

mů a jejich definicí, které se navíc mohou lišit dle místa nebo účelu vzniku. Takovým příkladem může být odlišné chápání lékového pochybení dle Evropské lékové agentury (17) a U. S. Food & Drug Administration, která vychází z National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (18). V tabulce 1 jsou shrnuty definice a příklady z praxe jednotlivých kategorií. Shoda nepanuje ani při výkladu vzájemných vztahů mezi jednotlivými kategoriemi problémů spojených s farmakoterapií. Podle některých autorit může být lékové pochybení příčinou jak nežádoucí lékové události, tak i nežádoucího účinku. Jiní odborníci naopak zdůrazňují, že léková pochybení souvisí s chováním zdravotníků nebo pacientů a nežádoucí účinky odráží zejména vlastnosti léčiv (9). Recentní monografie zaměřená na implementaci farmaceutické péče od de Costa a kol. se snaží DRP a léková pochybení od sebe zcela oddělit. Argumentují tím, že farmaceut je zaměřen na péči o pacienta a vnímá DRP jako problém pacienta, a Evropská léková agentura popisuje lékové pochybení jako nezamýšlené selhání v léčebném procesu, které vede nebo potenciálně může vést k poškození pacienta (19). Autor, pracoviště, na kterém působí, nebo autoři Konceptu oboru klinické farmacie I. z roku 2016 (10) se naopak kloní k tomu, že DRP lze chápat jako jakýsi deštník, pod který lze zahrnout ostatní kategorie (nežádoucí účinky, léková pochybení a nežádoucí lékové události). Jedním z argumentů může být i usnadnění komunikace s lékaři a ostatními zdravotníky. Podobný názor byl vysloven i v práci Krähenbühl-Melcher a kol. (11). Tento pohled je možný zejména v případech, kdy léková pochybení souvisí s pacientem a farmakoterapií. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a různé pohledy ukazuje obrázek 1.

Možnosti zachytu lékových problémů

DRP lze zachytávat mnoha způsoby např. přímým pozorováním, spontánním hlášením, medication reconciliation (MR) a revizí farmakoterapie. V klinické praxi se využívá spontánního hlášení pro sběr signálů velmi často. Povinností všech zdravotníků v ČR je hlásit už podezření na neočekávaný nebo závažný nežádoucí účinek léčiva. Hlášení nežádoucích událostí včetně těch, které souvisí s farmakoterapií, představuje jednu z klíčových součástí interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Tab. 2. Typy revizí farmakoterapie (33)

Typ revize	Označení	Zdroj dat	Kdo realizuje v podmínkách ČR
Jednoduchá	1	Léková anamnéza (zejména lékařský předpis nebo lékový záznam)	Farmaceut při dispenzační činnosti v lékárně
Středně pokročilá	2a	Léková anamnéza (zejména lékařský předpis nebo lékový záznam) a rozhovor s pacientem	Farmaceut při poskytování individuálních konzultací pacientům v lékárně
Středně pokročilá	2b	Zdravotnická dokumentace včetně klinických údajů	Klinický farmaceut ve zdravotnickém zařízení, popř. v přípravě k atestaci nebo v rámci výzkumu
Pokročilá	3	Zdravotnická dokumentace včetně všech dostupných klinických údajů o pacientovi, rozhovor s pacientem a obvykle s ostatními zdravotníky	Klinický farmaceut ve zdravotnickém zařízení

ČR – Česká republika

MR představuje proces získávání a udržování úplného a přesného seznamu pacientem užívaných léčiv např. při příjmu nebo propuštění pacienta z hospitalizace a jeho srovnání s očekávanou skladbou farmakoterapie. MR je jedním nástrojů prevence lékových pochybení nebo odchylek v léčbě a následného poškození pacienta zejména při překladech mezi odděleními jednoho zdravotnického zařízení nebo mezi různými zdravotnickými zařízeními (20, 21).

Revize farmakoterapie znamená standardizované strukturované individuální hodnocení farmakoterapie pacienta postavené na identifikaci a návrhu řešení manifestovaných i potenciálních DRP s cílem optimalizovat farmakoterapii a přispět ke zlepšení zdravotních výstupů. Vnímání tohoto nástroje se může lišit dle místa a podmínek realizace, dostupných údajů o pacientovi, účelu provedení a osoby, která revizi farmakoterapie vykonává (9, 19). Jak vyplývá z publikace Griesse-Mammen a kol., prezentovaný model revize farmakoterapie je třeba vždy zasadit do kontextu dané země a nastavení systému zdravotní péče (22). Tabulka 2 demonstruje model revize farmakoterapie uzpůsobený podmínkám v ČR. Model předpokládá, že revizi farmakoterapie bude provádět farmaceut a současně tak bude naplňovat principy farmaceutické péče. To představuje určitý rámec jednotlivých typů, resp. stupňů revize farmakoterapie, přičemž cílem nebylo zahrnout všechna místa, kde může být revize farmakoterapie dnes v ČR

reálně prováděna (např. domovy pro seniory). Charakter jednotlivých stupňů ve značné míře souvisí s množstvím objektivních informací, které má farmaceut k dispozici. Např. zdrojem informací pro lékárníka při výdeji léčiv (typ 1) nebo při poskytování individuálních konzultací pacientům v lékárně (typ 2a) může být nejen léková anamnéza (např. lékařský předpis, nově lékový záznam), ale částečně i objektivní informace, jako výpis ze zdravotnické dokumentace či zpráva z hospitalizace. Další informace o stavu pacienta pak lékárníci mohou získat na základě konzultace s ošetřujícím lékařem apod. Naproti tomu pokročilá revize (typ 3) předpokládá přístup ke všem klinickým údajům ze zdravotnické dokumentace. Role lékaře je rovněž proměnlivá, ale minimálně u typu 3 se předpokládá aktivní spolupráce s ostatními zdravotníky tak, jak je tomu i nyní v reálné praxi. Protože se revize farmakoterapie týká ve většině případů terapie vázané na preskripci lékaře, je předpokládáno, že minimálně s výsledky a návrhy provedené revize bude lékař přímo nebo prostřednictvím pacienta seznámen. Příklady typů DRP, které lze v rámci jednotlivých revizí farmakoterapie obvykle identifikovat a řešit, ukazuje tabulka 3.

Lékové problémy v praxi

Uvedená kapitola stručně sumarizuje zkušenosti autora a jeho spolupracovníků týkající se sběru dokladů o managementu DRP ve spojitosti s revizí farmakoterapie. Ve většině případů