všech ZZ uvedeny jsou), jejíž příslušníci smí tyto ordinace přijímat, taktéž není zmíněno, že by na ně byly kladeny nějaké zvláštní požadavky. Žádný předpis neukládal příjem verbálních ordinací pouze osobám, které jsou oprávněny léčivé přípravky podávat. V jedné z nemocnic smí dokonce přijmout verbální ordinaci všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci. Z toho vyplývá, že tak mohou činit i pracovníci, kteří nesmí s léčivými přípravky manipulovat. Ovšem pracovníci, kteří s léčivými přípravky nemanipulují, nemusí znát názvy běžně užívaných přípravků, obvykle užívaných dávek léků, nemají

žádné či dostatečné farmakologické vzdělání pro rozeznání interakcí, kontraindikací a nemají ani přístup do zdravotnické dokumentace v rozsahu, který pro poskytování svých služeb nepotřebují – tedy ke všem diagnózám pacienta, medikaci, alergiím atd. To vyvolává otázku, zda tito pracovníci nemohou při telefonické ordinaci zvýšit riziko komunikační chyby – mohou lékaři nepodat důležité informace o pacientovi a mohou snáze přeslechnout důležitou informaci, špatně porozumět sdělovaným údajům či nesprávně zapsat jim neobvyklý název přípravku.

Ve vnitřních předpisech se nevyskytuje *omezení k přímému verbálnímu, telefonickému ordinování určitých léčivých přípravků*, jako např. chemoterapeutik a dalších rizikových (heparinu, trombolitik), podobně znějících nebo často zaměňovaných přípravků. Nenašla jsem naopak ani zmínku o existenci seznamu přípravků, které verbálně ordinovat lze. Dále nebylo uvedeno, že by bylo výslovně pro případ telefonické ordinace zakázáno užívat určité výrazy, např. tableta a ampule, nebo doporučeno ordinovat zároveň generický i výrobní název léku, případně další postupy, které by vedly k zajištění bezpečné verbální ordinace.

Stěžejními prvky telefonických ordinací jsou dle mého názoru jasná a ověřitelná identifikace komunikujících osob, předání všech pro účel medikace potřebných informací o pacientovi, záznamu ordinace do dokumentace pacienta a verifikace. Myslím, že stanovení jasného postupu, který obsahuje tyto prvky, je natolik důležité, že by měl být v každém vnitřním předpisu podrobně rozpracován. Proto považuji za překvapivé, že úprava postupu při telefonické ordinaci není, až na jednu výjimku, příliš zpracována, i to, do jaké míry se zpracování procesu telefonické ordinace mezi jednotlivými ZZ liší. Telefonické ordinace nejsou v některých nemocnicích upraveny ani způsobem, jaký doporučuje Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím RBC 6.

V žádném z předpisů není definováno, jakým způsobem se *identifikují osoby*, které se účastní telefonické ordinace. Identifikaci účastníků hovoru jako takovou dokonce vyžadovalo pouze jediné ZZ. Ordinující osoba není v žádné z nemocnic zavázána k tomu, aby na sebe zanechala telefonní číslo, na kterém by jí bylo možno v případě potřeby kontaktovat, nebo aby sdělila údaj, podle kterého by si bylo možno ověřit její totožnost. To, že není určen způsob identifikace osob, nebo dokonce není samotná identifikace vyžadována, může umožnit výskyt falešných telefonátů od osob, které se za jiné pouze vydávají. Fakt, že k falešným telefonátům může docházet a v praxi dochází, dokazují zahraniční zprávy (ISMP, 2008). V rámci bezpečné identifikace navrhuji některá zahraniční doporučení také omezit počet zaměstnanců, kteří verbální ordinace mohou používat. Ve vnitřních předpisech jsem však zmínku o existenci seznamu konkrétních zaměstnanců, oprávněných k vydávání či přijímání verbálních pokynů, nenašla.

Na proces identifikace osob navazuje v hovoru proces vlastního předání informací, a s tím související *záznam do zdravotnické dokumentace*. Dvě nemocnice požadují, aby příjemce ordinaci zapsal, zpětně přečetl a nechal si od ordinující osoby potvrdit její správnost. Další nemocnice vyžaduje zápis ordinace do dokumentace až poté, co si osoby,

mezi kterými tato ordinace probíhá, ujasní, že ordinace byla správně pochopena. Podle vnitřních předpisů těchto zařízení dále osoba, která ordinaci přijímá, zaznamená, kdo ordinaci vydal, a kdy k ordinaci došlo. Jedna z nemocnic způsob dokumentování hovoru neurčuje vůbec.

Postup podle předpisu, který vyžaduje záznam do dokumentace až poté, co si osoby vyjasní správné porozumění ordinace, však dle mého názoru může vést k případům, kdy, přestože přijímající osoba ordinaci porozumí, špatně provede následující záznam – krok záznamu do dokumentace již nikdo neověří. Správný záznam ověří pouze zpětné přečtení zapsané ordinace ordinující osobě, přečte-li však osoba zapsaný údaj správně.

Vyjma jednoho předpisu, který ukládá osobě přijímající telefonickou ordinaci zaznamenat a do telefonu přečíst záznam pacientova jména a data narození, není stanoveno, *jaké informace o pacientovi musí být v hovoru předány*. Obzvláště ošetřuje-li ordinující lékař více pacientů, může dojít k opomenutí důležitých skutečností (alergie, lékové interakce, kontraindikace apod.) či dokonce k mýlce ohledně pacientů. Pro případ verbální, telefonické ordinace není výslovně stanovena povinnost hlásit údaje o tělesné hmotnosti pacientů, což je pro farmakoterapii obzvláště v pediatrických oborech zásadní údaj. Osoba, která přebírá telefonickou ordinaci, podává o pacientovi údaje, které v danou chvíli vzhledem k okolnostem, stavu pacienta, s ohledem na účel medikace považuje za důležité a ordinující osoba se na další informace může doptat.

Průběh telefonické ordinace mohou usnadňovat i zvláštní záznamové formuláře (Paparella, 2004). Ty mohou napomoci tomu, aby hovor proběhl podle stanovených pravidel, nedošlo k opomenutí důležité skutečnosti, a aby byla telefonická ordinace řádně zaznamenána. Dostupná jsou zahraniční doporučení pro zavedení formulářů pro verbální, telefonické ordinace. Z dotázaných nemocnic využívá takovýto dokument pouze jediná.

Až na výjimku, kdy lékař ordinaci pak zapisuje do dokumentace celou, následně *ordinující osoba potvrzuje telefonicky uskutečněnou ordinaci*. Jen v jedné nemocnici je časový limit pro stvrzení konkrétní. Lhůta, za kterou má k potvrzení ordinace dojít, v žádném předpisu není dána do souvislosti s ordinovaným léčivým přípravkem (není tedy brán ohled na to, jaké následky může mít případná medikační chyba) či dalšími skutečnostmi.

Kromě uvedených kritérií bych se ještě chtěla pozastavit u jednoho prvku, který může k bezpečnosti telefonické ordinace velice přispět, a to u prvku *svědectví*. Přítomnost další osoby při přebírání telefonické ordinace nevyžaduje ve svých standardech žádná z akreditačních společností, ani žádná z nemocnic. PPSA (2006) uvádí pro příjem verbálních pokynů ve svých doporučeních vhodnost přítomnosti další osoby, která pokyn vyslechne. Speciální dohled by dle PPSA při užívání verbálních pokynů měli mít také studenti a osoby s nedostatečnými zkušenostmi.

Myslím, že svědek by mohl plnit svou roli v oblasti ověření správného předání ordinace dvojitým způsobem. Buď by mohl na záznam a zpětné čtení pokynu pouze dohlížet a kontrolovat, zda přijímající osoba čte zpětně zaznamenaný pokyn bezchybně, nebo by mohl být do procesu verifikace pokynu zapojen aktivně. Osobu, která ordinaci přijala, by v tomto případě nahradil ve fázi zpětného čtení ordinace a jejího potvrzení ordinující osobou. Osoba, která by se takto telefonické ordinace zúčastnila, by se do zdravotnické ordinace zaznamenala jako svědek verbálního pokynu.

Za významnou považuji skutečnost, že ne všechny nemocnice do vnitřních předpisů začlenily RBC 6. Jedná se přitom o doporučení, které stanovuje zásadní prvek ordinace: *verifikaci pokynu* (záznam ordinace a zpětné přečtení přijímající osobou a následné potvrzení pokynu ordinující osobou). Skutečnost je dle mého názoru významná i proto, že RBC 6 je jediným českým doporučením pro průběh verbálních ordinací a postup v něm uvedený představuje postup *lege artis*.

Závěrem bych chtěla poukázat na fakt, že ve vnitřních předpisech není rozpracován průběh komunikace během *přímých verbálních ordinací*. Nikde není například uvedeno, že by osoba, která na základě takovéto ordinace lék podává, měla před jeho podáním ordinaci zopakovat ordinující osobě.

Verbální pokyny nejsou vnitřními předpisy obecně příliš rozpracovány. Ve všech nemocnicích jsou tyto pokyny povoleny pouze pro určité situace. Požadovány jsou zejména úkony v oblasti dokumentování, verifikace a dodatečného stvrzení pokynu ordinující osobou. Ve vnitřních předpisech nemocnic však postrádám zejména jasné stanovení kompetencí k vydávání a přijímání verbálních příkazů, identifikaci zúčastněných osob a určení informací o pacientovi, které musí být během hovoru předány. Myslím, že verbální ordinace by si z hlediska bezpečí pacientů nejprve zasloužily jasnou úpravu těchto oblastí; dále by pak bylo vhodné začlenit i další prvky, které zvyšují bezpečnost verbálních pokynů, jako např. ověření volající osoby, svědectví, omezení verbálních ordinací pro určité léky, způsob komunikace (povolené zkratky, hláskování názvů léčiv) a další.

10.2 Porovnání výsledků analýzy se zahraničním výzkumem

Již jsem zmínila, že jsem nenalezla českou studii, která by, z jakéhokoli pohledu, přinesla výsledky k verbálním a telefonickým ordinacím. Přestože MZ vydalo RBC 6 – Bezpečná komunikace, který proces verbálních a telefonických ordinací upravuje, nebylo toto opatření vytvořeno na podkladu výsledků českého výzkumu, nýbrž vychází z doporučení Rady EU a WHO. Nenašla jsem, že by se úpravy verbálních, telefonických ordinací společností oprávněných k hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, opíraly o výsledky výzkumu, provedeného na území ČR.

V zahraničním, anglicky psaném výzkumu jsem našla jedinou studii, která provádí rozbor vnitřních předpisů o verbálních a telefonických příkazech. Jde o studii (Wakefield,

1012a), při níž výzkumný tým analyzoval vnitřní předpisy upravující verbální a telefonické pokyny ve 40 nemocnicích různého typu v USA. Studie byla zaměřena na normy týkající se lékařů, zdravotních sester a lékáren.

Nemocnice byly požádány o zaslání dokumentů, které upravují verbální a telefonické pokyny. Téměř všechny nemocnice zaslaly pro účely studie podklady z tří a více zdrojů k tomuto tématu – nejčastěji se jednalo o lékařské standardy, ošetrovatelské standardy a vnitřní předpisy nemocnic. Dokumenty byly analyzovány z hlediska těchto kritérií:

1. oprávnění vydávat verbální příkazy,
2. oprávnění přijímat verbální příkazy,
3. definování verbálního příkazu,
4. požadovaná dokumentace verbálního příkazu,
5. časová lhůta pro stvrzení příkazu podpisem,
6. zákazy užívání verbálních příkazů,
7. identifikace osob a ověření příkazu,
8. mechanismy zajišťující přesnost obsahu verbálního příkazu.

S ohledem na rozdílnost českých a amerických podmínek jsem pro porovnání své a této zahraniční analýzy vnitřních předpisů vybrala ty oblasti, které porovnat lze. Podobnosti v úpravě verbálních pokynů v dotázaných nemocnicích u nás a v USA nacházím zejména v požadavcích pro záznam verbálních příkazů do dokumentace. Co se USA týče, záznam verbálních příkazů do dokumentace je ve všech ZZ vyžadován téměř stejným způsobem. Většina vnitřních předpisů ukládá povinnost zaznamenat datum, čas a údaj o tom, kdo příkaz vydal a kdo jej přijal. Požadováno je i následné stvrzení ordinace podpisem ordinujícího lékaře, přestože časové lhůty pro tento úkon jsou velice rozdílné (od nespécifického určení „co nejdříve“ až po třicetihodinovou lhůtu). Jak jsem zjistila, přesně stanovená lhůta pro potvrzení ordinace nebývá stanovena ani u nás.

Co se týče oprávnění osob přijímat a vydávat verbální ordinace, je porovnání se zahraničím obtížnější, neboť kompetence zdravotnických pracovníků v oblasti manipulace s léčivými přípravky se v obou zemích výrazně liší. Wakefieldův výzkum se však zabýval verbálními pokyny jako takovými, ne pouze se zaměřením na pokyny medikační. Výzkum poukázal na fakt, že, podobně jako u nás, nebývá v amerických nemocnicích oprávnění osob k vydávání pokynů (medikačních ani jiných) upřesněno příliš detailně. Dále se v amerických nemocnicích vyskytly odlišnosti ve specifikaci, kteří pracovníci smí verbální pokyny přijímat. Žádný z předpisů o verbálních pokynech nestanovuje, jaký typ verbálních pokynů smí přijímat pracovníci různých profesí. Většinou je pouze řečeno, že pracovníci smí přijímat příkazy, ke kterým jsou dle zákona kompetentní.

Americké nemocnice, na rozdíl od českých, vztahují omezení verbálních příkazů na určité léčivé přípravky. Běžně se například vyskytuje zákaz užívání verbálních pokynů

pro zahájení nebo změnu dávky chemoterapeutik. Navzdory četným doporučením jsou však další omezení stanovena výjimečně. Pouze v jedné ze čtyřiceti dotázaných nemocnic existuje zákaz verbálních pokynů k podobně znějícím přípravkům a pouze v jedné nemocnici nelze verbálně ordinovat vysoce rizikové přípravky.

Podobně, jako je tomu u nás, není zdaleka ve všech amerických nemocnicích osobě, která verbální příkaz vydává, uloženo, aby prokázala svou totožnost. Pouze občas byl od přijímající osoby vyžadován úkon, který by k prověření ordinující osoby vedl. Prověření volající osoby v těchto případech probíhá ověřením identifikačního čísla lékaře nebo ověřením telefonního čísla, ze kterého ordinující osoba volá. Některé vnitřní předpisy ukládají osobě, která telefonický příkaz vydá, znění příkazu po ukončení hovoru ještě zaslat faxem.

Wakefield se věnoval i způsobu, jakým probíhá ověřování správnosti předávaných informací, a prvkům, které přispívají ke zmírnění komunikačních chyb. Předpisy všech zkoumaných amerických nemocnic vyžadují zpětné přečtení zaznamenané informace přijímající osobou. V některých nemocnicích existuje zákaz používání zkratk (vyjma schválených zkratk v názvu léčiv a dávkování) nebo požadavky na hláskování názvu léku přijímající i ordinující osobou. Vyskytly se i požadavky na záznam gramáže – například místo užívání výrazu „X mg“ přípravku bylo dovoleno vyjadřovat množství pouze jako „0,X g“. Nutno však připomenout, že, podobně jako výzkum můj, vycházel výzkum Wakefielda pouze z dokumentů o verbálních příkazech, nikoli z předpisů o zacházení s léčivými přípravky, které mohou obsahovat rozpracovanější postupy pro předepisování léčiv.

Shrnu-li výsledky své analýzy s výsledky, které přinesla tato zahraniční studie, je zřejmé, že oblast verbálních pokynů není ve zdravotnických zařízeních dosud příliš zpracována. Úprava telefonické komunikace je nejjednodušší v oblasti dokumentování pokynu a ověřování správnosti předávané ordinace zpětným čtením. Je s podivem, že natolik zásadní prvky, jako je například identifikace komunikujících osob nebo stanovení jasných kompetencí v procesu verbálních pokynů, jsou zpracovány velice obecně a nejednotně, v některých případech jejich úprava dokonce naprosto chybí.

Jak uvádí Wakefield, obzvláště ty oblasti, které jsou zpracovány nekonzistentně, dávají prostor pro vznik nejrůznějších pochybení. Verbální ordinace se do úpravy vnitřními předpisy dostávají poměrně nově. Vzhledem k tomu, že se však objevují stále nové poznatky a vznikají nová, propracovanější doporučení, věřím, že v rámci zvyšování bezpečí a kvality poskytovaných zdravotních služeb budou tato doporučení akreditačními společnostmi a samotnými zdravotnickými zařízeními stále ve větší míře začleňovány, a že problematice bude věnována stále větší pozornost. Věřím, že úprava verbálních ordinací bude v budoucnu zdokonalována, a že tato úprava bude mít přínos pro zvýšení bezpečnosti a kvality poskytovaných zdravotních služeb.

11. Závěr

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo identifikovat nejrizikovější oblasti a prvky verbálních ordinací, odhalit největší nedostatky jejich úprav a nastínit, jak by tyto oblasti a prvky mohly být v našich podmínkách za účelem zvýšení bezpečnosti pokynů upraveny nebo pozměněny.

Za tímto účelem jsem nejprve popsala, jakým způsobem jsou verbální pokyny ukotveny v české legislativě a v dalších, obecně závazných i nezávazných dokumentech včetně odborné literatury. Popsala jsem, jakými předpisy je u nás stanoven nebo doporučen proces verbálních ordinací z hlediska okolností, jejich průběhu a záznamu do zdravotnické dokumentace. V rámci kapitoly o hodnocení bezpečí a kvality zdravotních služeb jsem předložila, jakou úlohu zaujímají verbální ordinace v této problematice. Na základě rešerše jsem dále uvedla doporučení jednotlivých autorů a společností zabývajících se lékovým pochybením a verbálními pokyny, jejichž prostřednictvím je možno bezpečnost verbálních ordinací zvýšit.

Následně jsem zjistila, jakým způsobem požadují úpravu verbálních ordinací vybrané společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví prostřednictvím svých standardů, a jak verbální ordinace upravují vnitřní předpisy vybraných nemocnic. Na základě zjištěných údajů jsem popsala míru a způsob, jakým vnitřní předpisy nemocnic plní požadavky akreditačních standardů společností, jejichž akreditace jsou držitelé. Dále jsem provedla podrobnou analýzu verbálních pokynů a jejich úprav na základě stanovených kritérií. Výsledkem bylo stanovení problematických oblastí pokynů a předložení rizikových prvků s nastíněním možností modifikace pro účely zvýšení jejich bezpečnosti. Mohu tedy říci, že hlavní i vedlejší cíle práce byly splněny.

Problémy verbálních ordinací lze shrnout do tří kategorií: odborné, forenzní a předcházení chyb. Zatímco v oblasti forenzní a v předcházení chyb je možno ke snížení problematičnosti vytvářet a přijímat různá opatření, problém vždy přetrvává v oblasti odborné, což považuji za hlavní důvod toho, proč by k ordinacím na dálku mělo docházet pouze v nezbytných případech.

Zjistila jsem, že verbální ordinace nejsou v České republice příliš popsány ani upraveny. Také úpravy, které existují ve vnitřních předpisech nemocnic a v akreditačních standardech, nejsou jednotné a, až na výjimky, příliš detailní. Přitom zvláště tato variabilita dává prostor pro vznik nejrůznějších pochybení (Wakefield, 2012a).

Na rozdíl od některých akreditačních standardů se veškeré vnitřní předpisy nemocnic k telefonickým ordinacím vyjadřují. Ve většina nemocnic je jejich použití umožněno v případě definovaných situací. V požadavcích na proces telefonických ordinací bylo nejvíce patrné především nedostatečné, nepřesné či dokonce žádné určení osob, oprávněných tyto pokyny používat, dále často nevyžadování identifikace komunikujících osob, nejednotný nebo nestanovený postup při verifikaci ordinace, absence požadavků na informace, které mají být předány, a na náležitosti, jež má telefonická ordinace obsahovat. Žádný z vnitřních předpisů se nezabýval konkrétním postupem při přímé

verbální ordinaci. Nejčastěji byly naopak stanoveny požadavky na zdokumentování telefonického pokynu a na dodatečné stvrzení ordinace v dokumentaci podpisem ordinující osoby.

Uvědomuji si faktory, kterými je diplomová práce, zejména její praktická část, limitována. Přesto se domnívám, že, kromě definování problémových oblastí přímých verbálních i telefonických ordinací a nástinu možných bezpečnostních úprav, přínos práce spočívá i v tom, že je pravděpodobně první hlubší sondáží do problematiky v českých podmínkách. Práce přináší pohled na verbální a telefonické ordinace v širších souvislostech a odkrývá mnohé problémy, které se k verbálním a telefonickým ordinacím pojí. Vyjadřuje, proč by se v rámci zvyšování bezpečí a kvality zdravotních služeb měly verbální ordinace stát předmětem zájmu a poukazuje na důležitost komplexního pochopení problematiky i na jednotlivé faktory, které mohou mít na bezpečnost ordinací vliv.

12. Seznam použitých zkratk

Amp.	Ampule
CPOE	Computerized Provider Order Entry
CQS	Sdružení pro certifikaci systémů jakosti
ČAS	Česká asociace sester
ČLK	Česká lékařská komora
ČLéK	Česká lékárnická komora
ČOSFK ČLS JEP	Česká odborná společnost klinické farmacie České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ČSAZ	Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví
ČSK	Česká stomatologická komora
ČSN EN ISO	Česká technická norma, mezinárodní norma ISO
DNR	Do not resuscitate
FDA	Food and Drug Administration
FMEA	Metodologie preventivní analýzy
ICN	Mezinárodní výbor sester
IOM	Institute of Medicine
ISMP	Institute for Safe Medication Practice
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci
ISQuA	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
IWA	International Workshop Agreement
JAMA	Journal of the American Medical Association
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
JOP	Jiný odborný pracovník
MMU	Medication Management and Use (Skladování, předepisování a podávání léčiv)
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NCC MERP	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
NS	Nervový systém
MCI	Management of Communication and Information (Komunikace a řízení informací)
MSS	Myoskeletární systém
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OZ	Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

PA-PSRS	Patient Safety Reporting System
PPSA	Pennsylvania Patient Safety Authority
RBC	Resortní bezpečnostní cíl
RFC	Regionální farmakovigilanční centrum
SAK	Spojená akreditační komise
SQE	Staff Qualifications and Education (Kvalifikace a vzdělávání personálu)
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

13. Seznam použité literatury

Monografie

1. Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: Překlad 7. vydání* (2000). Praha: Grada.
2. Holčapek, T. (2011). *Dokazování v medicínskoprávních sporech* (1st ed.). Praha: Wolters Kluwer Česká republika.
3. Joint Comission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: Překlad 3. vydání* (2008). Praha: Grada.
4. Kapounová, G. (2007). *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.
5. Kelnarová, J. (2009). *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník/1. díl*. Praha: Grada.
6. Mach, J. (2010). *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada.
7. Mach, J., Buriánek, A., Záleská, D., Mlynářová, D., Kvapilová, I., Máca, M., & Valášek, D. (2013). *Uiverzita medicínského práva: kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada.
8. Mikšová, Z., Froňková, M., Hernová, R. & Zajíčková, M. (2006). *Kapitoly z ošetřovatelské péče i: aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
9. Plevová, I. (2012). *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada.
10. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z* (2002). Praha: Grada.
11. Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
12. Ptáček, R., Bartůněk, P., & Mach, J. (2013). *Lege artis v medicíně* (1st ed.). Praha: Grada.
13. Spojená akreditační komise, o.p.s. *Akreditační standardy pro nemocnice*. (2013). Praha: SAK, o.p.s., TIGIS.
14. Škrla P. (2005). *Předeevším neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči*. Brno: NCONZO.
15. Těšínová, J., Žďárek, R., & Polícar, R. (2011). *Medicínské právo*. (1st ed.). Jihlava: C. H. Beck.
16. Vondráček, L., & Wirthová, V. (2008). *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada.
17. Vytečková, R. (2011). *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné i*. Praha: Grada.
18. Workman, B. A., & Bennett, C. I. (2006). *Klíčové dovednost sester*. Praha: Grada.

Časopisecké články

19. Baum, K. D. (2009). Getting your point across: verbal orders and patient safety. *Qual Saf Health Care*, 18(3), 164. doi: 10.1136/qshc.2009.032607
20. Brooke, P. S. (2005). Legal questions: Telephone orders. *Nursing*, 35(1), 65-66. Retrieved April 4, 2014 from http://journals.lww.com/nursing/Citation/2005/01000/Sleep_talking_doc.55.aspx

21. Cincinnati Children's. (2006). *Study Shows Verbal Medical Order Errors Reduced to Zero*. Retrieved April 1, 2014, from <http://www.cincinnatichildrens.org/news/release/2006/5-verbal-order-errors/>
22. Institute for Safe Medication Practices (2008). Telephone orders: How do you know the caller is for real?. *ISMP Medication Safety Alert! Nurse Advise-ERR*, 6(7), 2. Retrieved April 4, 2014 from <http://www.ismp.org/newsletters/nursing/Issues/NurseAdviseERR200807.pdf>
23. Ion (2008, 5 19). Nesnažte se o dokonalst lidí, ale systému. *Medical Tribune*. Retrieved April 4, 2014 from <http://www.tribune.cz/clanek/12057>
24. Marx, D., & Dostál, O. (2005). Telefonické ordinace a ordinace "dle potřeby" a kvalita zdravotní péče. *Sestra*, 15(4), 20.
25. NCC MERP -- Recommendations to Reduce Medication Errors Associated with Verbal Medication Orders and Prescriptions. (2001). *NCC MERP -- Recommendations to Reduce Medication Errors Associated with Verbal Medication Orders and Prescriptions*. Retrieved April 4, 2014, from <http://www.nccmerp.org/council/council2001-02-20.html>
26. Paparella, S. (2004). Avoid verbal orders. *J Emerg Nurs*, 30(2), 157-9. doi: 10.1016/j.jen.2004.01.014
27. Pennsylvania Patient Safety Authority. (2006). Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. *PA-PSRS Patient Saf Advis*, 3(2), 1,3-7
28. Štrbová, P. (2013). Lékové chyby v ošetrovatelství. *Klin Farmakol Farm*, 27(1), 37-41. Retrieved from <http://klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2013/01/07.pdf>
29. Vondráček, L., & Vondráček, J. (2011). Právní aspekty ordinace léků po telefonu. *Neurologie pro praxi*, 12(5), 363.
30. Wakefield, D. S., & Wakefield, B. J. (2009). Are verbal orders a threat to patient safety?. *BMJ Quality & Safety*, 18(3), 165-8. doi:10.1136/qshc.2009.034041
31. Wakefield, D. S., Brokel, J., Ward, M. M., Schwichtenberg, T., Groath, D., Kolb, M., Davis, J. W., & Crandall, D. (2009). An exploratory study measuring verbal order content and context. *Qual Saf Health Care*, 18(3), 169-173. doi: 10.1136/qshc.2008.029827
32. Wakefield, D. S., Wakefield, B. J., Despina, L., Brandt, J., Davis, W., Clements, K., & Steinmann, W. (2012). A review of verbal order policies in acute care hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 38(1), 24-33.
33. Wakefield, D. S., Ward, M. M., Groath, D., Schwichtenberg, T., Magdits, L., Brokel, J., & Crandall, D. (2008). Complexity of medication-related verbal orders. *Am J Med Qual*, 23(1), 7-17. doi: 10.1177/1062860607310922

Webové stránky

34. About ISO. (n.d.). *About ISO*. Retrieved April 3, 2014, from <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>
35. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví - o nás. (n.d.). . Retrieved April 3, 2014, from <http://csaz.cz/vyber.php?sekce=o-nas>
36. Elektronický systém zlepšuje práci klinických farmaceutů. (2013). *Spojená akreditační komise*. Retrieved April 1, 2014, from <http://www.sakcr.cz/cz->

- [main/archiv-aktualit/elektronicky-system-zlepsuje-praci-klinickych-farmaceutu-574/](http://www.mzcr.cz/main/archiv-aktualit/elektronicky-system-zlepsuje-praci-klinickych-farmaceutu-574/)
37. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. (2012). *Hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí*. Retrieved April 3, 2014, from http://www.csaz.cz/admin/soubory/hodnotici_standardy_a_ukazatele_kvality_a_bezpecni.pdf
 38. *ISO 9000* (2014). In *Wikipedia: The Free Encyclopedia*. Retrieved January 15, 2014 from http://en.wikipedia.org/wiki/ISO_9000.
 39. ISO 9001. (n.d.). Retrieved April 2, 2014, from http://www.iso.cz/?page_id=38
 40. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. (2013). *Cíle informačního portálu kvality a bezpečí*. Retrieved January 15, 2014 from http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/verejna-cast-pro-odborniky_2892_29.html
 41. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. (2013a). *Seznam oprávněných osob*. Retrieved April 1, 2014, from http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/seznam-opravnenych-osob_7596_29.html
 42. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. (2013b). *Resortní bezpečnostní cíle*. Retrieved April 5, 2014, from http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
 43. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2001). Recommendation to Reduce Medication Errors Associated with Verbal Medication Orders and Prescription. Retrieved March 1, 2014 from <http://www.nccmerp.org/council/council2001-02-20.html>.
 44. Patient Safety Authority. (n.d.). *Who Are We*. Retrieved April 2, 2014, from <http://patientsafetyauthority.org/Pages/WhoAreWe.aspx>
 45. Spojená akreditační komise, o.p.s.. (2010, January 1). *Hlavní strana*. Retrieved April 3, 2014, from <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
 46. Standardy kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotní péče. (n.d.). Retrieved April 1, 2014, from <http://www.eurocert.cz/certifikace/cz/akreditace-zdravotnickych-zarizeni>
 47. SÚKL. (2010, January 1). Retrieved April 1, 2014, from <http://www.sukl.cz/sukl>
 48. Who is JCI. (n.d.). - *Who We Are*. Retrieved April 3, 2014, from <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>

Legislativa

49. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, přijata dne 4. dubna 1997, publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s.
50. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
51. Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků a o lékařských předpisech

52. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
53. Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
54. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
55. Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
56. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
57. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
58. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů
59. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
60. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
61. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Ostatní dokumenty

62. Doporučení k zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení v ČR, vydaný Českou odbornou společností klinické farmacie ČLS JEP roku 2012
63. Etický kodex sester, přijatý Mezinárodní radou sester roku 1953 a Českou asociací sester roku 2012
64. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, uveřejněný v č. 7/2004 Věstníku Ministerstva zdravotnictví, s. 12
65. Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků, vydán roku 2002 Českou asociací sester
66. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, uveřejněno v č. 5/2012 Věstníku Ministerstva zdravotnictví
67. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex
68. Vnitřní předpisy poskytovatelů zdravotní péče
69. Závazné stanovisko ČLK č. 1/2012, Nepřímé ordinace, platné od 1.4. 2002

14. Seznam příloh

Příloha č. 1: Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Příloha č. 2: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Příloha č. 3: Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků

Příloha č. 4: Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů Spojené akreditační komise

Příloha č. 5: Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví

Příloha č. 6: Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů společnosti Joint Comission International

Příloha č. 7: Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů společnosti EURO CERT CZ (normy ISO 9001:2008)

Příloha č. 1

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta. Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

1. Sestry a spoluobčan

- Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.
- Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.
- Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.
- Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.
- Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

- Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.
- Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

- Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.
- Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Příloha č. 2

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.

- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Příloha č. 3

Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů;
- sloužil zájmům společnosti;
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti;
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Registrovaný pracovník je osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musí:

1. jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby;
2. dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost;
3. chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče;
4. respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor;
5. spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci;
6. umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně;
7. udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence;
8. odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese;
9. vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti;
10. chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:
 - na základě souhlasu pacienta, klienta,
 - na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu,

- oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu;
11. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty;
 12. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči;
 13. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče.
 14. v rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí
 15. odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost.

Příloha č. 4

Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů Spojené akreditační komise

Standard	Účel a naplnění standardu
Č. 7.2 – Objednávání, předepisování a podávání léků	Nemocnice vypracuje standard upravující (v souladu s platnou legislativou) konkrétní postupy při objednávání, předepisování a podávání léků. Vnitřní předpis upraví, jakým způsobem budou (včetně neobvyklých situací) objednávány léky pro pacienty nemocnice. Vnitřní předpis zahrne také úpravu předepisování (ordinování) léků i úpravu postupu pro jejich podávání. Předpis stanoví, kteří lékaři a v jakém rozsahu jsou oprávněni léky předepisovat, a které osoby a v jakém rozsahu jsou oprávněny léky podávat.
Č. 7.3 – Nemocnice stanoví minimální náležitosti úplné ordinace léku pro hospitalizované pacienty	Vnitřní předpis upraví formální náležitosti ordinace léků pro hospitalizované pacienty. Cílem úpravy je odstranit variabilitu při ordinacích a zvýšení bezpečnosti pacientů. V souvislosti postupu při ústních či telefonních ordinacích odkazuje na RBC 6.
Č. 7.4 – Léky se pacientům podávají podle ordinace	Ordinací se rozumí původní ordinace lékaře; léky se podávají v souladu s ordinací, jejich podání se dokumentuje.

Akreditační standardy společnosti SAK dále obsahují RBC 6 – Bezpečná komunikace.

Příloha č. 5

Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví

Standard	Ukazatele pro splnění standardu
Č. 2.6 – Bezpečné zacházení s léčivými přípravky	<p data-bbox="579 499 1369 566">2.6.1 Ve ZZ existuje seznam léčiv (tzv. pozitivní list), jenž je pravidelně obnovován.</p> <p data-bbox="579 607 1447 763">2.6.3 Vnitřním předpisem ZZ je upraven postup při předepisování, úpravě a podávání léčivých přípravků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly, a to buď obecně, nebo pro stanovené skupiny léčiv.</p> <p data-bbox="579 804 1398 916">2.6.6 Vnitřním předpisem je ve ZZ upraven postup při předepisování léčivých přípravků, záznamy ordinace lékaře do dokumentace.</p> <p data-bbox="579 956 1369 990">2.6.7 Předpis určí, kteří lékaři jsou oprávněni ordinovat léky.</p> <p data-bbox="579 1028 1412 1184">2.6.8 Vnitřní předpis ZZ upraví postup pro podávání léčivých přípravků (včetně podání návykových látek a likvidace zůstatku návykových látek), zaznamenání podání ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p data-bbox="579 1225 1378 1337">2.6.10 Předpis určí, které osoby jsou oprávněny podávat léky, a jaké jsou požadavky na jejich odbornou či specializovanou způsobilost.</p>

Příloha č. 6

Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů společnosti Joint Comission International

Bezpečnostní cíl 2 – Efektivní komunikace
Požadavek bezpečnostního cíle
Nemocnice zavede postupy zvyšující efektivitu komunikace mezi osobami, které poskytující péči pacientům.
Indikátory bezpečnostního cíle
Nemocnice v rámci týmové spolupráce určí postupy, které upraví správný postup při ústní a telefonické komunikaci. Osoba, která ústní a telefonickou ordinaci přijímá, zaznamená písemně úplný obsah ordinace. Osoba, která ústní či telefonickou ordinaci přijímá, tuto ordinaci zopakuje. Osoba, která stanoví ordinaci, potvrdí správnost opakovaného hlášení přijímající osobou.

Standard
MMU. 1 ⁴ – Proces předepisování a podávání léčiv je účelně organizován způsobem, který odpovídá potřebám pacientů, a který je v souladu s platnou národní legislativou i dalšími závaznými předpisy.
Indikátory standardu
Nemocnice vypracuje vnitřní předpis, který upraví organizaci a řízení procesu nakládání s léčivy. Tento předpis pokrývá činnost veškerých pracovišť nemocnice, ve kterých se s léčivy nakládá, a dále činnost veškerých pracovníků, kteří jsou do procesu nakládání s léčivy zapojeni. Předpis upravuje veškeré fáze procesu nakládání s léčivy v nemocnici; proces nakládání s léčivy odpovídá příslušné národní i oborové legislativě. Pracovníkům, kteří jsou zapojeni do procesu nakládání s léčivy, jsou k dispozici přiměřené informace o léčivech.

Standard
MMU. 4.1 – Nemocnice vnitřním předpisem upraví náležitosti ordinace.
Účel standardu

⁴ Standard o skladování, předepisování a podávání léčiv (Medication Management and Use, MMU)

<p>Vnitřním předpisem budou stanoveny minimálně tyto náležitosti:</p> <p>Popis zvláštních typů ordinací (při akutních stavech, nutnosti bezprostředního podávání léčiv apod.) včetně postupu při záznamu těchto ordinací, postup při verbálních a telefonických ordinacích včetně postupu při jejich verifikaci (viz Mezinárodní bezpečnostní cíl 2) a výčet ordinací, které vycházejí z hmotnosti pacienta (např. při péči o dětské pacienty).</p> <p>Standard stanoví celonemocniční postup při předepisování léčiv.</p>
--

Standard
MMU. 4.2 – Nemocnice definuje, kteří zaměstnanci mohou předepisovat léčiva.
Účel standardu
Nemocnice stanoví, kteří zaměstnanci s příslušným vzděláním a zkušeností jsou oprávněni k předepisování léčiv. Nemocnice může omezit předepisování vybraných skupin léčiv (např. návykové látky, cytostatika) na určené zaměstnance. Jména osob, které jsou oprávněny předepisovat léčiva jsou oznámena lékárně, případně dalšímu pracovišti vydávajícímu léčiva. Pro situace, kdy nastává nebezpečí z prodlení, nemocnice stanoví další skupiny zaměstnanců oprávněných k předepisování léčiv.
Indikátory standardu
Léčiva předepisují zaměstnanci, kteří jsou k tomu oprávněni nemocnicí, zákonnými a podzákonnými normami a stavovskými předpisy. Je vypracován postup k případnému omezení osobního oprávnění pro předepisování léčiv (viz SQE. 10, indikátor 1 ⁵). Lékárně nebo další pracoviště vydávající léčiva zanjí jména osob, které jsou oprávněny předepisovat léčiva.

Standard
MMU. 6 – Nemocnice určí osoby oprávněné podávat léčiva.
Účel standardu
Nemocnice stanoví, které osoby s přiměřeným vzděláním a odbornými zkušenostmi jsou v souladu s národní a oborovou legislativou, případně se stavovskými předpisy, oprávněny podávat léčiva. Nemocnice může omezit spektrum léčiv, které jsou konkrétní osoby oprávněny podávat – např. v případě návykových látek, radiofarmak a léčiv

⁵ Je vytvořen postup, jakým se uděluje pověření k poskytování péče lékařům při jejich nástupu a opakovaném hodnocení

podávaných v rámci klinických lékových studií. Nemocnice stanoví, které osoby mohou nad rámec běžného oprávnění podávat léčiva pacientům při hrozícím nebezpečí z prodlení.

Indikátory standardu

V pracovní náplni nebo přidělení příslušných kompetencí bude určeno, které osoby smí podávat léčiva pacientům. Osoby budou k tomu nemocnicí oprávněny v souladu s národní a oborovou legislativou, případně v stavovskými předpisy. Vnitřním předpisem budou určena případná omezení osobního oprávnění k podávání léčiv pacientům (viz SQE. 13, indikátory 1 a 2⁶).

⁶ Pro tvorbu pověření ke klinické práci se využijí osvědčení o odborné způsobilosti, vzdělání, školení, praxi. Postup je v souladu s legislativou.

Příloha č. 7

Verbální ordinace – výtah z akreditačních standardů společnosti EURO CERT CZ (normy ISO 9001:2008)

Standard
2.2.4 – Bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky
V ZZ jsou definovány činnosti, jenž mají bezprostřední vliv na bezpečné zacházení s léčivými přípravky. Je stanoven postup při používání léčiv včetně odpovědností, povinností a pravomocí příslušných zaměstnanců.
Ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu
<p>V ZZ jsou stanoveny, dodržovány a vyhodnocovány interní postupy při předepisování a podávání léčivých přípravků včetně dokumentace jednotlivých postupů a jejich kontroly. Ve ZZ existuje seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (dle charakteru oddělení). Ve ZZ je zpracován a udržován dokumentovaný postup pro předepisování a podávání léčivých přípravků u hospitalizovaných pacientů.</p> <p>Ve ZZ jsou definovány odpovědnosti a pravomoci zaměstnanců (v organizačním řádu, v popisech pracovních funkcí). Jsou určeny požadavky na kvalifikaci personálu, jenž pacientům předepisuje a podává léčivé přípravky.</p>

