

Týmová spolupráce v procese analýzy medikačního pochybení

PhDr. Ilona Plevová¹, Mgr. Dana Dolanová^{2,3}, prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.⁴

¹Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Ostravská univerzita v Ostravě

²Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita Brno

³Katedra ošetrovatelství, Fakulta zdravotnictví, Katolícka univerzita v Ružomberku

⁴Ústav patologickej anatómie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Předcházení nežádoucím událostem ve zdravotnickém zařízení spočívá nejen ve vypracování systému kvalitně poskytované péče, ale hlavně analýze možných příčin a odhalení krizových oblastí vedoucí k nežádoucím událostem. Klíčovým prvkem v předcházení medikačních pochybení je také dobře sestavený tým a efektivní spolupráce všech jeho členů. Medikační pochybení se řadí mezi nejrizikovější indikátory, a proto je nutná důkladná analýza systému a procesu medikace. Příspěvek přináší přehled klasifikací chyb v medikaci a možné analýzy, které lze využít nejen v rámci řešení nežádoucích událostí, ale také jako preventivní opatření v této problematice. V přehledu uvádíme například Root Cause Analysis (RCA) – Kořenová analýza a Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) – Analýza způsobů a důsledků poruch.

Teamwork in the analysis process medication misconduct

Prevention of the undesirable events at the medical facilities is based not only on the elaboration of the system of the quality treatment, but also particularly on the analysis of the possible causes and revelation of the crisis areas leading to the undesirable events. The key part of the prevention of the medical errors is also the well-formed team and the effective collaboration of all the members. Medical errors are considered the most risk indicators and therefore the profound system and medical process analysis is utmost necessary. The article introduces the general overview of the error classification in medication and possible analyses that could be used not only in terms of the solutions of the undesirable situations, but also as the preventive measures related to this issue. We introduce e.g. Root Cause Analysis (RCA) and Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) in the overview.

Paliat. med. liec. boles., 2013, 6(1): 6–9

Úvod

WHO uveřejnila na svých stránkách informace, kde uvádí tvrzení občanů Evropské unie, z kterých vyplynulo, že: 23 % občanům se stalo medikační pochybení ze stran lékařů, 18 % tvrdí, že došlo k závažnému pochybení lékaře v nemocnici a 11 % byl předepsán špatný lék. Z výsledků o zdravotnických chybách vyplývá, že lze předejít až 50 – 70 % chybám a škodám, které z těchto chyb vyplývají, a to prostřednictvím komplexních systémových přístupů k bezpečnosti pacientů, kam se nepochybně řadí i multidisciplinární týmová spolupráce (1). Cima a Clarke (2) uvádějí, že nejčastěji se chyby stávají v oblasti v předepisování léků a podávání. Škrla a Škrlavá (3) doplňují, že nejzávažnějším pochybením jsou medikační omyly, které tvoří více jak 19 % všech pochybeních sester. V oblasti medikačních chyb jsou nejčastějšími: nesprávná dávka 35 %; chybějící informace 22 %; přehlédnutí alergií 7 %; nesprávný lék 6 %; ostatní výše neuvedené v 30 %.

Medikační pochybení

Cima a Clarke (2) definují medikační pochybení jako „chyby, které nastanou v průběhu předepisování, přepisování, přípravě, podávání nebo sledování léku“. WHO definici doplňuje o další oblasti a definuje medikační pochybení jako „událost, která díky ne-

vhodnému podání medikace může způsobit nebo může vést k poškození pacienta“ (4). Tato událost může být spojena s odbornou praxí, zdravotnickým materiálem, postupy a systémy, včetně předepisování, objednávání, komunikace, označování, balení a názvosloví produktů, přípravy, výdeje, distribuce, podávání, vzdělávání, monitorování a aplikace. Medikační pochybení definuje Americká národní koordinační rada pro hlášení a prevenci medikačních pochybení jako: „jakoukoli příhodu, které lze zabránit a která může způsobit nebo mít za následek nevhodné použití léčivého přípravku nebo zdravotní újmu pacienta v době, kdy je léčivý přípravek pod kontrolou zdravotníka, pacienta nebo spotřebitele“ (5). V rámci projektu Nil Nocere – Ochrana pacientů před poškozením byla v závěrečné zprávě definice medikačního pochybení rozšířena také na zdravotnického pracovníka: „Medikační pochybení je nežádoucí událost, při které došlo nebo mohlo dojít k ohrožení nebo poškození zdraví pacienta/zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotní péče.“ (6).

Klasifikace závažnosti medikačního pochybení

V odborné literatuře existuje vícero druhů klasifikací závažnosti medikačního pochybení. Pro přehled uvádíme alespoň tři. American Society of Hospital Pharmacists (dále ASHP) kla-

sifikuje chyby při medikaci na klinicky významné (zahrnuje potenciálně smrtelné nebo závažné, potenciálně vážné a potenciálně významné chyby, nebo menší chyby) (7). Hartwig, Denger a Schneider definovali sedm úrovní závažnosti:

1. **úroveň** – chyba, která nevyplývá z medikačního pochybení.
2. **úroveň** – chyba, která nevedla k poškození pacienta.
3. **úroveň** – chyba, která vedla k potřebě zvýšeného monitorování pacienta, ale beze změn vitálních funkcí a újmy pacienta.
4. **úroveň** – chyba, která vedla k potřebě zvýšeného monitorování pacienta se změnou vitálních funkcí pacienta, ale bez konečného poškození nebo jakékoli chyby, která vedla k nutnosti zvýšení laboratorního monitorování.
5. **úroveň** – chyba, která vyústila v nutnost léčby s jinými léky, nebo prodloužením hospitalizace.
6. **úroveň** – chyba, která vedla k trvalému poškození pacienta.
7. **úroveň** – chyba, která vyústila v úmrtí pacienta (7).

Machaczek a Whitfield dělí riziko a jeho důsledky na:

1. **Vysoké riziko:** došlo k porušení zásad bezpečného podání medikace pacientem

vi, pacient musel byť vyšetren a následne monitorován, nevhodné skladování léčivých přípravků, použití expirovaných léčiv (úspora?, úmysl?, zaměstnanec pod časovým stresem?).

2. Závažné důsledky vysokého rizika: poškození pacienta či dokonce jeho úmrtí.

3. Vysoké riziko, ale méně závažné důsledky: léčivý přípravek měl být podán (ale k podání nedošlo), pacient na chybu upozornil nebo na chybu přišel pracovník, který měl léčivo podat.

4. Vysoké riziko bez následků: nesprávné skladování léčiva – možnost samoaplikace pacientem nebo zneužití nekompetentním zaměstnancem (6).

Rozdělení závažnosti fyzického poškození pacienta dle Věstníku č. 8/2012 o metodice sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví uvádíme v tabulce 1.

Metody k posuzování významu medikačního pochybení

Taktéž metod k posuzování významu medikačního pochybení nalézáme v odborné literatuře vícero. Pro potřeby předkládané studie jsme vybrali dvě následující:

Failure Mode and Effects Analysis – k posuzování významu vady/pochybení u pacienta je využívána modifikovaná škála hodnocení dle FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), která byla aplikovaná na zdravotnictví a využívá se bodovací systém HFMEA™ (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) a matice SAC (Safety Assessment Code) Veterans Health Administration National Center for Patient Safety (USA), k posuzování rizika medikačního pochybení, jak potenciální závažnosti, tak pravděpodobnosti výskytu událostí, na základě specifické váhy a definic (viz tabulka 2), kde pro výpočet skóre rizika = skóre pravděpodobnosti x skóre závažnosti (9). Škrla a Škrlíková použili k vyhodnocení rizik modifikovanou matici rizika (tabulka 3), kde vyhodnocují obdobně dvě dimenze:

- **Pravděpodobnost výskytu** – zanedbatelná, malá, střední, velká, takřka jistá
- **Vážnost následků** – zanedbatelná, malá, střední, velká a katastrofická.

Při hodnocení následků doporučují použít kritéria, která jsou pro dané riziko relevantní (dopad na pacienta, ekonomiku či organizační klima oddělení, stupeň poškození pověsti zdravotnického zařízení, možnost soudního sporu aj.). V rámci hodnotící matice si zařízení může zvolit vlastní rozsah škály. Metoda FMEA nebo-li Analýza způsobů a důsledků poruch je v ČR vydána jako

norma ČSN EN 60812. Zevrubná analýza FMEA je výsledkem práce týmu složeného z jednotlivců způsobilých rozpoznat a posoudit velikost a následky různých druhů potenciálních nedostatků, které by mohly vést k poruchám (10). FMEA je pokročilá technika kvality, která má za úkol nalézt všechna možná potenciální selhání (neshody) produktu a procesu, a poté nalézt všechny možné příčiny těchto selhání. K tomu se doplňují bodové hodnocení týkající se důsledků pro zákazníka, bodové hodnocení možného výskytu a bodové hodnocení šance na odhalení stávajícím systémem kontroly. Výsledný vypočtený ukazatel (míra rizika) zaměřuje priority na preventivní nápravná opatření. Tato nápravná opatření jsou zaměřena na eliminaci příčin selhání produktu nebo procesu. Důležitými podmínkami pro aplikaci metody FMEA jsou: týmová práce (např. brainstorming, metoda Delphi), znalost jednoduchých metod kvality a podpora managementu (11). Lze ji zpracovat retrospektivně (např. na základě hlášení nežádoucích událostí) nebo prospektivně jako preventivní analýzu (3). Odhady tvrdí, že pomocí metody FMEA je možné odstranit 70 – 90 % možných chyb, a tedy potenciálních rizik (12).

Root Cause Analysis – RCA, nebo-li kořenová analýza, je metodika hledání skutečných příčin pochybení nebo problémů. Provádí se v případech, kdy došlo k nežádoucí události (retrospektivně) nebo „takřka k pochybení“. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) vyžaduje, aby RCA metodika byla použita k vyšetřování závažných pochybení ve všech akreditovaných zdravotnických zařízeních (3). Na toto reaguje i Ministerstvo zdravotnictví České republiky a ve Věstníku č. 8/2012 Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví uvádí: „Poskytovatel zdravotních služeb stanoví standardizovaný způsob provádění analýzy kořenové příčiny nežádoucí události“ (8). V průběhu analýzy jsou zkoumána jednotlivá aktivní pochybení či jejich seskupení. Každý z identifikovaných „problémů při poskytování zdravotní péče“ (dále jen PPP) je zaznamenán a zpracováván samostatně. Pro každý identifikovaný PPP jsou zaznamenány klíčové klinické události a další faktory stavu pacienta. Ke každému PPP jsou pak identifikovány jeho jednotlivé přispívající faktory. Tyto přispívající faktory jsou rozděleny na obecné a specifické (které se vyskytly pouze v daném čase a místě). Naproti tomu obecné faktory jsou takové, které by se mohly opakovat a přispívat k jinému incidentu (8). RCA analýza využívá pět základních kroků: 1. Sběr dat; 2. Vyhodnocení; 3. Zvolení nápravného opatření; 4. Implementace nápravných opatření do praxe; 5. Kontrolní opatření a zpětná vazba. Vyhodnocení je stěžejním krokem. Opakovaným

Tabulka 1. Závažnost fyzického poškození pacienta (8)

Stupně fyzického poškození pacienta	
Kód	Název kategorie
A	Událost nebo okolnosti, které by mohly vést k poškození
B	Došlo k incidentu, ale nedotkl se pacienta
C	Došlo k incidentu, který se dotkl pacienta, ale ten nebyl poškozen
D	Došlo k nežádoucí události, dotkla se pacienta a bylo nutno jej monitorovat, případně provést nějaký výkon, aby se předešlo pacientovu poškození
E	Došlo k nežádoucí události, která vedla k dočasnému poškození pacienta, a bylo v té souvislosti nutno provést nějaký výkon
F	Došlo k nežádoucí události, která vedla k dočasnému poškození pacienta a bylo v té souvislosti nutno pacienta hospitalizovat, přeložit, operovat či prodloužit jeho hospitalizaci proti původnímu plánu
G	Došlo k nežádoucí události, která vedla k trvalému poškození pacienta
H	Došlo k nežádoucí události, bylo nutno provést život zachraňující výkon
I	Došlo k nežádoucí události, která vedla k úmrtí pacienta, nebo k němu přispěla
?	Neznámé

kladením otázky „proč“ by se měl tým dopracovat až ke skutečnému kořenu celého problému. V praxi je dobré klást si otázku „proč?“, tak dlouho, dokud získáváme užitečné informace (3).

Týmová spolupráce a úloha klinického farmakologa

Týmová spolupráce je v procesu analýzy medikačního pochybení nezastupitelná. Týmová práce se dle Duchoň a Šafránkové (13) používá všude tam, kde je potřebný komplexní a synergický přístup k řešení problémů. Představuje soubor hodnot, které povzbuzují některé způsoby chování jako např. naslouchání jiným, kooperativní odezvu na názory ostatních, vyjádření pochybností ve prospěch plnění úkolů, pomoc jednotlivým členům týmu, kteří to potřebují a uznávání zájmů a úspěchů ostatních.

Role lidského faktoru při vzniku nehod v rizikových oblastech lidské činnosti se mezi roky 1960 a 1990 zvýšila více než čtyřnásobně (z 20 na více než 90 %). Tento nárůst lze vysvětlit vyšší spolehlivostí používaných technologií a rovněž vyšší kvalitou analýz prováděných k zjištění příčin nehod. Více než devadesátiprocentní zastoupení lidského faktoru není překvapující – selhávající systémy jsou lidmi navrhovány, vyráběny, obsluhovány, udržovány, organizovány a spravovány. Takto vysoký podíl lidského pochybení tedy není důsledkem nedbalosti, nedostatku kvalifikace či

Tabulka 2. Matice posuzovacích kódů bezpečnosti (SAC) (9)

		Závažnost			
		Katastrofická	Velká	Střední	Malá
Pravděpodobnost	Velmi častá	16	12	8	4
	Častá	12	9	6	3
	Méně častá	8	6	4	2
	Nepravděpodobná	4	3	2	1
Skóre závažnosti	Popis				
1	Malá: žádné zranění, zvýšená délka pobytu, nebo žádné zvýšení úrovně péče				
2	Střední: Zvýšená délka pobytu nebo zvýšená úroveň péče pro 1 až 2 pacienty				
3	Velká: Permanentní snížení tělesných funkcí (smyslových, motorických, fyziologických, nebo duševních), porušení tělesného obrazu, vyžaduje chirurgické intervence, prodloužení hospitalizace pro 3 a více pacientů, zvýšení úrovně péče pro 3 a více pacientů				
4	Katastrofická: smrt nebo trvalá ztráta hlavních funkcí (smyslových, motorických, fyziologických, nebo duševních), sebevražda, znásilnění, hemolytická transfúzní reakce, chirurgický zákrok u jiného pacienta nebo stranová záměna, únos dítěte nebo vydání do nesprávné rodiny				
Skóre pravděpodobnosti	Popis				
1	Nepravděpodobné: vzdálený (může nastat jednou za 5 až 30 let)				
2	Méně časté: může se objevit (může nastat jednou za 2 až 5 let)				
3	Časté: pravděpodobně dojde (může nastat několikrát za 1 až 2 roky)				
4	Velmi časté: mohou se vyskytnout okamžitě nebo v krátké době (může nastat několikrát během roku)				

Tabulka 3. Matice vyhodnocení stupně rizika (3)

Pravděpodobnost	Jistá	Nízké 5	Nízké 10	Střední 15	Extrémní 20	Extrémní 25
	Očekávaná	Nízké 4	Nízké 8	Střední 12	Vysoké 16	Extrémní 20
	Možná	Minimální 3	Nízké 6	Střední 9	Vysoké 12	Vysoké 15
	Nízká	Minimální 2	Minimální 4	Nízké 6	Střední 8	Vysoké 10
	Zanedbatelná	Minimální 1	Minimální 2	Nízké 3	Střední 4	Vysoké 5
		Zanedbatelné	Mírné	Střední	Vážné	Katastrofické
Důsledky						

nepozornosti, ale spíše je dán počtem příležitostí, při kterých může k selhání dojít. Bez ohledu na to, jaký je přesný podíl lidského faktoru na vzniku nehody, je nepochybné, že chování lidí je při vzniku rizika v jakémkoli komplikovaném systému (včetně poskytování zdravotní péče) faktorem nejvýznamnějším (14). Přetížení personálu pracujícího v minimálním počtu při pokud možno maximálním vytížení lůžkové kapacity je jedním z důležitých faktorů chybovosti.

Marx (15) vidí hrozbu v možnosti, že jakýkoliv člen multidisciplinárního týmu, který poskytuje péči nad rámec své specializace, se může dopustit chyby při léčbě. Kromě specializace se může také jednat o nepřidělené kompeten-

ce. Aby k takovým situacím nedocházelo, jsou legislativně stanoveny podmínky k dosažení příslušného vzdělání. Spojená akreditační komise (SAK) definuje Standardem č. 61, který je zaměřen na kompetence, následující: „Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanovenou aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny“ (16).

Další důležitou oblastí v procesu medikace mezi jednotlivými členy týmu je efektivní komunikace. Zvýšená komunikace musí být také s pacienty, kteří mohou výrazně snížit chyby při medikaci, a to nejen v rámci hospitalizace, či ambulantního ošetření, ale i při propuštění

pacienta, či překladač do jiného zařízení (17, 18), kdy dochází k předávání důležitých informací. JCAHO doporučuje zkvalitnit efektivní komunikaci mezi poskytovateli péče v případě verbálních příkazů nebo v písemné komunikaci, vytvořit seznam uznaných zkratk, akronymů nebo symbolů, které se v daném zdravotnickém zařízení mohou (či nesmí) používat (3).

Samotné složení multidisciplinárních týmů a kompetence většiny jejich členů jsou už takřka chronicky známa a jasná. Jiná situace ale nastává, kdy je součástí multidisciplinárního týmu i klinický farmakolog. Právě z tohoto důvodu v dalším textu představujeme roli klinického farmakologa jako nezastupitelného člena týmu. Úloha farmakologa v nemocničním a zdravotním systému není v dnešní době soustředěna jen na zavádění a využívání nejmodernějších systémů skladování, přípravy a distribuci léčiv, ale orientuje se ve velké míře na aktivní zapojení do procesu péče o pacienty. Klinický farmakolog je chápán jako jeden z členů týmu – poskytovatelů péče a je spoluodpovědný za její kvalitu. Snahou farmakologa je, aby proces užívání léčiv byl efektivní, bezpečný a podložený vědeckými poznatky. Poskytuje své rady, doporučení, konzultace (úprava dávkování léčiv, informace o léčích, farmakokinetice aj.) nejen lékařům, ale snaží se co nejvíce přiblížit konkrétním pacientům (edukace) a vyvíjet pozitivní vliv na veřejné zdraví. Práce klinických farmakologů v nemocnicích se vhodně uplatňuje tam, kde je farmakologická léčba komplexní, náročná, náchylná k chybě a nákladná. Zde prokazatelně přispívá ke zvýšení efektivity léčby a snížení ekonomických nákladů. Počet nemocnic, které ve velké míře těchto služeb klinických farmakologů využívají, rychle narůstá (19). Podle American Society of Consultant Pharmacists (ASCP) musí lékárník nést odpovědnost za rozvoj prevence chyb při medikaci, vypracování plánu na základě analýz a vyhodnocování. ASCP přiděluje farmakologovi následující kompetence: **Posouzení** – prozkoumat a zhodnotit příčiny chyb při medikaci a analyzovat údaje o medikačních chybách. **Preventivní strategie** – zkontrolovat procesy a rozvíjet intervence pro snížení chyb při medikaci (např. technologické změny, zavedení čárových kódů, použití různých distribučních systémů, školení personálu, standardní formát předpisu a protokolů, postupy pro řádné uchovávání a podávání léků), stanovit cíle a měřitelné normy a provádění nutných změn. **Hlášení** – sdělovat výsledky o chybách způsobených zdravotnickými pracovníky, pacienty, podporovat hlášení chyb (v rámci nežádoucích událostí manažerovi

Tabuľka 4. Činnosti klinického farmakologa (23)

Činnosti klinického farmaceuta

- pôsobení klinického farmakologa v rámci auditu a na lúčkových oddeleniach
- studium zdravotníckej dokumentácie pacienta: anamnéza odebraná pri prijímu, podstoupaná vyšetrení, výsledky laboratorných šetrení, doporučení konziliáriu
- pozornosť na nově hospitalizované pacienty
- sledování předepsaných léčiv v ordinálních listech, sledování denních hodnot TK, základní biochemický obraz
- návštěva pacienta u lůžka a pohovor s ním o potížích, užívaných lécích, zkušenostech a spokojenosti s léky a pozorované nežádoucí účinky
- doplňující dotazy na NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník), kteří mají pacienta na starosti: jak a kdy byla léčiva podána, reakce pacienta, stížnosti pacienta na jeho zdravotní stav
- vlastní analýza stavu pacienta: zjištění nových nebo dosud opomenutých skutečností, nalezení chyb a nedostatků, porovnání s odbornou literaturou a studiem
- vytvoření závěru
- vyhledání a následná konzultace s ošetřujícím lékařem, oznámení mu zjištěných nových skutečností.

kvality) v medikaci za účelem kontroly a analýzy, jejímž cílem bude rozvoj doporučení ke snížení a prevenci chyb při medikaci (20).

Vlček (21) vidí roli klinického farmakologa ve dvou klíčových oblastech: provádět farmaceutickou péči (maximalizace účinku – minimalizace rizik) a sledovat DRP (*drug related problems*). DRP zahrnuje chyby při medikaci (v procesu předepisování, výdeje nebo podání léku, zda existují nepříznivé následky nebo ne) a nežádoucí účinky (nepříznivá a nečekaná odpověď organismu na lék, která se dostaví po dávkách běžně užívaných u člověka k profylaxi, stanovení diagnózy nebo léčbě onemocnění) (22).

Farmakolog je členem týmu, účastní se vizit, má přístup do dokumentace, poskytuje konzultace a organizuje semináře. Hledá signály pro problémy související s léky, analyzuje DRP, připravuje podklady pro kulturu bezpečnosti a navrhuje řešení (nejširší vzdělání o léčivu, zná i cíle farmakoterapie a strategie a jejich dosažení) (21). Podrobněji rozpracovanou činnost klinického farmakologa dle Anděla (23) uvádíme v tabulce 4.

Závěr

Zdravotnická péče poskytovaná kvalitně všemi členy multidisciplinárního týmu, má významný vliv na snižování nežádoucích událostí. Předcházení nežádoucím událostem spočívá v efektivní týmové spolupráci, ve vypracování systému kvalitně poskytované péče v dané organizaci, podchycení (analýze) možných příčin a odhalení krizových oblastí vedoucí k nežádoucím událostem. Na základě analýzy je potřeba stanovit preventivní opatření v dané problematice, měřicí ukazatele a indikátory kvality. Protože medikační pochybení je indikátor nejrizikovější, je nutná důkladná analýza systému a procesu medikace.

Literatura

1. WHO. Facts and figures [online]. © 2012 WHO [cit. 2012-05-27]. Dostupný na [www: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures>](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures).
2. Cima L, Clarke S. The Nurse's Role in Medication Safety. 2nd ed. Illinois: JCR, 2012: 165.
3. Škrla P, Škrlavá M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008: 200.
4. WHO. Topic Priority Setting for research on patient safety. Operational Definitions [online]. © WHO 2012 [cit. 2012-02-18]. Dostupný na [www: <http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf>](http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf).
5. Whitfield MD. Medikační pochybení. Zkušenosti z Velké Británie [online]. 8. 11. 2010. Dostupný na [www: <http://www.projecthope.cz/nilnocere/data/media/prezentace/den1-sekce2-malcolm-cz-compatibility_mode_.pdf>](http://www.projecthope.cz/nilnocere/data/media/prezentace/den1-sekce2-malcolm-cz-compatibility_mode_.pdf).
6. Machaczek KK, Whitfield M. Vytvoření správné praxe pro bezpečí pacientů v České republice. Část 3: Identifikace a prevence nežádoucích událostí – medikační pochybení [online]. 2010, 30 s. Dostupný na [www: <http://projecthope.cz/nilnocere/doku.php>](http://projecthope.cz/nilnocere/doku.php).
7. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals [online]. In: Am J Hosp Pharm. 1993; 50: 305–314.
8. Věstník MZ ČR č. 8/2012. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Vydáno: 9. 10. 2012: 20–38.
9. ISMP. Scoring Guidelines [online]. © ISMO 2005. [cit. 2012-06-10]. Dostupný na [www: <http://www.ismp.org/tools/FMEAofPCA.pdf>](http://www.ismp.org/tools/FMEAofPCA.pdf).
10. ČNI. ČSN EN 60812: Techniky analýzy bezporuchovosti systémů – Postup analýzy způsobů a důsledků poruch (FMEA). Praha: Český normalizační institut 2007: 44.
11. P. G. M. FMEA – Failure Mode and Effect Analysis [online]. Copyright © P.Q.M. 2012 [cit. 2012-05-25]. Dostupný na [www: <http://www.pqm.cz/NVCS/fmea.html>](http://www.pqm.cz/NVCS/fmea.html).
12. FMEA jako nástroj managementu rizik [online]. © 1997-2011 CzechTrade. Vloženo 23. 1. 2012, [cit. 2012-05-31]. Dostupný na [www: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/](http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/)

management-msp/fmea-jako-nastroj-managementu-rizik/1001663/63109/>.

13. Duchoň B, Šafránková J. Management: integrace tvrdých a měkkých prvků řízení. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 378.
14. Hříb Z, Vychtil P. Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče. Etiologie, epidemiologie a aktuální mezinárodní situace [online]. Praha: Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2010: 20 s. Dostupný na [www: <http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/Teoreticky_uvod_NU.pdf>](http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/Teoreticky_uvod_NU.pdf).
15. Marx D. Různé způsoby klasifikace chyb při poskytování zdravotní péče [online]. Vloženo 20. 10. 2010. © 2010 Spojená akreditační komise, o.p.s. [cit. 2012-06-08]. Dostupný na [www: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2000/ruzne-zpusoby-klasifikace-chyb-pri-poskytovani-zdravotni-pece-16/>](http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2000/ruzne-zpusoby-klasifikace-chyb-pri-poskytovani-zdravotni-pece-16/>).
16. SAK. Národní akreditační standardy pro nemocnice. 2. vyd. – dotisk. Praha: Tegis 2009: 131 s.
17. Mansur J M. Enhanced Medication Safety [online]. Copyright © 2002-2011 Joint Commission Resources, Inc. [cit. 2012-06-09]. Dostupný na [www: <http://www.jointcommissioninternational.org/Medication-Safety-Articles/>](http://www.jointcommissioninternational.org/Medication-Safety-Articles/>).
18. Manino CA, Markovich A, Mican D. Medication Reconciliation: Lessons Learned. In: Cima L, Clarke S. The Nurse's Role in Medication Safety. 2nd ed. Illinois: JCR, 2012: 165.
19. Ondříčková L. Nejlepší prevencí chyb je odpočatý a motivovaný personál [online]. In: Medical Tribune, 10/2009. Copyright © 2000-2012 MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. Vloženo 6. 4. 2009, [cit. 2012-05-26]. Dostupný na [www: <http://www.tribune.cz/clanek/13650>](http://www.tribune.cz/clanek/13650).
20. ASCP. Guidelines on Preventing Medication Errors in Pharmacies and Long-Term Care Facilities Through Reporting and Evaluation [online]. [cit. 2012-06-10]. Dostupný na [www: <http://www.ascp.com/resources/policy/upload/Gui97-Med%20Errors.pdf>](http://www.ascp.com/resources/policy/upload/Gui97-Med%20Errors.pdf).
21. Vlček F. Indikátory kvality. Nástroj řízení kvality ve zdravotnickém zařízení [online]. Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Poslední aktualizace 06. 03. 2006, [cit. 2011-06-21]. Dostupný z: <http://www.cskz.cz/studijniden.htm>.
22. Van Den Bemt PM. et al. Drug-related problems in hospitalised patients [online]. In: Drug Saf. 2000; 22(4): 321–333.
23. Anděl T. Nakládání s léky, minimalizace rizika [online]. © 2010 Spojená akreditační komise, o.p.s., [cit. 2012-06-17]. Dostupný na [www: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-z-konference-pro-np-2011/>](http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-z-konference-pro-np-2011/>).

PhDr. Ilona Plevová

Ostravská univerzita v Ostravě

Lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Syllabus 19, 703 00 Ostrava – Záběh

ilona.plevova@osu.cz

Salvador Minuchin:

RODINA A RODINNÁ TERAPIE

Minuchin přináší model efektivně fungující rodiny a definuje hranice kolem jednotlivých subsystémů, tj. rodičovského, manželského či sourozeneckého. Rozebírá, jak se rodiny přizpůsobují zátěži zvnitřku i zvenjšku ve snaze přežít a růst. Popisuje metody diagnostikování či „mapování“ problémů dané rodiny a postupy pro výběr vhodných terapeutických cílů a strategií. Zkoumá různé rodinné situace, rozebírá dynamiku změn a restrukturujících operací, jež mohou být pro rodinu výzvou k řešení a ke změnám vzorců chování.

Praha: Portál 2013, ISBN 978-80-262-0371-1, 232 s.

Portál, s. r. o., Klapkova 2, 128 00 Praha 8, e-mail: naklad@portal.cz



www.portal.cz